

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

Том XVI

№ 4

2010

Москва-Павлодар

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Профессор, доктор медицинских наук А.А. Аканов; доктор медицинских наук С.А. Алтынбеков; Н.Е. Мирошниченко (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; Л.Н. Маркина (редактор); доктор медицинских наук Ю.А. Россинский; академик РАМН В.Я. Семке; А.К. Тастанова; кандидат медицинских наук А.Ю. Толстикова; профессор, доктор медицинских наук А.А. Чуркин; кандидат медицинских наук Т.В. Пак; кандидат медицинских наук А.А. Кусаинов

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); кандидат медицинских наук Н.Б. Ережепов (Павлодар); 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 (7182) 60-50-93
E-mail: neovitae@pisem.net

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

СОДЕРЖАНИЕ

УЧРЕДИТЕЛИ:

Профессиональная
Психотерапевтическая
Лига

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

Том XVI
№ 4
2010 год

выходит
4 раза в год

ПСИХОТЕРАПИЯ

- Есеркеева А.М., Доценко И.А., Кадырова А.Ж., Рахимбаева Б.А.*
Психологический стресс, соматические расстройства.
Методы психотерапии. 7-10
- Павлов И.С.*
Воздействие на биологические основы психической
деятельности, как один из факторов комплексного раз-
вития психотерапии 10-14
- Титова В.В.*
Первичная психотерапевтическая помощь с использо-
ванием телерадиокоммуникации 14-17

ПСИХИАТРИЯ

- Кожанова Ж.Т., Сармантаева К.Р., Кузнецов А.В., Сы-
соева Н.П., Никитенко В.И.*
Клиническая характеристика бреда ревности шизоф-
ренического спектра 18-20
- Логачева Н.Н.*
Клинические проявления галлюцинаторно-параноид-
ного синдрома в практике стационарной судебно-пси-
хиатрической экспертизы 21-22
- Сармантаева К.Р., Кожанова Ж.Т., Кузнецов А.В.,
Никитенко В.И., Шаронова С.И.*
Применение иксела (милнаципра) для лечения боль-
ных депрессиями в условиях областного психоневро-
логического диспансера 22-24
- Татыходжаева Ж.С.*
Затяжные психогенные депрессии в судебно-психиат-
рической практике 25-27
- Темиргалиев А.О., Жанабаева З.Х., Молжанова Ж.А.,
Кузнецов А.В.*
Особенности течения и исхода шизофрении 27-29

НАРКОЛОГИЯ

- Абетова А.А.*
«Зашторивание», «маскировка» наркологической болез-
ни физическими или неврологическими расстройствами 30-31

ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

- Жолдасова Ж.А.*
Вегетативная дисфункция как проявление соматофор-
мной патологии 32-34
- Темиргалиев А.О., Жанабаева З.Х., Молжанова Ж.А.,
Кузнецов А.В.*
К вопросу об основных формах патологии личности 34-38



ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

- Аяганова Д.Е., Самиева А.К., Смагулова Г.С.*
Выход в самостоятельную жизнь выпускников детских домов на примере проекта «Отличный старт» 39-42

ИНФОРМАЦИЯ И ОБЗОРЫ

- Бабатаева Р.С.*
Организация и содержание медико-социальной работы за рубежом 43-44
- Кожанова Ж.Т.*
Комплаенс с больными шизофренией 45
- Павлов И.С.*
Психотерапия, её настоящее и будущее 46-54
- Семенова А.И.*
Философия и методология психолингвистической психотерапии 54-74
- Терлоев А.А.*
Вопросы восстановления дееспособности в гражданском процессе 74-76
- Тюменцева О.В., Ершова Т.П., Жанарбаева А.Е.*
Психотерапия при соматических заболеваниях 76-78
- Устинова Л.М.*
Нарушение питания у детей с тяжелой неврологической патологией (литературный обзор) 79-83
- Резюме* 84-89
- Библиография к журналу «Вопросы ментальной медицины и экологии» за 2010 год* 90-93
-
-

VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

THE CONTENT

FOUNDERS:

**Professional
Psychotherapeutic
League**

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

**Volume XVI
№ 4
2010**

**Published 4 times
in a year**

PSYCHOTHERAPY

- Eserkepova A.M., Dotsenko I.A., Kadyrova A.Z.,
Rahimbaeva B.A.*
Psychological stress, somatic disorders. Psychotherapy
methods. 7-10
Pavlov I.S.
Influence on biological bases of mental activity, as one
of factors of complex development of psychotherapy 10-14
Titova V.V.
The primary psychotherapeutic help with use of
television and radio communication 14-17

PSYCHIATRY

- Kozhanova Z.T., Sarmantaeva K.R., Kuznetsov A.V.,
Sysoeva N.P., Nikitenko V.I.*
The clinical characteristic of delirium of jealousy of a
schizophrenic spectrum 18-20
Logacheva N.N.
Clinical implications of a hallucinatory paranoid
syndrome in practice of stationary judicial-psychiatric
examination 21-22
*Sarmantaeva K.R., Kozhanova Z.T., Kuznetsov A.V.,
Nikitenko V.I., Sharonova S.I.*
Application of Ixel (Milnacipran) for treatment sick of
depressions in the conditions of a regional psycho-
neurological dispensary 22-24
Tatyhodzhaeva Z.S.
Fixing psychogenic depressions in judicial-psychiatric
practice 25-27
*Temirgaliev A.O., Zhanabaeva Z.H., Molzhanova Z.A.,
Kuznetsov A.V.*
Current and outcome of schizophrenia 27-29

NARCOLOGY

- Abetova A.A.*
«Masking» of narcological illness by physical or
neurologic disorders 30-31

BOUNDARY PATHOLOGY

- Zholdasova Z.A.*
Vegetative dysfunction as implication of somothoform
pathologies 32-34
*Temirgaliev A.O., Zhanabaeva Z.H., Molzhanova Z.A.,
Kuznetsov A.V.*
To a question on the basic forms of a pathology of the person 34-38
-
-

HEALTH PSYCHOLOGY. VALUEOLOGY.

<i>Ajaganova D.E., Samieva A.K., Smagulova G.S.</i> Exit in independent life of graduates of children's houses on a project example "Excellent start"	39-42
---	-------

THE INFORMATION AND REVIEWS

<i>Babataeva R.S.</i> The organization and the maintenance of medico-social work abroad	43-44
<i>Kozhanova Z.T.</i> Compliance with sick of schizophrenia	45
<i>Pavlov I.S.</i> Psychotherapy, its present and the future	46-54
<i>Semenova A.I.</i> Philosophy and methodology of psycholinguistic psychotherapy	54-74
<i>Terloev A.A.</i> Questions of restoration of capacity in civil process	74-76
<i>Tjumentseva O.V., Ershova T.P., Zhanarbaeva A.E.</i> Psychotherapy at somatopathies	76-78
<i>Ustinova L.M.</i> Disturbance of a food at children with a serious neurologic pathology (the literary review)	79-83
<i>The summary</i>	84-89
<i>The bibliography to magazine «Questions of mental medicine and a ecology» for 2010</i>	90-93

ПСИХОТЕРАПИЯ

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТРЕСС, СОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА. МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ.

А.М. Есеркепова, И.А. Доценко, А.Ж. Кадырова, Б.А. Рахимбаева

Ведение

Психосоматика (от греч. psyche - душа и soma - тело) - направление в медицине (психосоматическая медицина) и психологии, изучающее влияние психологических факторов на возникновение и течение соматических (телесных) заболеваний. В древнегреческой философии была довольно распространённой мысль о влиянии души и духа на тело. Основная идея этого учения заключалась в целостности человека и в состоянии болезни.

В современном понимании психосоматическая медицина рассматривается как метод лечения и наука о взаимоотношениях психических и соматических процессов, которые тесно связывают человека с окружающей средой.

Основой психосоматической медицины является принцип, опирающийся на единство телесного и душевного. Такой принцип обеспечивает правильный подход к больному в любой медицинской специальности и во всех сферах доклинического и клинического обследования и лечения.

Патоморфоз психических заболеваний и успехи современной медицины, позволившие верифицировать функциональные соматические расстройства привели к широкому распространению психосоматических расстройств.

Понятие «психосоматика» введено в J. Heinroth (1818), «соматопсихика» М. Jacobi (1828). Эти понятия отражали противоположные точки зрения на этиологию заболеваний, но не раскрывали сложность взаимосвязей психического и физического. Часто при возникновении психосоматического заболевания конфликтная динамика определялась понятием «стресс» (H. Selye, 1953; H. Weiner, 1991).

Также под психосоматическими расстройствами мы понимаем те разнообразные проявления нарушений со стороны органов и систем организма, которые возникают и обостряются под влиянием психогенных (психологических факторов).

В международной классификации болезней DSM – IV, психосоматические расстройства отнесены к категории психологических факторов, влияющих на соматическое состояние. Конечно, психологический фактор наряду с биологическим или социальным факторами играет существенную роль в происхождении и течении любой патологии, однако при психосоматических расстройствах это влия-

ние явно выражено, как в этиологии, так и в патогенезе заболевания.

Критериями для разграничения форм психосоматических расстройств могут служить: функциональность, обратимость, длительность существования, локализация, характер связи с особенностями личности и спецификой тех психологических факторов, которые определяют формирование этих расстройств.

Если несколько десятилетий назад считалось, что течение только некоторых заболеваний (бронхиальная астма, язвенная болезнь, гипертоническая болезнь, мигрень и т.д.) подвержено значительному влиянию психологических факторов, то в настоящее время почти все соматические болезни, начиная от обычной простуды и заканчивая раком, считаются, до известной степени, «психосоматическими».

В патопсихологии давно известен тот факт, что определенные психологические состояния могут оказывать влияние на физическое самочувствие человека. Однако в последние годы взгляды на взаимосвязь между психологическим стрессом и соматическими заболеваниями были существенно пересмотрены. Прежде всего, в настоящее время такая взаимосвязь представляется гораздо более тесной, чем раньше. Сегодня роль стресса в соматической патологии представляется не только более широкой, но и более сложной. Многие исследователи считают, что даже если заболевание вызвано чисто физическими факторами, оно, в свою очередь, служит источником эмоционального стресса. Так, у трети пациентов, обращающихся к врачу общей практики, отмечаются симптомы депрессии, и примерно 20% госпитализированных больных можно поставить диагноз депрессивного невроза. Вне всякого сомнения, что эмоциональные факторы могут, в свою очередь, оказывать влияние на течение болезни, её тяжесть и исход. Таким образом, большинство специалистов пришли к выводу, согласно которому соматическая патология не подлежит изучению в отрыве от психологических факторов.

Холистический взгляд на взаимоотношения физического и психического привёл к развитию новой отрасли знания - поведенческой медицины (называемой также психологией здоровья).

Возникновению поведенческой медицины послужили три важнейших исторических фактора. Первый из них - вышеупомянутый отход от холистического мышления: признание того, что наш образ жизни и состояние души влияют на физическое бы-

тие. Второй - признание того факта, что психология с накопленным ею багажом знаний, касающихся эмоциональной и интеллектуальной жизни человека, способна внести значительный вклад в дело изучения и лечения соматических заболеваний. И, наконец, третий - это открытие того, что некоторые лечебные методы, впервые разработанные в рамках поведенческой психотерапии, такие как метод биологической обратной связи и аутотренинг, призваны сыграть существенную роль в терапии соматических расстройств, в генезе которых участвовал фактор стресса.

Общие вопросы патогенеза психосоматических расстройств

Модель, описывающая патогенез психосоматических расстройств, была предложена G. Schwartz в 1977 году.

Суть модели - отрицательная обратная связь (ООС). Обратная связь - процесс, при котором информация, возвращаясь в систему, обеспечивает её регуляцию. ООС представляет собой разновидность обратной связи, при которой включение одного компонента системы приводит к выключению другого её компонента для обеспечения регуляции. ООС - ключевое звено в регуляции процессов, происходящих в организме. Например, в ответ на стрессовые факторы окружающей среды импульсация из центральной нервной системы (ЦНС) может вызвать подъём артериального давления. Если оно поднимается слишком высоко, активируются барорецепторы, посылающие сигнал назад в ЦНС, которая в свою очередь снижает артериальное давление (АД).

Согласно модели заболевание развивается в случае срыва внутренних регуляторных процессов. Свою модель G. Schwartz соответственно назвал моделью дисрегуляции. Она может возникнуть на каждой из следующих стадий.

Стадия 1. Требования окружающей среды. Требования, предъявляемые окружающей средой к личности, могут быть столь велики, что она оказывается вынужденной игнорировать сигналы ООС, исходящие из органов. Так, например, выполнение большого объёма работы в сжатые сроки, когда человек должен преодолевать утомление и сонливость, приводит порой к развитию неврастения.

Стадия 2. Анализ информации в ЦНС. Даже если требования окружающей среды не чрезмерны, ЦНС может реагировать неправильно либо на эти требования, либо на сигналы ООС (вследствие специфической генетической предрасположенности или особенностей обучения). Например, люди, причувствившие себя игнорировать импульсы ООС от желудка («я сыт»), склонны к ожирению.

Стадия 3. Периферические органы. Даже если две первые стадии процесса функционируют нормально, периферические органы могут оказаться неспособными реагировать должным образом на

сигналы ЦНС. Так, если у человека, в силу генетического дефекта или заболевания, неправильно функционирует водитель сердечного ритма, импульсация из ЦНС, которая предполагала бы нормальный ответ здорового сердца, в данном случае вызывает ускоренное или замедленное сердцебиение.

Стадия 4. Отрицательная обратная связь. Даже если предшествующие стадии процесса осуществляются должным образом, патология может касаться звена ООС. Так, у некоторых пациентов, страдающих артериальной гипертензией, имеется дефект барорецепторов, в результате чего мозг не получает информации о необходимости снизить АД.

Нарушение на одной из стадий неизбежно приводит к срыву процесса в целом. Более того, патология никогда не затрагивает один изолированный орган, а касается всей системы органов, функционирующей как единое целое. Нарушение ритма сердечных сокращений приводит к дисрегуляции деятельности сердечно-сосудистой системы; нарушение выработки желудочного сока - к дисрегуляции работы пищеварительной системы, и т. д.

Преимущество модели дисрегуляции - её многосторонность. Она учитывает специфичность стимулов, поскольку стрессовые факторы окружающей среды способны ассоциироваться со специфическими регуляторными системами. Она учитывает и специфичность индивидуального ответа, так как анализ информации в ЦНС, функционирование периферических органов и звено ООС порой у тех или иных индивидуумов различны. Более того, данная модель применима к любому соматическому расстройству, включая первично связанные с органическими причинами, поскольку в качестве стрессора окружающей среды может выступать вирус или удар по голове, так же как и экзамен или семейная ссора. Лечебное воздействие методов психотерапии направлено преимущественно на стадии 1, 2 и 4 процесса регуляции, в то время как воздействие на периферические органы находится в основном в сфере ведения соматической медицины.

Современные представления о психосоматических расстройствах

Современные тенденции развития психосоматики заключаются в усилении акцента на терапевтические задачи, на более дифференцированные подходы к проблемам лечения соматически больных.

Задача психосоматической медицины

1. Наблюдение за больным и изучение его жизни для установления, хотя и предположительно того, что представляет собой формирующее влияние среды, а что зависит от унаследованного «приданого», т.е. наследственности.

2. Поиск и анализ связи между психологическими показателями переживаний и поведения и соматическими процессами.

3. Использование полученной картины в терапевтических целях.

Основные факторы в развитии психосоматических расстройств. В современном психосоматическом патогенезе признаётся многофакторность в объяснении психосоматических заболеваний. Разнообразные воздействия на организм, описываемые как «факторы», которые взаимодействуют между собой и играют роль в психосоматике, можно разделить на три группы:

- предрасположенность;
- факторы, разрешающие развитие болезни;
- факторы, задерживающие развитие болезни;

Механизм психосоматических заболеваний сложен. Мы уже затрагивали этот вопрос в рассуждениях о связи греховности человека с его телесными болезнями. Можно выделить несколько ведущих факторов, определяющих психосоматические механизмы.

- 1) внешнее или внутреннее воздействие и его значимость для человека;
- 2) исходный нервно-психический статус, стрессоустойчивость;
- 3) характерологические особенности;
- 4) социальное окружение человека (семья, работа и т.п.);
- 5) мировоззрение; умение переносить горе, способность к смирению, укрощению личностных амбиций, ровное отношение к окружающим.

Непосредственно к факторам, воздействующим на организм, относятся следующие:

- а) соматическое;
- б) психическое;
- в) влияние предрасположенности или факторы наследственности;
- г) влияние среды;
- д) физическое состояние окружающей среды;
- е) субъективная переработка окружающей среды;
- ж) физиологические воздействия среды на организм;
- з) психические и психологические воздействия среды на индивидуума;
- и) социальные, психосоциальные воздействия среды на индивидуума.

Психосоматические заболевания

Существует целый ряд заболеваний, традиционно отнесенных к психосоматическим. Это следующие заболевания.

1. Бронхиальная астма.
2. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки.
3. Гипертоническая болезнь или эссенциальная гипертензия.
4. Идиопатический отек Квинке.
5. Синдром Рейно.

6. Ревматоидный артрит.
7. Сахарный диабет.
8. Тиреотоксикоз.
9. Нейродермит.
10. Инфаркт миокарда.
11. Болезнь Крона.
12. Рак.
13. Туберкулез.

Диагностические критерии различных форм психосоматических расстройств:

- функциональный характер;
- обратимость;
- длительность существования;
- локализация;
- характер связи с особенностями личности;
- особенности взаимосвязи с психологическими факторами.

Психосоматические расстройства:

- 1) психосоматические реакции;
- 2) функциональные невротические расстройства органов;
- 3) соматоформные расстройства;
- 4) конверсионные симптомы;
- 5) психосоматические заболевания.

Психосоматические реакции – это кратковременные изменения со стороны различных систем организма. К ним можно отнести: учащение пульса, повышение артериального давления, изменение частоты и глубины дыхания, покраснение или бледность кожных покровов, внезапную мышечную слабость, кратковременное нарушение стула или мочеиспускания и множество других, как правило, физиологических и кратковременных расстройств, возникающих после психических переживаний. Вероятно, к психосоматическим реакциям следует также отнести ряд временных изменений, фиксируемых с помощью биохимических методов исследования: изменения сахара в крови, её свертываемости или иммунной активности и т.д.

Функциональные невротические нарушения различных органов: сердца, желудка, кишечника и т.д. представляют собой те функциональные расстройства, которые преимущественно сконцентрированы в определенных органах, причём изменения в этих органах явно носят функциональный характер, и мы не можем обнаружить объективных признаков поражения этих органов.

Для соматоформных расстройств характерно: множество постоянных жалоб на неприятные и тягостные ощущения, по описаниям больных приближающиеся к сенестопатиям, функциональные расстройства, наблюдающиеся со стороны нескольких органов, при отсутствии объективных признаков их повреждения. Отчетливо просматривается взаимосвязь жалоб пациента с психологическими факторами.

Выделяют различные варианты соматоформных расстройств: соматизированные, недифференцированные, конверсионные, болевые, ипохондрические, дисморфофобические и неуточненные. В отечественной психиатрии соматоформные расстройства относят к психогенной патологии (включая ятрогению) и связывают с динамикой конституционально-личностных особенностей больного.

Таким образом, психо- и социотерапия составляют единый комплекс психосоциальных методов, сочетанное применение которых на клинически дифференцированной основе является решающей предпосылкой достижения эффективного социального и трудового восстановления пациентов и оптимизации их личностного реагирования на соматическое заболевание.

Список использованной литературы:

1. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. *Психосоматическая медицина* / Пер. с нем. - М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. - 376 с. ISBN 5-88816-056-3
2. *Клиническая психология: учебник* / Под ред. Карвасарского Б.Д. - Питер; 2004. - 960 с. ISBN 5-8046-0187-3
3. Михайлов Б.В., Сердюк А.И., Федосеев В.А. *Психотерапия в общесоматической медицине: Клиническое руководство* / Под общ. ред. Б.В. Михайлова. — Харьков: Прапор, 2002. — 128 с.
4. Смулевич А.Б. *Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи)* // *Психиатрия и психофармакотерапия*. – 2000. – Т. 2.
5. Тополянский В.Д., Струковская М.В. *Психосоматические расстройства*. – М.: Медицина, 1986. – 384 с.
6. Франц А. *Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение* / Пер. с англ. С. Могилевского. - М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. - 352 с. ISBN 5-04-009099-4

**ВОЗДЕЙСТВИЕ НА БИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ,
КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ КОМПЛЕКСНОГО РАЗВИТИЯ ПСИХОТЕРАПИИ**

И.С. Павлов

г. Москва

Вопросу поддержания здоровья, здорового состояния организма, то есть нормального функционирования не уделяется должного внимания на уровне тонких психологических, биохимических и физиологических исследований. В этом вопросе В.В. Макаров вводит понятие психотерапия здоровых, носящая адаптивный профилактический характер.

Почти все исследования направлены на терапию, то есть нормализацию организма в целом, функционирование которого отклонилось от нормы вследствие возникшего того или иного рода повреждения, на профилактику новых обострений этих болезненных состояний. То есть нормальное состояние организма, его параметры служат ориентиром в процессе лечения, восстановления.

Процессу, технологии, закономерностям поддержания состояния здоровья еще не заболевшего, нормального функционирования организма не уделяется должного внимания, исключая тенденцию здорового образа жизни, что не вскрывает сущность тонких механизмов поддержания здоровья на клеточном, органном уровне. Следствием этих состояний является и состояние и функционирования психической сферы.

Здоровый образ жизни строится на ограничениях, временных веяниях моды, категории принятости – неприятности, а не на целесообразности, которые

не всегда учитывают внутреннее состояние организма, реальные атрибуты жизни большинства населения. Отсутствие диалектического подхода к ограничениям, их категоричность вызывают шутки и противоположный эффект, хотя культура в целом и культура жизни, в частности, начинаются с ограничения. Цель человека – жить полноценной жизнедеятельностью, реализовать себя, свои потенциальные возможности, то есть функционировать во всех сферах своей жизни, чувствовать силы своей жизни, её личную и социальную значимость. Важно функционирование человека на социально-психологическом и соматическом уровнях и именно функционирование поддерживает человеческий организм в норме. Можно, по аналогии, сравнить руку, которая была в гипсе и не функционировала, с постоянно функционирующей другой рукой в объёме мышц и силы функционирования. Так что здоровье – это не только отсутствие патологии, но это ещё в определенной степени функционирование, то есть жизнедеятельности всего организма, но в рамках нормы, функциональное восстановление внутренней среды организма, его органного и клеточного состояния без напряжения компенсаторных механизмов.

К сожалению, в современной литературе по психологии и психотерапии не уделяется должного внимания состоянию материального субстрата

(В.В. Макаров), который обеспечивает успешность функционирования психической деятельности, адаптации человека по все усложняющимся и меняющимся условиям и обстоятельствам жизни. Создается впечатление внебиологического, нематериального и внеорганного функционирования психической сферы. В тоже время экспериментальные данные говорят о колоссальных энергетических затратах на психическую деятельность. Так, в среднем мозг человека по весу в 40 раз меньше сома, но мозг человека потребляет 20% кислорода, потребляемого человеком. Приблизительно такие же затраты по глюкозе и другим показателям. Хотя психические переживания, мысли, представления идеальны, но они обеспечиваются деятельностью нейронов. Их колоссальной затратой на эту деятельность, а также их влияние и на состояние самовегетативной сферы.

Уже в древние времена математик Пифагор за несколько столетий веков до нашей эры высказал свое суждение о том, что мозг является местом средоточия психической деятельности. Аристотель средоточием психической деятельности, то есть жизни человека, считал сердце. Оба они правы, потому что сердце является средоточием психической деятельности виртуально, а мозг - материально. Особенно это актуально в наше время, когда удельный вес выявляемости пограничных психиатрических расстройств непрерывно растет. Это обусловлено, во-первых - переходным периодом от плановой экономики, когда общество и государственные структуры обеспечивали определенные, хотя и минимальные, прожиточные условия (трудоустройство, жилье, прожиточный материальный минимум) к рыночной экономике, с её динамизмом, с необходимостью постоянной адаптации к изменяющимся условиям жизни и трудовой деятельности, с необходимостью постоянного проявления личной инициативы, ответственности, постоянной заботы о себе, о сохранении социального и престижного статуса. Эти факторы и процессы влияют и на молодое поколение.

В настоящее время наше общество всё более и более переходит во всех сферах жизни с внешнего, попечительского контроля человека органами власти (борьба с тунеядством, контроль места жительства в тех формах, которые были, борьба с пьянством и алкоголизмом и т.д. и т.п.) на внутренний личностный контроль человека с его чувством ответственности за свою судьбу, с инстинктом социально-психологического самосохранения. Освобождение от внешнего контроля не даёт человеку полной своейвольной свободы, так как в любом случае действуют социально-психологические, биологические и иные причинно-следственные закономерности жизни человека как биологического, так и социально-психологического существа. Поэтому ставка на внутренний контроль, то есть самоконт-

роль, личную ответственность, инициативность, адаптивность актуальна как никогда на данном этапе развития общества, в чём испытывают дефицит многие люди, что их и декомпенсирует.

Как было указано выше, в последние десятилетия социально-психологических и экономических потрясений, связанных с переходом на рыночную экономику, отодвинули проблему поддержания здоровья у здоровых людей, то есть первичную профилактику, её теоретические и практические исследования. Коммерческие структуры предлагают услуги занятия спортом, разные оздоровительные программы общего характера, но они не проводят тонкие медико-биологические, психологические и психотерапевтические исследования поддержания здоровья. В природе в целом и в организме в частности нет константных состояний. Всё колеблется в определённых пределах. Если какая-то константа жёстко фиксирована и её отклонение влечёт непоправимые изменения (например, кислотно-щелочное равновесие), то оно имеет буферные системы, которые дают возможность отклониться без ущерба от основных параметров и таким образом защищать основной параметр жёстко-константного состояния кислотно-щелочного равновесия (КЩР).

Так, автор во время обучения в клинической ординатуре «Лаборатории экспериментальной физиологии по оживлению организмов» Академии медицинских наук (АМН) (ныне НИИ общей реаниматологии) мог наблюдать отклонения в определённые дни, особенно в весеннее время, буферных систем КЩР у здоровых людей (молодые врачи и медсестры) в естественном эксперименте с целью контроля нормальной работы прибора. Эталонная ампульная жидкость подтверждала нормальную работу прибора и отклонение в определённое время буферных систем, как у больных, так и у здоровых лиц. То есть в процессе жизнедеятельности происходит физиологическое колебание всех параметров в определённых пределах, то есть временами наступает «функциональная дисфункция», которая корригируется компенсаторными механизмами.

Общеизвестен эксперимент, проведенный на двух группах мышей, подтверждает важность этапа «функциональной дисфункции». Экспериментальная группа содержалась в идеальных условиях питания, содержания, покоя. Контрольная группа жила в обычных условиях с их трудностями, активностью. Естественно контрольная группа прожила дольше, так как было функционирование, тренировка механизмов жизнедеятельности.

Функционирование, поддержание формы нужной работоспособности для нормальной необходимой деятельности в естественных условиях - это и есть обычный режим жизни человека. При переходе с этого естественного уровня функционирования на более высокий уровень необходимо включение механизма тренируемости, который предпола-

гает повышенный уровень функционирования организма без включения компенсаторных механизмов, становление более высокого уровня естественного функционирования механизма по этим параметрам. Регулярное включение компенсаторных механизмов естественно стимулирует возникновение более высокого уровня уже без включения этих компенсаторных механизмов. То есть это является переходом данного повышенного уровня функционирования в естественное состояние организма. Например, наращивание мышечной ткани, повышение уровня функционирования нейронов путём их перестройки (повышение количества митохондрий с их суммарным повышением интенсивности обменных процессов).

Переутомляемость, перетренированность характеризуется тем, что компенсаторные механизмы включены постоянно, и они также начинают истощаться, и не справляются с нагрузкой. В этом состоянии не происходит полного восстановления как компенсаторных механизмов, тем более естественных, обычных механизмов жизнедеятельности, то есть уже не возникает процесс восстановления нормальной работоспособности.

Возникшее переутомление характеризуется отсутствием свежести, нормального жизненного тонуса, плохого, неустойчивого внимания, снижением памяти, работоспособности, готовности воспринимать вызовы окружающей действительности и без напряжения отвечать на них адекватно, заторможенностью волевых процессов, слабостью мышечной активности, повышенной раздражительностью, чувством внутреннего дискомфорта, что можно охарактеризовать как астеническое состояние.

В дальнейшем возникает состояние предболезни (доклинические, донологические состояния) - это состояние организма, когда компенсаторные механизмы относительно длительное время не восстанавливаются, истощены и уже постоянно не справляются с нагрузкой. На данном этапе уже нужно проводить первичное профилактическое вмешательство, иначе возникает, рано или поздно, болезнь, то есть стойкое патологическое состояние.

Процесс оздоровления населения, то есть профилактика развития заболеваний, поддержание здоровья диктует необходимость восстановления - нормализации состояния - психики и организма в целом.

В ранних публикациях по психогигиене рекомендуют вечером уединиться и заново прожить день в своих воспоминаниях, представлениях, проанализировав своё поведение, эмоциональные реакции в разных ситуациях с целью изжить, отреагировать на все аффекты, разрядиться, то есть провести катарсис - очистить свой внутренний мир.

Важную роль в восстановлении психики играют роль медитационные состояния, индийская йога (В.В. Макаров), гипнотерапия (удлиненные сеансы

гипнотерапия по В.Е. Рожнову), а также аутогенная тренировка (АТ), предложенная И. Шульцем.

Ещё З. Фрейд ввёл понятие психоэкономика, то есть это та часть энергии, которая тратится на психическую деятельность. И она составляет большие энергетические затраты (см. выше), особенно учитывая современный этап развития нашего общества с кардинальным разрушением стереотипов жизни. Поэтому требуется проведение профилактических курсов витаминотерапии, приём биологически активных добавок (В.В. Макаров), нейропротекторов, в частности - внутримышечные инъекции нашего отечественного нейропротектора – Нейрокса, за разработку которого по закрытой тематике авторы получили Государственную премию. В некоторых случаях требуется уже вторичная профилактика, так как уже формируются определенные расстройства.

Динамически усложняющиеся условия жизнедеятельности провоцируют у всех людей тревогу. Тревога в свою очередь усугубляет их состояние. Все эти процессы истощают нервную систему в целом и нейроны, в частности. Экологические факторы, инфекции так же вносят свою лепту в эти процессы, истощающие нервную систему. Это ведёт к формированию астенических состояний, астенического синдрома.

Астенический синдром — синдром раздражительной слабости, является неспецифическим. Этот синдром проявляется как первая реакция ЦНС на повреждающий фактор разной этиологии. В структуру астенического синдрома входят:

1) повышенная утомляемость, истощаемость, отсутствие внутренней готовности к выполнению той или иной деятельности, снижение проявления активности, чёткости и активности внимания, его концентрации, в силу чего снижается память, появляются ошибки при выполнении сложной деятельности, снижается уровень общего самочувствия, который отражается на настроении, восприятии окружающего;

2) повышенная раздражительность, возбудимость, количественная выраженность неадекватности в реакциях на окружающую действительность, в силу чего расширяется своеобразная функциональная дезадаптация;

3) возможность наличия соматовегетативных расстройств разнообразного характера.

Если в клинической картине преобладают утомление, истощаемость над раздражительностью, возбудимостью, то это говорит об гипостеническом варианте астенического синдрома (состояния). Когда раздражительность, возбудимость преобладают над истощаемостью, то это говорит о гиперстеническом варианте. Оба эти варианта течения астенического синдрома могут претерпевать определенную динамику и переходить друг в друга, к ним могут присоединяться другие невротические расстройства.

Астеническое состояние порождает чувство дискомфорта, отсутствие оптимизма, активности как психической, так и физической, отсутствием готовности выполнять любую работу. Снижение внимания, памяти, быстрая утомляемость, истощаемость, повышенная раздражительность ведут к понижению уровня продуктивности работы, учебы. Повышенные претензии к себе у людей, порожденные тенденциями в обществе, и невозможность их удовлетворения ведут к формированию неврастения, то есть неврозу, где ведущим расстройством является астенический синдром психогенного характера. Доказательством того, что люди очень часто пребывают в астеническом состоянии или у них уже наличествует астенический синдром, является тот факт, что люди, поступившие в стационар, первую неделю спят беспробудно, а потом жалуются на инсомнию.

В настоящее время можно выделить «неврастению влияния у подростков и юношей», то есть влияние через родителей на детей с целью достижения у последних многообразных достижений во многих сферах развития, знаний и невозможностью их удовлетворить ведёт к развитию у детей неврастения.

Для профилактики и лечения астенических состояний важно планирование суточного арсенала времени с необходимым наличием пассивного и активного отдыха, а также необходимо проведение психотерапии (релаксационные и медитационные техники, удлиненные сеансы гипнотерапии по В.Е. Рожнову, гипноз - отдых по И.З. Вельвовскому).

Фармакотерапия астений предполагает использование целого комплекса препаратов, в частности вазоактивных средств, ноотропов, антигипоксантов и антиоксидантов, лекарств, обладающих нейротрансмиттерным, нейротрофическим и нейромодуляторными эффектами. По этой причине особый интерес представляет разработанный учёными синтетический антигипоксант с антиоксидантными свойствами – Нейрокс. Создание этого препарата и внедрение его в клиническую практику является несомненным достижением отечественной фармакологической индустрии. Нейрокс не имеет аналогов в России и за рубежом.

Нейрокс обладает оригинальным механизмом действия, принципиальным отличием которого от механизма действия традиционных нейропсихотропных препаратов является отсутствие у него специфического связывания с известными рецепторами.

Нейрокс является ингибитором свободно радикальных процессов перекисного окисления липидов. Он активирует супероксиддисмутазу, оказывает влияние на физико-химические свойства мембраны, повышает содержание полярных фракций липидов в мембране, уменьшает соотношение холестерол/фосфолипидов, уменьшает вязкость липидного слоя и увеличивает текучесть мембраны, *активирует энергосинтезирующие функции митохондрий и*

улучшает энергетический обмен в клетках. Таким образом, препарат защищает аппарат клеток и структуру их мембран; повышает активность нейромедиаторов и активацию синаптических процессов. Наряду с этим, Нейрокс обладает выраженным гипополипидемическим действием, уменьшает уровень общего холестерина и липопротеидов низкой плотности, увеличивая липопротеиды высокой плотности.

Нейрокс является многофункциональным препаратом: *с одной стороны - он действует как антиоксидант, а с другой, благодаря наличию в его формуле янтарной кислоты, – как антигипоксант, улучшая энергетический обмен в клетке.*

Мощность системы энергопродукции, использующей янтарную кислоту, в сотни раз превосходит все другие системы энергообразования, что обеспечивает широту диапазона неспецифического терапевтического действия Нейрокса.

Нейрокс повышает стрессоустойчивость, то есть является профилактическим средством декомпенсации при психотравмирующем воздействии среды, так как повышает энергетический потенциал нейронов, действует нормализующее, в то же время энергизирующее.

Нейрокс обладает антиксиолитическими свойствами и при этом улучшает когнитивные функции человека в противовес традиционным транквилизаторам, которые ухудшают когнитивные функции, затормаживая их, вызывая мышечную слабость.

Поэтому Нейронс применяют в силу его нормализующих свойств влияния на клетки всего организма в целом и на их энергетический котёл митохондрий, в частности - для поддержания здоровья здорового состояния организма. Такое подробное описание свойств Нейрокса преследовало цель на его примере обратить внимание психотерапевтов на такой класс препаратов.

3. Фрейд, исследуя фактор влияния психогений, ввел термин «психоэкономика», то есть «индивид, испытывающий усталость, несмотря на безделье, подвержен общему торможению, обусловленному скрытыми проблемами» (цит. по О. Фенихелю). Особенно это проявляется при посттравматических расстройствах, по сути дела характеризующимися отставленными, неотреагированными реактивными состояниями, актуализирующимися через определенный промежуток времени в виде повторных переживаний психотравмы.

В заключение следует подчеркнуть, что, наряду с проведением психотерапии, важно укреплять нейроны, их энергетические возможности, что будет способствовать повышению стрессоустойчивости человека, создавать почву для успешности психотерапии, так как в конечном итоге результат психотерапевтического воздействия обеспечивается и закрепляется функциональным состоянием нейронов. Важно и необходимо включать в психотерапевти-

ческий процесс и общеукрепляющее лечение, чему в литературе по проблемам психотерапии последних лет не уделяется внимания.

Несмотря на то, что терапевтическая эффективность транквилизаторов при лечении психогений подтверждена во множестве клинических и клинико-фармакологических исследований, однако результаты их применения не всегда однозначны по причине развития привыкания к действию препаратов, вплоть до возникновения токсикомании у одних боль-

ных, а также в виду появления нежелательных побочных эффектов (миорелаксация, заторможенность как в интеллектуальной сфере, так и в соматической, снижение как настроения, так и жизненного тонуса в целом) у других больных. Всё это приводит к вынужденной отмене транквилизаторов или самостоятельному отказу больных от их приёма. При этом транквилизаторы воздействуют только на эмоциональную сферу, не улучшая мозговую деятельность, снижая уровень психического реагирования.

ПЕРВИЧНАЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕЛераДИОКОММУНИКАЦИИ

В.В. Титова, к.м.н.

г. Санкт-Петербург

По определению ВОЗ, общественное психическое здоровье является индикатором интеллектуального и нравственного состояния общества, его духовного потенциала [WHO, 2005]. В Отчете о Европейской конференции ВОЗ «Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения», отмечается: «Психическое здоровье в настоящее время относится к числу наиболее серьезных проблем, поскольку в тот или иной период жизни проблемы психического здоровья возникают, по крайней мере, у каждого четвертого человека».

Известно, что за прошедшее столетие распространенность психических расстройств существенно возросла: заболеваемость психотическими расстройствами повысилась в 3-7 раз, а расстройствами непсихотического уровня и аддиктивными расстройствами – более чем в 40 раз [1]. И это несмотря на постоянные усилия по развитию и совершенствованию системы охраны и укрепления психического здоровья. Оценивая величину экономического и социального ущерба, приносимого проблемами, связанными с низким уровнем психического здоровья, Всемирный Банк и Гарвардский Университет считают, что в настоящее время имеет место «необъявленный кризис» психического здоровья, и этот кризис оказывает влияние на жизни более чем четверти миллиарда людей (Всемирный день психического здоровья, 2000).

В настоящее время в мире 450 миллионов человек страдает психическими расстройствами; в том числе 160 миллионов – депрессивными и тревожными расстройствами, 70 миллионов – алкоголизмом, 50 миллионов – эпилепсией, 24 миллиона – шизофренией. Психоневрологические расстройства являются, второй по значимости, причиной бремени болезней в Европе после сердечно-сосудистых заболеваний. На долю психоневрологических расстройств при-

ходится также более 40% всех хронических заболеваний, и они являются важнейшей причиной снижения качества жизни в связи с инвалидностью. Во многих странах с проблемами психического здоровья связаны 35–45% случаев невыхода на работу (Отчет о Европейской конференции ВОЗ, 2005). По данным 1-го национального конгресса «Психическое здоровье и безопасность в обществе» (2005), ежегодно в мире один миллион человек заканчивает жизнь самоубийством, а еще 20 миллионов человек совершают суицидальные попытки.

По оценкам экспертов, распространенность психических расстройств, не достигающих психотического уровня, в России составляет более 30% взрослого населения [2, 4, 5, 6, 8, 9, 11]. По разным данным, от 30 до 50% лиц, обращающихся за помощью в поликлиники и стационары, страдают не соматическими, а пограничными психическими расстройствами [7]. Скрытая заболеваемость предполагается еще выше, поскольку донозологические формы нарушений психической адаптации, как правило, не могут быть учтены, а люди, впервые столкнувшиеся с переживанием психических расстройств, нередко не способны идентифицировать их самостоятельно, и не обращаются к специалистам [1]. К тому же психологическая культура нашего населения, в силу отсутствия соответствующего опыта и несформированности системы оказания психологической помощи, невысока: обращение к специалисту по «психологическим проблемам» до сих пор, по мнению большинства россиян, является компрометирующим поступком либо «развлечением для богатых» [1, 3, 10]. По данным специальных исследований, за специализированной психиатрической и психотерапевтической помощью обращаются лишь 1,4% населения [9]. В связи с этим вопрос оказания профилактической и первичной специализированной по-

мощи сектору населения, не охваченному существующими амбулаторно-поликлиническими службами, представляется чрезвычайно актуальным.

В 2008 году на базе Санкт-Петербургского телеканала «ТВ 100» и радио «Балтика» нами была создана еженедельная специализированная программа в прямом эфире телевидения и радио «Час психотерапевта». Целью создания программы стала апробация модели первичной помощи, охватывающей, предположительно, больший сектор населения, в сравнении с лицами, обращающимися в поликлиники, а также уменьшающей материальные и временные затраты на организацию помощи. Программа выходит в вечернем и ночном эфире телевидения и радио регулярно два раза в неделю, во время которой происходит взаимодействие психотерапевта с телезрителями и радиослушателями, позвонившими на программу и заявившими свою актуальную проблему. При этом, как правило, не задается определенной тематической преамбулы (например, «сегодня мы с Вами поговорим о ...»), программа начинается с ответов на письма и параллельно принимаются звонки на любую тему. Кроме того, у телезрителей есть возможность задать специалисту любой вопрос через SMS-портал (анонимно и бесплатно), телефонного редактора, специально созданный форум на сайте телеканала или по электронной почте. Все поступающие звонки регистрируются телефонным редактором в специальном журнале с указанием пола и возраста звонящего, краткого описания вопроса или заявляемой проблемы, а также контактного телефона для обратной связи. Письма и SMS-сообщения хранятся в электронном виде, интернет – форум делится на ряд основных тем для обсуждения и обслуживается системным администратором.

При изучении структуры контингента телезрителей и радиослушателей (на основании писем и звонков) было выявлено, что средний возраст лиц, обращающихся за помощью, составляет 35 лет, более 70% из них имеют высшее образование, женщины обращаются в 4 раза чаще мужчин. Несмотря на позднее время выхода программы в эфир, неоднократно имели место звонки и письма от детей 10-12-летнего возраста, находящихся в сложных жизненных ситуациях, а также от пожилых людей старше 80 лет. Живое общение специалиста с телезрителями, неожиданные вопросы, не придуманные истории из жизни и неподдельные эмоции звонящих с первых же месяцев существования программы вызвали быстрое расширение аудитории телезрителей и радиослушателей и высокие рейтинги программы. Каждый эфир транслируется в сети интернет on-line, а записи всех программ доступны в архивах на сайте телеканала.

За два года в адрес программы «Час психотерапевта» поступило более 4 тысяч писем и более 2 тысяч звонков и SMS-сообщений. Детальный анализ

проблем и вопросов, с которыми обращались к специалисту телезрители и радиослушатели, показал, что на первом месте стоят проблемы взаимоотношений (27%). Из них сложности взаимоотношений с партнером в семье составили 43%, с детьми – 32%, с родителями – 21% и с коллегами – 4%. Следует отметить, что 15% писем и звонков были связаны с агрессией и насилием в семье. На втором месте стоит проблема одиночества (17%); интересно, что возраст лиц, обращающихся за помощью в связи с этим, составляет от 16 до 85 лет. На третьем месте находятся (16%) депрессивные и тревожно-фобические расстройства, предположительно, невротического регистра (полностью оценить клиническую картину и собрать диагностические сведения в рамках программы, а также на основании переписки не представляется возможным). Далее, в порядке убывания, в процентном соотношении следуют вопросы, связанные с химической и нехимической зависимостью и созависимостью (лидируют алкоголизм, наркомания и игровая зависимость) – 11%, неразделенная любовь – 6%, переживания утрат (в том числе, затяжные реакции горя) – 5%, неуверенность в себе и проблемы в общении – 4%, постоянное напряжение, усталость и неумение расслабляться – 3%, избыточный вес – 3%, инвалидность (увечье, наличие тяжелого неизлечимого заболевания) – 2%, тяжелые психические расстройства у родственников (реже у звонящего) – 1%. Отдельную группу составляют звонки и письма с высоким суицидальным риском; их около 5% от общего числа обратившихся за помощью. Определенную сложность при анализе писем и звонков представляет тот факт, что, зачастую, у одного и того же человека, обратившегося за помощью, фигурируют несколько тесно взаимосвязанных между собой проблем. В связи с этим, в настоящее время, с целью более тщательного изучения спектра проблем при первичной обращаемости, разработаны специальные электронные таблицы с подробным перечнем всех возможных проблем; при этом каждое обращение может регистрироваться по нескольким проблемным ситуациям, с обязательным учетом пола, возраста, социального статуса и образования респондента.

В связи с популярностью программы «Час психотерапевта», с 2009 г. на телеканале «ТВ 100» была создана вторая телевизионная программа первичной специализированной помощи «Остров надежды». В рамках этой программы происходит взаимодействие психотерапевта с телезрителями, пришедшими в студию. На очную сессию в «Остров надежды» приглашаются телезрители, находящиеся в кризисных жизненных ситуациях. Отбором желающих занимается редактор программы на основании поступивших телефонных звонков, писем и сообщений на форуме. Программа идет в записи, что дает возможность создать обстановку максимальной безопасности: заретушировать лицо и изменить

модуляции голоса человека, чья проблема выносятся на всеобщее обозрение. Также, по желанию участника, он может принять участие в монтаже и «вырезать» нежелательные фразы из своей речи, произнесенные во время сессии (программа пишется одним дублем с целью максимальной приближенности к формату сессии в кабинете психотерапевта). До съемок программы психотерапевт не встречается с участником, приглашенным на съемки, так как при взаимодействии необходима подлинность чувств, в том числе, и специалиста. Во время съемок у участвующего телезрителя есть возможность обратиться через камеру или по телефону к значимым людям и сказать то, что он не решался сказать им в жизни, а также обратиться ко всей зрительской аудитории или открыть лицо. Программа имеет большой резонанс: в адрес участников поступает много писем и телефонных звонков, в которых люди делятся своим опытом решения подобных проблем, а также просто поддерживают или желают познакомиться. Все письма и номера телефонов передаются герою программы. С участвующими в съемках телезрителями поддерживается обратная связь, и регулярно, несколько раз в год, выпускаются дайджесты: участники рассказывают о том, как сложилась их жизнь и как решилась заявленная когда-то проблема.

В 2009 году проект «FM-TV», созданный при участии «ТВ 100» и радио «Балтика», куда входят программы «Час психотерапевта», «Остров надежды» и несколько других программ, получил премию ТЭФИ в номинации «Лучшая информационно-развлекательная программа в России».

С 2010 г. в структуре программы «Час психотерапевта» открыта телефонная «Линия доверия», где ежедневно в течение 4-х часов дежурят психотерапевты и психологи: общение происходит «за кадром», но звонящий на телеэкране в отдельном окне видит специалиста, с которым он разговаривает (малое окно в нижней части экрана на фоне других идущих программ). Возможность заглянуть в глаза специалисту, с которым ведется разговор, и увидеть его неподдельные эмоции и реакции на заявляемую проблему, оставшись при этом полностью анонимным и «за кадром», представляется крайне важной для формирования особого уровня доверия и безопасности. При общении со специалистом на традиционном «Телефоне доверия» такой возможности нет, что может являться источником дополнительного напряжения или тревоги.

Особой «изюминкой» программы в ближайшем будущем станет общение с телезрителями посредством сервиса Skype: это даст возможность не только слышать звонящего, но и видеть переживания, страдания, замешательство, удивление, даже в том случае, если он будет прятать лицо, закрывая его руками. Картинку Skype предполагается выводить на плазменную панель, а голос психотерапевта в это

время будет звучать «за кадром»: они на время поменяются местами с телезрителем.

Также перспективным представляется привлечение в программу специального корреспондента, проводящего опрос на улице: «А у Вас есть вопрос к психологу? Какую проблему Вы никак не можете решить?» и т.п. Либо задавать вопросы прохожим на заранее оговоренную тему. Эти кадры также предполагается выводить на плазменную панель с целью получения комментариев и рекомендаций эксперта.

В перспективе планируется создание в рамках регулярной программы «консилиумов» или «круглых столов» с привлечением нескольких экспертов-психологов и психотерапевтов – представителей разных направлений и школ – с целью рассмотрения с разных точек зрения самых сложных и «тупиковых» вопросов и звонков. При этом обсуждении будут использоваться выдержки из записей звонков или прямая телефонная связь с телезрителями в эфире, включая возможности Skype. Также интересным представляется приглашение зрителей на «консилиум» в студию. Планируемая периодичность выхода «круглых столов» – 1-2 раза в месяц.

С целью выявления способов повышения эффективности первичной психотерапевтической помощи, оказываемой жителям современного мегаполиса, в настоящее время проводится исследование, основными задачами которого являются:

1) уточнение понятий и определение сектора первичной психотерапевтической помощи в соответствии с принципами Нового Общественного Здоровья (НОЗ);

2) разработка модели социальной психотерапии, проводимой с использованием специализированных телевизионных и радиопрограмм;

3) проведение широкомасштабного эксперимента по внедрению разработанной модели социальной психотерапии в г. Санкт-Петербурге;

4) выполнение сравнительного анализа по параметрам охвата населения и спектра основной проблематики между дифференцируемыми формами первичной психотерапевтической помощи в г. Санкт-Петербурге:

- психотерапевтическая помощь с использованием телевизионных и радио программ;
- психотерапевтическая помощь, оказываемая на первичном поликлиническом приеме;
- консультативная помощь, оказываемая по городскому анонимному телефону доверия;
- психотерапевтическая помощь, оказываемая при чрезвычайных ситуациях;

5) проведение комплексного анализа эффективности дифференцированных форм первичной психотерапевтической помощи по следующим параметрам:

- динамика основных психопатологических проявлений;
- психофизиологическая динамика;

-
-
- динамика психологического статуса;
 - динамика социального статуса и качества жизни;
- б) разработка методологических принципов и практических рекомендаций по повышению эффективности первичной психотерапевтической помощи, оказываемой жителям современного мегаполиса с учетом следующих факторов:
- уменьшение материальных и временных затрат на организацию помощи;
 - увеличение сектора охвата населения;
 - улучшение качества первичной помощи.

Подводя промежуточные итоги реализации модели первичной психотерапевтической помощи посредством телевизионной и радиокоммуникации в г. Санкт-Петербурге, хочется упомянуть основные принципы Нового Общественного Здоровья (НОЗ),

которые были прописаны в «Оттавской Хартии развития здоровья» и одобрены Всемирной Организацией Здравоохранения [14]. В частности, в данном документе подчеркивается необходимость: 1) переориентации служб здравоохранения для повышения их доступности, работоспособности и полезности; 2) содействия усилению привлечения сообществ и коллективных действий; 3) создания микросреды, благоприятной для сохранения и развития индивидуального и общественного здоровья; 4) формирования общественной политики, максимально благоприятствующей данным процессам [14]. Согласно идеологии НОЗ, такого рода помощь: а) экстренна; б) прагматична; в) реализуется на уровне сообществ; г) при активном участии социальных сетей; д) развивает принципы низкого порога оказания услуг [12, 13].

Список литературы:

1. Алёхин А.Н. *Медицинская психология: поле практики и задачи научной дисциплины* // *Медицинская психология в России: электронный научный журнал*. – 2010. – №2. [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru)
2. Дмитриева Т.Б. *Руководство по социальной психиатрии*. 2-е изд-е, доп. и перераб. – М.: «МИА», 2009. – 544 с.
3. Карвасарский Б.Д. *Неврозы*. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1990. – 576 с.
4. Кошкина Е.А. *Эпидемиология алкоголизма в России на современном этапе* // *Психиатрия и психофармакотерапия*. – 2001. – Т. 3., № 3. – С. 89-91.
5. Нечипоренко В.В., Королев С.А. *Пограничные психические расстройства в современном обществе (обзор литературы)* // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева*. – № 4. – 2008.
6. Петраков Б.Д., Петракова Л.Б. *Психическое здоровье народов мира в XX веке*. – М.: ВНИИМИ, 1984. – 424 с.
7. Смулевич А.Б. *Депрессии в общей медицине: руководство для врачей*. – М.: «МИА», 2001. – 256 с.
8. Ушаков Г.К. *Пограничные нервно-психические расстройства*. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1987. – 304 с.
9. Чуркин А.А., Михайлов В.И., Касимова Л.Н. *Психическое здоровье городского населения*. – Хабаровск: изд-во Хабар. краевого центра псих. здоровья, 2000. *Хабар. краевого центра псих. здоровья*, 2000. – 376 с.
10. Юревич А.В. *Психология в современном обществе* // *Психологический журнал*. – 2008. – № 6. – С. 5-14.
11. Яворский А.А., Нечипоренко В.В., Лыткин В.М., Софронов А.Г. *Клинико-психологический аспект агрессивных действий военнослужащих с пограничными психическими расстройствами исходя из оценки их самосознания* // *Актуальные проблемы современной неврологии, психиатрии и нейрохирургии: материалы конференции*. – СПб, 2003. – С. 140–143.
12. Ball A. (1998). *Policies and interventions to stem HIV-1 epidemics associated with injecting drug use*. In G.V. Stimson, D.C. Des Jarlais, A. Ball, *Drug Injecting and HIV Infection* (pp. 201-232). London: UCL Press.
13. Stimson G.V. (1995). *AIDS and injecting drug use in the United Kingdom, 1987-1993*. *Social Science and Medicine*, 41, 699-716.
14. World Health Organization (1996). *Ottawa Charter for Health Promotion*. *Health Promotion 1986*, I: III-V.

ПСИХИАТРИЯ

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БРЕДА РЕВНОСТИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Ж.Т. Кожанова, К.Р. Сармантаева, А.В. Кузнецов,
Н.П. Сысоева, В.И. Никитенко

г. Павлодар

Психические расстройства, при которых отмечается бред ревности с расстройствами шизофренического спектра, сегодня относятся к числу актуальных проблем современной психиатрии. Исследование психиатрии демонстрирует, что больные с бредом ревности могут представлять общественную опасность и совершать различные, в том числе тяжкие, противоправные деяния. Подобное расстройство вызывает утрату волевого контроля и мотивированные поступки и этим определяют необходимость углубленного изучения клиники бреда ревности шизофренического спектра.

Задачи исследования

1. Выявление факторов, способствующих возникновению бреда ревности у больных с расстройствами шизофренического спектра.
2. Выяснение клинических закономерностей бреда ревности у этих больных.

Материалы и методы исследования

Динамически наблюдались 50 человек с бредом ревности, развившимся в рамках расстройств шизофренического спектра, госпитализированных в психоневрологический диспансер г. Павлодара - основная группа. Из них страдали параноидной шизофренией 66%, в том числе с эпизодическим (52%) или непрерывным (14%) течением. Страдали шизоаффективным расстройством депрессивного типа 22% от числа наблюдаемых лиц, 12% - паранойей. Среди них было 36 мужчин и 14 женщин в возрасте от 27 до 67 лет.

У большинства обследованных лиц с расстройствами шизофренического спектра (62%) бред ревности развился в возрасте от 30 до 39 лет. Самое раннее начало бреда ревности наступало в возрасте 28 лет, самое позднее - в 54 года. Ведущей причиной стационарирования в этих случаях являлись социально опасные действия больных или угроза их возникновения. У 14% больных причиной госпитализации стали бред преследования и галлюцинаторные переживания, а бред ревности выявлен в ходе стационарного лечения.

В таблице 1 представлены данные, касающиеся факторов, способствующих возникновению бреда ревности у больных с расстройствами шизофренического спектра.

У значительной части пациентов с расстройствами шизофренического спектра (38%) близкие родственники отличались ревнивым характером. С детства эти больные были свидетелями конфликтов родственников на почве ревности. У 28% из них родители состояли в разводе по причине неверности супруги (-а), а у 10% - родственники в разные периоды жизни находились на лечении в психиатрических стационарах в связи с патологическими идеями ревности.

У 62% обследованных больных из основной группы имела повышенная склонность к ревности до болезни. В брачных отношениях они были недоверчивыми, подозрительными, деспотичными. Отношения с противоположным полом до брака складывались нелегко, что выражалось в трудностях общения и поиска сексуального партнера. Возникновению патологической ревности почти у половины

Таблица 1

Факторы, способствующие возникновению бреда ревности у больных с расстройствами шизофренического спектра

Провоцирующие факторы	Количество больных
Склонность к ревности у родственников	38%
Патологическая ревность у родственников	10%
Развод родителей по причине супружеской неверности	28%
Преморбидные эпилептоидные черты	50%
Преморбидные паранойяльные черты	24%
Трудности общения с лицами противоположного пола	62%
Провоцирующее поведение партнера	48%
Семейные конфликты на почве психологической несовместимости	16%
Семенные конфликты на почве материального неблагополучия	14%

больных (48%) предшествовало провоцирующее поведение партнера (кокетство с посторонними, позднее возвращение домой, отказы в интимной близости, упреки в недостаточной сексуальной активности).

У 50% обследованных лиц преморбидно отмечались эпилептоидные черты. 24% имели преморбидные паранойяльные черты. Семейные коллизии на почве психологической несовместимости выявлены в 16% наблюдений. Другим фактором обострения семейных отношений служил низкий материальный доход больного и связанные с этим упреки жены (14%). Такие конфликты сопровождалась подозрениями мужей о том, что их супруги могут иметь любовников, которые обладают достаточными материальными средствами для их содержания.

Бред ревности являлся первым продуктивным проявлением расстройства шизофренического спектра в 82% наблюдений. Выявлены паранойяльный и параноидный варианты бреда ревности.

В части случаев (38,5% от числа всех больных с паранойяльным бредом ревности) он формировался на основе сверхценных идей ревности в течение нескольких лет. Развитию патологической ревности предшествовало заострение преморбидных эпилептоидных или паранойяльных качеств личности. Затем возникали подозрения супруги (-а) в неверности. Вначале обследованные лица сомневались в справедливости своих подозрений, проводили хронологический анализ событий прошлого, пытались найти не «доказательства измен», а подтверждения ошибочности своих подозрений. Постепенно подозрения в измене достигали на пике переживаний уровня овладевающих представлений.

В большинство наблюдений (61,5%) паранойяльный бред ревности имел четко очерченное начало, возникал по типу «озарения». Первым поводом, инициировавшим возникновение ревности у этих больных, было провоцирующее поведение партнера по браку. Именно на фоне этой ситуации после периода неопределенных сомнений, опасений, подозрений, психического дискомфорта остро развивались паранойяльные идеи ревности.

В психическом облике больных появлялись и нарастали такие качества, как подозрительность, недоверчивость, упрямство, раздражительность, обидчивость, недоверчивость, бестактность. Свои обвинения в супружеской неверности больные строили на субъективной системе доказательств. При этом в суждениях больных не выявлялось явных нелепостей. Бредовые идеи ревности производили впечатление правдоподобности. Наблюдаемые больные самые разные события и факты логически разрабатывали и в последующем включали их в бредовые построения. Доводы близких о несправедливости обвинений в измене полностью игнорировались.

На манифестном этапе паранойяльный бред ревности сопровождался дисфорическим настроени-

ем, которое в последующем сменялось тревожно-депрессивным. Поведение соответствовало содержанию бреда, субъективно интерпретируя каждое слово партнера по браку, соседей, коллег по работе. Больные требовали от жены (мужа) «признания в измене», утверждали, что неизвестность и неопределенность для них хуже самой мрачной действительности. Однако, в случаях, когда пациенты за счёт угроз добивались признания «в измене», они не испытывали облегчения. Наоборот, возникали острые аффективные реакции, чаще дисфорического характера. Подобного рода «допросы» являлись составной частью, так называемого детективного поведения больных с бредом ревности [2, 3, 4, 5].

Агрессия по отношению к партнеру по браку проявлялась обычно после «провоцирующего» поведения с его стороны - в качестве «воспитательных мер». Имели место два типа агрессивного поведения - физическая агрессия и моральная агрессия. При первом варианте (45%) пациенты не только угрожали убийством, избиванием партнеров по браку, но и часто реализовывали эти угрозы. Эти больные не наносили тяжелых физических травм, а многие, ударив один раз, «остывали» и просили прощения, обещая, что подобные действия не повторятся. При втором варианте (53,8%) больные только угрожали супруге (-у) и оказывали на них моральное давление с целью утверждения своей главенствующей роли в семье, «приучения супруги к порядку и послушанию». Сексуальное поведение в 30,8% наблюдений приобретало садистическое направление, больные были циничны, развязны, грубы. По мере развития заболевания и увеличения длительности бредовых идей ревности суждения больных, касавшиеся супружеской неверности, становились более аморфными, неконкретными, а приводимые в подтверждение «доказательства и факты» - нелепыми и вычурными, уменьшались агрессивные тенденции по отношению к партнеру по браку, превалировал депрессивный фон настроения.

Параноидный бред ревности (74% наблюдений) - содержание бреда носило нелепый характер, строилось по законам кривой логики, система доказательств отсутствовала. Больные предъявляли в качестве аргументации неправдоподобные версии и домыслы.

В качестве доводов, фигурировавших как «признак» измен, выступали такие утверждения, как «по глазам видно», «сердцем чувствую», «все женщины развратницы». Обычные действия незнакомых людей расценивались как «признаки» любовных связей.

У большинства больных (59,4%) параноидный бред сочетался с галлюцинациями, чаще - с вербальными, реже со зрительными псевдогаллюцинациями или с теми и с другими явлениями. В содержание обманов восприятия всегда входила ревность, больные слышали перешептывания жены с любовниками, оклики её с другими мужчинами, которые они расценивали как вызов на свидание. Параноид-

ный бред ревности на манифестном этапе сопровождался гневливо-дисфорическим аффектом. Поведение больных соответствовало содержанию параноидного бреда ревности лишь на ранних этапах заболевания. При этом детективное поведение больных (48,6%) проявлялось в виде попыток «сбора доказательств», для чего использовались такие «методы» как слежка, подслушивание телефонных разговоров, провокационные вопросы, досмотры личных вещей, реже осмотры тела. Эти действия носили незавершенный и эпизодический характер. Не закончив начатое «расследование», больные делали «выводы» о подтверждении «факта» измены. Позднее возникала диссоциация между бредом и поведением. Больные переставали заниматься разоблачениями партнеров по браку, идеи супружеской неверности существовали как бы отдельно от личности больного. В дальнейшем дисфорически окрашенное настроение сменялось тревожно-депрессивным.

При параноидном бреде ревности, в отличие от параноидального бреда, выявлены не 2, а 3 типа агрессивного поведения – наряду с физической и моральной гетероагрессией - аутоагрессия. Физическая агрессия (24,3%) при параноидном бреде ревности в отличие от параноидального не сопровождалась предварительными угрозами физической расправы или убийства. Агрессивные действия не были ситуационно спровоцированы, носили спонтанный характер. Моральная агрессия (32,4%) помимо угроз проявлялась в виде «откровенных разговоров», носящих характер «психического террора». Суицидальные попытки (18,9%) всегда выполнялись на фоне тревожно-депрессивного аффекта, сочетавшегося с обострением переживаний супружеской неверности.

В 47,2% наблюдений параноидный бред ревности сосуществовал с разными по выраженности негативными изменениями в виде явлений аутизма, эмоционального притупления, снижения энергетического потенциала, психической обнаженности

Динамика бреда ревности чаще носила приступообразный характер (66%), реже – непрерывный (34%).

Выделены 2 варианта приступообразного течения бреда ревности:

- приступообразно-прогредиентный (54%);
- приступообразный без прогредиентных тенденций (12%).

Приступообразно-прогредиентная динамика бреда ревности была присуща лицам, больным параноидной шизофренией с эпизодическим типом течения и нарастающим дефектом, а также шизоаффективными расстройствами депрессивного типа. Она выражалась в утяжелении и усложнении параноидного бреда ревности и сопутствующих ему расстройств от приступа к приступу, в увеличении частоты и продолжительности приступов. При первых приступах бреда ревности были свойственны менее глубокая охваченность бредовыми переживани-

ями и их незавершенность. В последующих приступах параноидный бред приобретал завершенный характер. Усиление аффективной насыщенности бреда ревности сопровождалось углублением расстройств поведения, учащением и утяжелением агрессивных побуждений и действий. При новых приступах часто присоединялись бред преследования, отношения. Воздействия и психические автоматизмы, которые по своему содержанию были тесно связаны с бредом ревности.

Приступообразная динамика бреда ревности без прогредиентных тенденций была свойственна больным с параноидной шизофренией с эпизодическим ремитирующим типом течения. Параноидный бред ревности в каждом последующем приступе мало отличался от бреда во время предыдущих приступов. В межприступных периодах патологические идеи ревности отсутствовали, однако полная ремиссия не наступала. У больного сохранялись подозрительность и тревожность.

Бред ревности у женщин (28%) обладал рядом особенностей - нередко сочетался (18% из 28%) с бредом самообвинения, самоуничижения. Пациентки считали себя неудачницами, несчастными, обузой для мужа, «недостойными называться женщиной, женой, матерью». Более ярко проявлялись депрессивные переживания, в которых звучали боязнь быть покинутыми и тревога за судьбу семьи и участь детей. В отличие от мужчин женщины не становились инициаторами конфликтных ситуаций. У женщин агрессивность отличалась от мужской. Мужчины проявляли её по отношению к женам, используя физическую силу. А женщины - по отношению к мнимым соперницам, преимущественно в виде морального террора.

Выводы

Из представленных данных следует, что у изученных больных с расстройствами шизофренического спектра бред ревности редко носит характер стойкой мании, чаще он является одной из составляющих параноидных или депрессивно-параноидных приступов.

Литература:

1. Галджиева У.Х. Клинические варианты патологической ревности у больных алкоголизмом вне острых алкогольных психозов. - Казань, 2000. - 24 с.
2. Гуцина С.А. Личностные и клинические особенности о больных с шизофренией и бредом ревности. - М., 1994. - С. 185-191.
3. Казаков В.С. О шизофрении с бредом ревности и повторными опасными действиями. - М., 1972. - С. 17-22.
4. Калинина Н.П. Патологическая ревность. - Волго-Вятское кн. изд-во, 1976. - 200 с.
5. Терентьев Е.И. Бред ревности. - М.: Медицина, 1991. - 271 с.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГАЛЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОИДНОГО СИНДРОМА В ПРАКТИКЕ СТАЦИОНАРНОЙ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Н.Н. Логачева

г. Алматы

В судебно-психиатрической практике часто встречается галлюцинаторно-параноидный синдром, который может являться клиническим проявлением многих нозологических форм. Данный синдром может встречаться как при шизофрении, так и при органическом поражении головного мозга различного генеза, реактивных психозах и др. (Лукомский И.И., 1962; Котов В.П., 1974; Фелинская Н.И., 1976; Литвинова М.С., 1977; Кудрявцев И.А., 1986; Кондратьев Ф.В., 2004). В практике судебной психиатрии определение нозологической принадлежности галлюцинаторно-параноидного синдрома имеет принципиальное значение. В последние десятилетия в связи с лекарственным патоморфозом, ростом наркомании и травматического поражения головного мозга на судебно-психиатрическую экспертизу всё чаще поступают для исследования лица с сочетанной психической патологией. Все эти факторы в свою очередь оказывают патопластическое влияние на психический процесс.

Цель исследования: изучить клинко-психопатологическую картину у лиц, у которых во время проведения стационарной судебно-психиатрической экспертизы обнаруживалась галлюцинаторно-параноидная симптоматика (в течение 2009 года).

Объектами исследования явились 34 испытуемые лица, проходившие стационарную судебно-психиатрическую экспертизу в Республиканском научно-практическом центре психиатрии, психотерапии и наркологии Министерства здравоохранения Республики Казахстан (далее РНПЦ ППН МЗ РК).

Методы исследования: при исследовании использовались клинко-психопатологический метод, экспериментально-психологический метод.

Нозологическую принадлежность галлюцинаторно-параноидного синдрома было затруднительно квалифицировать на первом этапе проведения первичной стационарной судебно-психиатрической экспертизы в 24 случаях (70,6%), в остальных случаях галлюцинаторно-параноидный синдром в рамках шизофрении был установлен сразу же в 10 случаях (29,4%). Для определения нозологической принадлежности галлюцинаторно-параноидного синдрома у 24 подэкспертных (70,6%), на стационарной судебно-психиатрической экспертизе была использована возможность более длительного наблюдения и лечения этих состояний. Для этого данная группа испытуемых лиц была направлена на принудительное лечение в психиатрический стационар до выхода из указанного состояния, с последующим их возвращением на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу в РНПЦ ППН МЗ РК (г. Алматы)

для решения экспертных вопросов. После проведения принудительного лечения у 24 подэкспертных лиц (70,6%) был установлен диагноз: Шизофрения в отношении 11 лиц (32,4%), а в отношении 13 подэкспертных (38,2%) было установлено, что выявленный в период судебно-психиатрической экспертизы галлюцинаторно-параноидный синдром имел реактивный характер. Таким образом, у 34 испытуемых лиц клиника шизофрении была неоспоримой и не вызвала сомнений в 10 случаях (29,4%). В тоже время у 11 лиц (32,4%), несмотря на внешнее феноменологическое сходство, и, несмотря на имеющиеся в клинике шизофрении проявления психогенно-травмирующей ситуации, которые протекали на фоне последствий органического поражения головного мозга, тем не менее, имелись определенные отличия, указывающие на эндогенную основу этих состояний.

Диагностика шизофрении имеет свои особенности. Несмотря на наличие связи с психотравмирующей ситуацией галлюцинаторно-параноидный синдром при шизофрении при своем развитии имеет быстрое отклонение его содержания от ситуационных обстоятельств. Причём бредовая интерпретация у больных шизофренией как бы существовала в реальной ситуации, в то время как при реактивных психозах подобное «двухплановое существование» не наблюдалось. Бредовая фабула при шизофрении имела тенденцию к выраженной систематизации, расширению их круга и вовлечению все новых и новых событий. Галлюцинаторные переживания занимали незначительное место. Звучали они из формально наружного пространства или изнутри. В тоже время при экзогенных галлюцинациях отмечалась их чёткая локализация. По содержанию вербальные галлюцинации были сложными и противоречивыми, с чертами вычурности, символичности, причудливости в сочетании с конкретно-бытовой фабулой. Переход от экзогенных проявлений к эндогенным проявлениям (истинные вербальные галлюцинации сменялись псевдогаллюцинациями), чаще всего, происходил, если эндогенный процесс сочетался с экзогенно-органической симптоматикой и с психогенными наслоениями. При развитии синдрома Кандинского - Клерамбо все его элементы имели незаконченный, фрагментарный характер, но в них преобладали компонент чуждости и глубокое чувство собственной измененности. В тоже время у 5 испытуемых (14,7%) синдром Кандинского - Клерамбо сочетался с бредом инсценировки, явлениями дереализации. В 9 случаях исследования (26,5%) имело место быстрое присоединение субкататонической симптоматики, что в свою очередь

привносило изменчивость и полиморфизм симптоматики. В дальнейшем формирующие психопатологические проявления не обнаруживали связи с психотравмирующей ситуацией.

Диагностика реактивного галлюцинаторно-параноидного синдрома заметно отличалась от шизофрении тем, что при реактивных психозах данный синдром не носил затяжной, прогрессивный характер. Данное состояние чаще, чем при шизофрении, возникало у лиц, имевших отдаленные последствия черепно-мозговых травм. Галлюцинаторно-параноидный синдром в рамках реактивных психозов был элементарен по своей структуре, галлюцинации были по своему содержанию вербальными, яркими, аффективно насыщенными. Содержа-

жание «голосов» носило конкретный житейский характер, отражало ситуацию. Проявлявшийся психический автоматизм во всех случаях был клинически не многообразным, оставался не разработанным и элементарным. Выход из психотического состояния у лиц, не страдающих шизофренией, происходил преимущественно в депрессию и истерические синдромы, в астению и заострение характерологических особенностей.

Важным при дифференциальной диагностике реактивных галлюцинаторно-бредовых расстройств является отсутствие тенденции к усложнению в динамике психоза, включение истерической симптоматики и соответствующий выход через астению, и заострение характерологических особенностей.

Список использованной литературы:

1. Кондратьев Ф.В. Судебно-психиатрическая экспертиза при шизофрении, шизотипическом расстройстве и хронических бредовых психозах / В кн. «Руководство по судебной психиатрии» под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича, А.А. Ткаченко. - М., 2004. - С. 165-183.
2. Котов В.П. Клинико-социальная характеристика больных, совершивших общественно опасные действия по мотивам патологической ревности / Теоретические и организационные вопросы судебно-психиатрической экспертизы. Сб. научных работ. - М., 1974. - С. 36-38.
3. Кудрявцев И.А. Клинико-катамнестические и патопсихологические критерии дифференцирования психогенно видоизмененной шизофрении и шизофреноподобных реактивных психозов // Теоретические и клинические проблемы современной психиатрии и наркологии. - М., 1986. - С. 133-139.
4. Литвинова М.С. Роль бредовых идей в общественно опасном поведении больных шизофренией / Автореф. ...дисс. канд. мед. наук. - М., 1977. - 16 с.
5. Лукомский И.И. К вопросу о дифференциальной диагностике между шизофренией и алкогольными параноидами // Проблемы шизофрении. - М., 1962. - Вып 1.
6. Фелинская Н.И. О патоморфозе реактивных психозов // Судебно-психиатрическая экспертиза: Сб. № 27. - М., 1976. - С. 3-8.

ПРИМЕНЕНИЕ ИКСЕЛА (МИЛНАЦИПРАНА) ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЯМИ В УСЛОВИЯХ ОБЛАСТНОГО ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

К.Р. Сармантаева, Ж.Т. Кожанова, А.В. Кузнецов,
В.И. Никитенко, С.И. Шаронова

г. Павлодар

Современная психиатрическая практика, в которой центр тяжести все более заметно переносится в амбулаторное звено, предъявляет более высокие, по сравнению с прошлыми десятилетиями, требования к лекарственным препаратам в отношении их переносимости.

Больные депрессиями должны сохранять необходимую моторную активность, способность выполнять повседневные действия. В процессе лечения продолжать профессиональную деятельность, водить автомобиль. Очевидно, что необходимы антидепрессанты, не уступающие по мощности и скорости наступления эффекта трициклическим, но лишённые значительных побочных эффектов. Одним из совре-

менных антидепрессантов, отвечающих этим требованиям, является милнаципран – ингибитор обратного захвата серотонина и норадреналина.

Лечение икселом было назначено 40 человекам, больным депрессиями, в возрасте от 17 до 72 лет (средний возраст составлял 44,6±8,2 года). Из них было 12 лиц мужского пола и 28 лиц женского пола. Диагностика осуществлялась в соответствии с критериями МКБ-10. В таблице 1 представлены данные о наличии диагнозов по МКБ-10 в исследуемой группе больных.

Длительность заболевания составляла от 3-х недель (впервые заболевшие) до 45 лет. У всех пациентов отсутствовала тяжелая соматоневрологическая

Диагнозы, классифицируемые по МКБ-10, в группе больных, принимающих иксел

Установленный диагноз	Классификация по МКБ-10	Абсолютное число (чел.)	%
Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод умеренной депрессии	F31.1.	4	10
Умеренный депрессивный эпизод	F32.1	8	20
Рекуррентное депрессивное расстройство	F33.1	13	32,2
Шизотипическое расстройство	F21	4	10
Органическое аффективное расстройство (непсихотическое депрессивное)	F 06.36	11	27,5

патология; у 5 пациентов пожилого возраста имелись сердечнососудистые заболевания (гипертоническая болезнь 1, 2 степени, атеросклеротический кардиосклероз). Все больные перед началом лечения проходили стандартное обследование, включавшее общий анализ крови и мочи, измерение АД и пульса, ЭКГ. Ни у кого из больных значительно выраженной патологии обнаружено не было.

Иксел назначался в виде монотерапии, но большинству больных потребовалось в начале лечения назначение транквилизаторов (фенозепам, седуксен) на ночь в связи с нарушениями засыпания. Некоторые пациенты получали дополнительно витаминотерапию, ноотропы. Первоначально иксел назначался всем больным в суточной дозе не более 50 мг в капсулах по 25 мг. При хорошей переносимости доза, через несколько дней, увеличивалась до средней терапевтической дозы – 100 мг/сутки в капсулах по 50 мг. Больным пожилого возраста дозу не увеличивали.

Девяти пациентам иксел пришлось отменить в первые дни лечения (5 больных) или в течение 2-х недель в связи с появлением выраженных побочных эффектов (в 3-х случаях) или с отказом от дальнейшего приема препарата из-за субъективного ухудшения состояния. Из этих 9 больных было: 4 больных - с рекуррентной депрессией, 1 больной – с шизотипическим расстройством, 2 больных – с первые развившимся депрессивным эпизодом и 2 больных – с органическим аффективным расстройством.

Эффективность лечения икселом оценивалась у 31 пациента, прошедшего полный курс лечения. Для оценки динамики состояния использовалась шкала Гамильтона для депрессии.

К концу курса лечения икселом средний балл по шкале Гамильтона во всей группе больных снизил-

ся на 72%, что говорит о хорошем терапевтическом эффекте. В таблице 2 представлены данные о распределении больных в исследуемой группе по депрессивным синдромам.

У каждого больного эффект оценивался как значительный при редукции симптоматики не менее, чем на 90% к концу курса лечения, как умеренный – при редукции не менее, чем на 60% и как незначительный (слабый) – при редукции менее, чем на 60%. Таким образом, наши требования к эффективности препарата были достаточно высокими. Значительный эффект (полная или почти полная редукция симптоматики) был получен у 11 больных из 31 чел. (35,5%), умеренный – у 9 больных (29%) и незначительный – у 10 (32,3%). Приведенные данные показывают, что значительный и хороший эффект применения иксела наблюдался у пациентов (64,5%). Полного отсутствия положительной динамики не было отмечено ни у кого из исследуемых больных.

Начало редукции симптомов отмечалось обычно к концу 1-й недели лечения, редукция становилась интенсивной на 2-3-й неделях и к концу 5-6 недель лечения она была, как правило, максимальной. Продолжение лечения более 6 недель обычно дальнейшего улучшения не давало. Такой темп положительной динамики мы расцениваем как быстрый.

У большинства больных редукция симптоматики была гармоничной, то есть выраженность основных симптомов депрессии уменьшалась параллельно. Обычно равномерная редукция симптомов с первых дней положительной динамики наблюдалась у тех больных, у которых в дальнейшем был достигнут значительный или хороший эффект лечения. При неравномерном (дисгармоничном) регрессе симптомов чаще всего первоначально уменьшались про-

Таблица 2

Распределение больных, принимающих иксел, по депрессивным синдромам

Наименование депрессивных синдромов	Абсолютное число (n=31)
Тревожно-депрессивный	17 чел.
Тоскливая депрессия	4 чел.
Депрессивно-ипохондрический	6 чел.
Апатическая депрессия	3 чел.
Депрессивно-обсессивный	1 чел.

явления заторможенности, иногда с усилением тревоги, то есть обнаруживался стимулирующий эффект иксела. Усиление тревоги достаточно легко купировалось дополнительным назначением транквилизаторов (фенозепам, сибазон). Позже, к концу 2-3-й недели терапии, становилось, выраженным и собственнотимоаналептическое действие препарата.

К концу 3-й недели терапии икселом в большинстве случаев уже не требовалось назначение транквилизаторов в дневное время, а проявления тревоги заметно уменьшались. По нашему мнению, гармоничность редукции депрессивных симптомов с первых дней терапии можно считать предиктором значительного эффекта препарата.

Побочные эффекты при лечении икселом отмечались у всех 40 пациентов, которым иксел был назначен первоначально. Значительно выраженными побочными явлениями были только у тех больных, которым препарат был в связи с этим отменен. Выраженными побочными явлениями являлись: повы-

шение АД с тахикардией, тошнотой и усилением тревоги на 2-й день приема препарата (у 1-й больной); тошнота – у 1-й больной; тошнота, рвота и повышение температуры тела до 37,8%, не объяснимое другими причинами – у 1 чел., дизурические симптомы (затруднение мочеиспускания) отмечены у 2 больных.

Больные, завершившие курс лечения икселом, в целом переносили препарат хорошо. Незначительно и умеренно выраженные побочные явления отмечались у 13 пациентов (38,7%). Среди них наиболее часто наблюдались: дизурические явления (дискомфорт при мочеиспускании) – у 5 больных; усиление тревоги в первые дни лечения – у 2 больных (дополнительно назначались транквилизаторы); сухость во рту – у 3-х; головная боль – у 3 больных (у некоторых больных отмечалось по два симптома одновременно). В таблице 3 представлены данные о побочных явлениях, отмеченных у больных, принимавших иксел, в исследуемой группе.

Таблица 3

Побочные и нежелательные явления, отмеченные у больных при лечении икселом

Побочные явления	Количество больных со значительно выраженными побочными явлениями	Количество больных с незначительно выраженными побочными явлениями
Тошнота	1 чел.	1 чел.
Затруднения при мочеиспускании	2 чел.	5 чел.
Тахикардия и повышение АД	1 чел.	0
Рвота и повышение температуры тела	1 чел.	0
Сухость во рту	0	3 чел.
Головная боль	0	3 чел.
Усиление тревоги	1 чел.	2 чел.
Всего больных	5 чел.	13 чел.

Выводы

1. Иксел можно отнести к препаратам широкого спектра действия в отношении различных депрессивных синдромов.
2. Иксел обладает сбалансированным тимоаналептическим, стимулирующим и седативным эффектами. Гармоничная редукция депрессивной симптоматики в ранние сроки лече-

ния может служить предиктором значительного эффекта препарата в дальнейшем.

3. Иксел отличается достаточно ранними сроками наступления положительного эффекта у респондеров.
4. Иксел обычно хорошо переносится больными. Побочными эффектами наблюдались нами у 38,7% больных и были выражены незначительно.

Список использованной литературы:

1. Аведисова А.С., Александровский Ю.А. и соавтор. Иксел (милнаципран): обобщенные результаты клинического изучения селективного ингибитора обратного захвата серотонина и норадреналина (СИ-ОЗСН) в России // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – Т. 2, № 4. – С. 11-113.
2. Вовин Р.Я., Иванов М.В. и соавтор. Результаты применения милнаципрана (иксела) в лечении депрессивных расстройств // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2003. – Т. 5, № 2. – С. 60-63.
3. Мосолов С.Н. Основы психофармакологии. – М., 1996. – 101 с.
4. Музыченко А.П., Морозов П.В. и соавтор Иксел в клинической практике // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – Т. 2, № 3. – С. 81-85.
5. Шамрей В.К., Колчев А.И. Эффективность лечения препаратом «Иксел» депрессивных состояний различного генеза // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2003. – Т. 5, № 4. – С. 174-175.

Судебная психиатрия в диагностике, терапии и профилактике психических расстройств у лиц, направляемых на судебно-психиатрическую экспертизу, традиционно придерживается принципов общей психиатрической практики, но это не означает их тождество. Это связано со специфическими условиями судебно-следственной ситуации, предъявляющей к психике подэкспертных лиц повышенные требования, которые в ряде случаев оказываются чрезмерными, превышающими адаптивные возможности субъекта, что может служить причиной психогенных психических расстройств и серьезно затруднить процесс судебно-экспертного исследования [1].

В судебно-психиатрической практике приходится наблюдать такие формы психических расстройств, которые обычно оказываются вне поля зрения психиатров общего профиля, поскольку они, как правило, в обычной жизни этих людей не сопровождаются нарушениями адаптации до степени, когда необходима стационарная психиатрическая помощь или активное амбулаторное наблюдение. Это стёртые, не резко выраженные формы психических расстройств, характеризующиеся незначительной глубиной поражения: расстройства личности, последствия органических поражений головного мозга без выраженных нарушений психики, начальные проявления церебрального атеросклероза, алкоголизм, маскированные депрессии и др.

Лица, привлеченные к уголовной ответственности, подвержены воздействию ряда специфических факторов, повышающих риск развития психогенных расстройств: изоляция от привычной микросоциальной среды; ограничение прав и свобод; обязанность выполнять предписания и требования режима; отсутствие возможности принимать решения по многим вопросам по своему усмотрению; переживания по поводу совершенного правонарушения; укор за страдания родных и близких, перспектива провести в изоляции значительное время и т.п. Эти факторы создают определенный эмоционально негативный фон и способствуют развитию пролонгированных депрессивных и тревожно-депрессивных реакций при возникновении дополнительных личностно значимых стрессовых ситуаций: внезапные сообщения о болезни родных и близких; известия о разводе; межперсональные конфликты; физическая агрессия, притеснения, унижение чести и достоинства и др. [2].

В зависимости от характерологических особенностей личности подэкспертного лица, а также от её социальной направленности и мировоззренческих установок основное психотравматизирующее зна-

чение приобретают либо переживания, связанные с раскаянием в содеянном, мыслями по поводу аморальности, недопустимости совершенного противоправного деяния, чувством вины перед пострадавшим, родственниками и т.п., либо опасения за свою дальнейшую судьбу по поводу «наступившего жизненного краха».

Различие в содержательной стороне основных для данной личности психотравмирующих переживаний может быть объяснено не только личностной направленностью индивидуума, привлеченного к уголовной ответственности, но и типичным для данной личности способом переработки психотравмирующих раздражителей и реакцией на них, типом и эффективностью механизмов психологической защиты [3]. Для личностей с чертами возбудимого и особенно истерического круга типично (в силу присутствующего им эгоцентризма, выраженной тенденции «вытеснять» из своего сознания неприятные для них переживания) стремление объяснять все свои неприятности и совершенные проступки «внешними обстоятельствами», виновностью окружающих, то для астенических и психастенических личностей особо значимы переживания, связанные с раскаянием в содеянном, тогда как для истерических и возбудимых личностей они оказываются несущественными и поэтому не травматизирующими.

Важным фактором, усиливающим патогенную значимость психотравмирующих воздействий является резкое нарушение привычного жизненного стереотипа, связанное с изоляцией от общества. При этом происходит нарушение прежних, привычных, «устоявшихся» микросоциальных связей и возникает необходимость адаптации к новым условиям, при которых могут оказаться неадекватными и недостаточно эффективными выработанные ранее навыки поведения и механизмы психологической защиты. Для таких лиц отмеченные выше психотравмирующие факторы в период адаптации могут оказаться особенно патогенными и обусловить развитие различных психогенных расстройств.

Нельзя недоучитывать и роль наблюдаемой в ситуации изоляции частичной депривации привычных раздражителей (сенсорных, интеллектуальных, эмоциональных, моторных – ограничение передвижения), которая также является фактором, способствующим усилению патогенной значимости психотравмирующих воздействий.

Таким образом, условия судебно-следственной ситуации характеризуются сочетанием ряда факторов, обуславливающих повышенные «требования» к психологической устойчивости личности, что определяет частоту возникновения реактивных состо-

аний и иных, психогенно обусловленных расстройств среди контингента подследственных лиц, направляемых на судебно-психиатрическую экспертизу.

Раннее выявление психогенных депрессивных расстройств у лиц, находящихся в условиях судебно-следственной ситуации, является одной из актуальных задач судебной психиатрии. Это объясняется не только частотой совершаемых такими лицами демонстративно-шантажных аутоагрессивных действий, но и высоким риском завершённых суицидов. Многие авторы [4-7] отмечают, что диагностика депрессивных расстройств в последние годы становится все более сложной, что связано с рядом факторов, в том числе с увеличением числа атипичных, стертых, а также маскированных форм.

С целью выявления прогностически неблагоприятных факторов, способствующих затяжному течению психогенных депрессий, развивающихся в условиях судебно-следственной ситуации, проведен анализ 22 наблюдений подэкспертных лиц, проходивших стационарную судебно-психиатрическую экспертизу в Республиканском научно-практическом центре психиатрии, психотерапии и наркологии Министерства здравоохранения РК. Для проведения дальнейшего сравнительного анализа эти подэкспертные лица были разделены на 2 группы:

1 группа – 10 больных с подострым типом течения реактивных депрессивных расстройств, в клинической картине которых ведущее место занимали истерические механизмы формирования синдромов: истерическая депрессия с заторможенностью – 4 больных; депрессия с элементами псевдодеменции и пуэрилизма – 3 больных; тревожная депрессия – 3 больных. Причем, все виды депрессий характеризовались рудиментарностью, неразвернутостью клинической картины и моносиндромным типом течения, что в целом свидетельствовало об относительной легкости состояния. Проведенная в период стационарной судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ) психофармакотерапия (антидепрессанты, транквилизаторы) в сочетании с рациональной психотерапией способствовала быстрой редукции психогенных расстройств, давала возможность объективно оценить психическое состояние подэкспертных лиц как на период времени, относящийся к инкриминируемым им деяниям, так и на настоящий момент. Все 10 подэкспертных лиц, реактивные депрессии которых удалось купировать в период проведения СПЭ, были признаны вменяемыми и направлены в распоряжение судебно-следственных органов.

2 группа – 12 больных с затяжным типом течения реактивных депрессивных расстройств существенно отличалась по клиническим проявлениям депрессий от подэкспертных 1-й группы. При затяжных депрессиях в подавляющем большинстве случаев наблюдались сложные синдромы: депрессивно-параноидный синдром – 4 больных; депрессия с

галлюцинаторно-параноидными включениями – 3 больных; депрессивно-ипохондрический синдром – 3 больных и лишь у 2 подэкспертных диагностировалась истерическая депрессия с элементами псевдодеменции, которая носила стойкий, резистентный к проводимой терапии характер. Депрессивный аффект в большинстве случаев сопровождался раздражительностью, больные были угрюмы, подозрительны, недоверчивы, конфликтны. В структуре депрессии часто выявлялись элементы параноидной симптоматики с идеями отношения, преследования, которые появились на фоне углубления депрессии и по своему содержанию отражали психотравмирующую ситуацию. У трети больных течение имело волнообразный характер с кратковременными светлыми промежутками.

Затяжной характер выявленных депрессивных расстройств послужил основанием для направления этих подэкспертных лиц на принудительное лечение до выхода из болезненного состояния с последующим повторным представлением на судебно-психиатрическую экспертную комиссию. С юридической точки зрения подобного рода экспертизы не являются «повторными», так как экспертные вопросы о «вменяемости-невменяемости» до направления на принудительное лечение этих больных не были решены в связи со значительными дифференциально-диагностическими трудностями.

Целенаправленный сравнительный клинико-психопатологический анализ выделенных в процессе исследования двух групп подэкспертных лиц показал, что в подавляющем большинстве в анамнезе подэкспертных лиц 2-й группы имелись указания на наличие той или иной патологической почвы. У 5 больных выявлялись отдельные психопатические черты характера со склонностью к истерическим формам реагирования, у 4 – отмечались последствия перенесенных в прошлом черепно-мозговых травм. Часто вышеуказанные неблагоприятные факторы сочетались с длительной, предшествовавшей правонарушению алкоголизацией и соматической патологией (гипертоническая болезнь, признаки раннего атеросклероза сосудов головного мозга, хронические заболевания печени и почек).

Проведенный анализ позволяет сделать вывод о том, что к предикторам пролонгированного (затяжного) течения депрессивных расстройств, развивающихся в условиях судебно-следственной ситуации, кроме вышеописанных специфических условий среды, можно отнести и неблагоприятное взаимопотенцирующее сочетание психопатических черт характера с резидуально-органической недостаточностью головного мозга травматического генеза и соудистой патологией.

Таким образом, в целях повышения эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий в отношении лиц с пролонгированными депрессивными реакциями, развившимися в условиях судебно-

следственной ситуации, рекомендуется проведение комплексной патогенетической терапии, включающей не только синдромально обусловленную терапию антидепрессантами, но и лечебные мероприятия, направленные на биологически измененную

почву, способствующую затяжному течению этих психических расстройств: последствия перенесенных в прошлом черепно-мозговых травм, сосудистая патология, хронические соматические заболевания и др.

Список использованной литературы:

1. Агаларзаде А.З., Шишков С.Н. Концепция пенитенциарно-психиатрической деятельности // Социальная и судебная психиатрия: история и современность. – М., 1996. – С. 397-400.
2. Уразбаева С.Б. Психогенные декомпенсации у эмоционально-неустойчивых личностей, содержащихся в местах лишения свободы // Сборник материалов научно-практической конференции «Актуальные вопросы судебной и социальной психиатрии (28 ноября 2003 г.)». – Алматы, 2004. – С. 46-50.
3. Боброва И.Н., Шубина Н.К., Метелица Ю.Л. Особенности диагностики психических расстройств в судебно-психиатрической клинике // Первый съезд психиатров социалистических стран. – М., 1987. – С. 323-327.
4. Дмитриева Т.Б., Харитонова Н.К. О факторах, обуславливающих затяжное течение психогенных депрессий // Профилактика общественно опасных действий психически больных. – М., 1986. – С. 68-75.
5. Кудрявцев И.А. Некоторые организационные аспекты экспертизы, принципы судебно-психиатрической оценки и применение мер медицинского характера при реактивных психозах у лиц с травматическим поражением головного мозга. // Вопросы организации судебно-психиатрической экспертизы. – М., 1975. – С. 61-70.
6. Загитова Ж.Б. Психогенные депрессии невротического уровня в судебно-психиатрической практике // Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и психологии. – Алматы, 1998. – С. 62-65.
7. Иммерман К.Л. Атипичные формы затяжных реактивных состояний. // Проблемы судебной психиатрии. – М., 1970. – С. 125-138.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДА ШИЗОФРЕНИИ

А.О. Темиргалиев, З.Х. Жанабаева,
Ж.А. Молжанова, А.В. Кузнецов

г. Павлодар

Шизофрения – это хроническое психическое заболевание, которое характеризуется поступательным (прогредиентным) течением, наличием разнообразных продуктивных и негативных синдромов, развитием дефекта личности.

Шизофрения – это текущий процесс (процессуальный тип течения). Это течение имеет своё начало, середину и конец. В целом это болезнь подросткового и среднего возраста, дети редко болеют шизофренией. Лишь у 1% больных это заболевание возникает в возрасте до 10 лет. У мужчин чаще преобладает бред, у женщин - аффективные нарушения. В детском возрасте преобладает непрерывное течение, в пожилом – приступообразное.

В течении шизофрении выделяют несколько стадий:

- инициальная;
- манифестация;
- этап активного течения;
- стабилизация;
- заключительная – формирование дефекта, исходное состояние или редукция симптоматики.

Типы течения:

1. Непрерывно-прогредиентное - 56%.
2. Шубообразное – 24,9%.
3. Рекуррентное (периодическое) течение – 19,1%.

В инициальном периоде – психические расстройства неспецифические: нарастает аутизм, эмоциональное обеднение, могут быть астения, неврозо-психопатоподобная симптоматика, падение продуктивности психической деятельности. На этом этапе правильный диагноз ставится редко (ставят невроз, олигофрению, психопатию, реактивные состояния).

В период манифестации – присоединяются бредовые идеи, галлюцинации, псевдогаллюцинации, синдромы кататонический и гебефренический.

На этапе активного течения заболевание может протекать непрерывно или приступообразно с ремиссиями. В дальнейшем *на этапе стабилизации и заключительном* формируется дефект, исходные состояния или симптоматика сглаживается (регрессивное течение).

Каждый тип течения имеет различные *формы* в зависимости от преобладающего продуктивного *синдрома*. Если преобладает *негативная симптоматика* (симплекс – синдром) – это простая форма.

Непрерывно-прогредиентная шизофрения – типично прогрессирующее течение. Волнообразность проявляется лишь периодическими обострениями и ослаблениями существующей симптоматики без глубоких ремиссий. В зависимости от темпа прогрессирования выделяют варианты: злокачественное, средне – прогредиентное и малопрогреддиентное течение.

Злокачественное (галопирующее) течение – встречается редко – 4,5%.

Критерии Наджарова:

- 1) раннее начало (13-18 лет);
- 2) начало с негативных симптомов, которые предшествуют позитивным симптомам;
- 3) быстрота наступления исходных состояний;
- 4) полиморфизм симптоматики без синдромальной завершенности;
- 5) значительная резистентность к терапии;
- 6) тяжесть конечных состояний.

Конечные состояния формируются уже через 2-4 года от момента манифестации.

Прогреддиентная шизофрения (параноидная форма). Темп прогрессирования средний. Обычно у лиц старше 25 лет. Инициальный период длится 5-20 лет. Затем формируется параноидный синдром, синдром Кандинского – Клерамбо:

а) если на начальном этапе преобладает неврозо-психопатоподобная симптоматика, то формируется галлюцинаторный вариант;

б) если преобладает паранойальный бред, то в дальнейшем преобладают бредовые расстройства, через 6-10 лет формируется парафренный синдром.

Динамика формирования псевдогаллюцинаций: вначале – истинные вербальные иллюзии и отнесение к себе чужой речи, затем – элементарные галлюцинации (шум, свист, оклики) – истинные вербальные галлюцинации (монолог, диалог) – комментирующие галлюцинации – псевдогаллюцинации.

Малопрогреддиентная шизофрения (шизотипическое расстройство) – типично медленное течение, невыраженные изменения личности, преобладание неврозо – психопатоподобных, паранойальных расстройств, ипохондрия, может быть простая форма.

Шубообразная шизофрения – типично сочетание синдромов, характерных для непрерывного течения с острыми приступами, наличие аффективных синдромов (депрессивных и маниакальных).

На *начальном этапе* – могут быть стертые депрессии, гипомании, аутизация, изменения характера, навязчивости. В 25% отмечаются «зарницы» – кратковременные психотические эпизоды.

На *этапе манифестации* – возникают различные типы приступов (паранойальные, параноидные,

парафренные), при наличии депрессии и мании – аффективно – параноидные приступы.

Приступы разделены ремиссиями, качество ремиссий от приступа к приступу снижается. Течение может быть различным:

- один приступ с ремиссией всю жизнь;
- прогрессирование заболевания и повторными более тяжелыми приступами;
- приобретает непрерывное течение;
- приостановка прогрессирования – последующие приступы одинаковые, по типу «клише» (печать).

Может быть приступообразное малопрогреддиентное течение.

Рекуррентная шизофрения: течёт в виде острых приступов с высококачественными ремиссиями; изменения личности возникают после первого приступа и выражены незначительно, тенденция к повторению приступов. Иногда ремиссии настолько высококачественные, что отличие от биполярного аффективного расстройства возможно только по структуре приступа.

Формы:

1. Циркулярная форма – аффективное расстройство.
2. Онейроидно-кататоническая форма.
3. Депрессивно-параноидная.

Варианты течения:

- 1) транзиторные приступы (несколько дней – 2 недели);
- 2) течение по типу *continua* – смена различных приступов без светлых промежутков (циркулярная форма);
- 3) классический вариант с различными типами приступов;
- 4) тенденция к упрощению структуры повторных приступов.

Значительная часть больных переносит лишь 1 приступ в жизни. Больных рекуррентной шизофренией, перенесших 1 приступ в 2 раза больше, чем перенесших 5 приступов. Неблагоприятный признак – раннее начало до 20 лет, преобладание маниакального аффекта в первом приступе.

В связи с патоморфозом течение шизофрении стало более благоприятным, увеличилось число ремиссий типа практического выздоровления.

Дефиниция понятий *ремиссия, дефект, исходное состояние*

Ремиссия – состояние улучшения с редукцией симптоматики острого периода: по качеству – *полные* и *неполные* (с остаточной симптоматикой), *спонтанные* и *терапевтические* (под влиянием лечения), *лекарственно-зависимые* и *лекарственно-независимые*).

Неполные ремиссии: астеническая, гиперастеническая, апатическая, тимопатическая, психопатоподобная, параноидная.

По Серейскому А.В.: А, В, С, Д, О.

При шизофрении могут быть случаи, когда заболевание на поздних этапах приобретает регрессирующее течение, редуцируется симптоматика: дезактуализируются и инкапсулируются бредовые расстройства, блекнут галлюцинации, сглаживаются личностные изменения.

Шубообразная шизофрения: 1 приступ в жизни - у 30% больных, 2 приступа - у 25%..., 10 приступов - у 0,7%.

Дефект (defectus – отпадение, убыток, недостаток) – это резидуальные личностные изменения вследствие перенесенного психоза. Триада Е. Блейлера (три А): апатия, абулия, аутизм. При формировании дефекта особенности проморбидной личности нивелируются и всё больше становятся как бы на одно лицо. Корсаков формулирует это так: «Психические заболевания – это всегда заболевания личности». При дефекте возможна динамика (спонтанная или терапевтическая) – углубление или сглаживание личностных изменений.

Исходное состояние: состояние, завершающее течение шизофрении, при дефекте возможна динамика, а исходное состояние стабильно: глубокая психическая деградикация как заключительная стадия болезненного процесса. Исходное состояние – стабильная декомпенсация.

Виды исходных состояний (Эдельштейн А.Э.):

1. Синдром апато-абулического слабоумия.
2. Псевдоорганический тип.
3. Синдром руинирования (сохраняются лишь низшие психические функции).

Детская шизофрения – малопрогрессирующее течение отмечается в 50% случаев, злокачественное

течение - в 8-12%. Может быть задержка психического развития, олигофреноподобный дефект.

Раннее начало не всегда неблагоприятно, так как у детей особая пластичность центральной нервной системы (ЦНС) и большие компенсаторные возможности детского организма. Степень прогрессивности напрямую не зависит от возраста и является независимым признаком эндогенного процесса.

Какова же точность диагностики шизофрении?

(по данным литературы)

Гурьева Т.В. и Гиндикин В.Г. считают, что ошибочная диагностика при шизофрении составляет 39%: 26% - гиподиагностика; 13% - гипердиагностика. По данным А.Е. Личко, у подростков ошибочная диагностика в ту или другую сторону может достигать 50%. А.В. Снежневский писал о том, что 30% больных шизофренией получают свой диагноз спустя 6 лет и более от начала заболевания и обращения к психиатрам. Шумский писал, что за период с 1962 по 1982 годы в Институте им. Сербского около 450 больных шизофренией, проходивших стационарную СПЭК, ошибочно признаны здоровыми (или страдающими другими заболеваниями) и вменяемыми.

Всегда ли при шизофрении при экспериментально психологическом исследовании обнаруживаются типичные нарушения мышления? Нет, не всегда. По данным Личко А.Е. и Снежневского А.В., у одной трети больных шизофренией нарушения мышления отсутствуют, зато у одной трети их здоровых родственников такие нарушения мышления есть.

Список использованной литературы:

1. Личко А.Е. Шизофрения у подростков. – М.: Медицина, 1990.
2. Международная классификация болезней 10 пересмотра.
3. Морозов Г.В. Руководство по психиатрии. – М.: Медицина, 1988. – Т. 1, 2.
4. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. – М.: Экспертное бюро, 1997.
5. Снежневский А.В. Руководство по психиатрии. – М.: Медицина, 1983. – Т. 1, 2.
6. Тиганов А.С. Руководство по психиатрии. – М.: Медицина, 1999. – Т. 1, 2.

НАРКОЛОГИЯ

«ЗАШТОРИВАНИЕ», «МАСКИРОВКА» НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ФИЗИЧЕСКИМИ ИЛИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

А.А. Абетова

Актуальность исследования

Каждое заболевание имеет для человека сугубо индивидуальный личностный смысл. В одном случае заболевание – не более чем какой-то мимолетный эпизод, в другом – глубокая трагедия, а третьем – «законный заслон» от жизненных проблем, возможность получить какие-то выгоды.

Отношение человека к своей болезни и лечению представляет собой одну из фундаментальных по своей значимости общемедицинских проблем. Это частная область более широкой проблемы человеческого самосознания, имеющей помимо клинического, самые различные аспекты - философский, психологический, социологический, религиозный и многие другие.

Вопрос об участии личности в формировании, течении и исходах наркологических заболеваний имеет концептуальное значение, являясь предметом пристального изучения, обсуждения и дискуссий. Целостного представления о характере такого участия невозможно составить без глубокого анализа «внутренней картины болезни» - осознания больным собственной болезни и его позиции по отношению к заболеванию и лечению.

Проблема отношения больного к болезни привлекала внимание клиницистов всегда (Лурия Р.А., 1935; Шевалев Е.А., 1936; Краснушкин Е.К., 1948), отмечалась статическая характеристика этого сложного феномена. Эта характеристика служила, скорее всего, для установления терапевтического контакта с больным и решением проблем касательно периода лечения. Для рассмотрения более сложных, особенно прогностических вопросов клиники, а тем более, теории, они оказывались недостаточными. В англоязычной литературе тема отношения к болезни и отрицание болезни при алкоголизме и других видах зависимости пользуется большим уважением, нежели в отечественной наркологии. Не изучено до конца феноменологическое содержание этого сложного клинического явления. Не разработана типология нарушений сознания болезни и критика к болезни при наркологических заболеваниях. Остаются неясными роль и взаимосвязь двух основных групп факторов в структурировании феномена. С одной стороны - конституционально-биологических, характерологических, личностных, социальных, культурных, средовых влияний; а с другой - привносимых самой болезнью факторов: ее тяжести, особенностями синдромального спектра, прогрессивности, длительности, характера осложнений, глубиной токсического поражения и др.

Диссимуляция алкоголизма и наркомании осуществляется кроме других вариантов диссимуляции также путём их «экранирования», «зашторивания» другими, искусственно предъявляемыми, симптомами.

У окружающих вызывают сочувствие параличи, парезы, припадки. Благодаря им отодвигается на задний план компрометирующее злоупотребление алкоголем или наркотиками. Истерические реакции оказываются хотя и грубым, но надежным укрытием, при помощи которого больные наркоманией и алкоголизмом пытаются избавиться от осуждения окружающих. Чтобы скрыть проявления интоксикации или абстинентного синдрома от родственников, больные создают своеобразную завесу из многочисленных жалоб на головные боли, бессонницу, плохое настроение, переутомление. Все это в конечном итоге оказывает влияние на процесс и эффективность терапии. Пациент, при сохранении этой модели диссимуляции, остается недоступным для проведения как биологических, так и психотерапевтических воздействий, а реабилитация зависимого поведения станет недоступной. В связи с этим определяется актуальность данного исследования.

Целью исследования являлась разработка мероприятий, направленных на снижение спроса на наркотики.

Клинический материал исследования составили 200 человек, больных наиболее распространенными наркологическими заболеваниями. Выделены 2 группы больных:

I группа - 75 человек, больных опийной наркоманией, в возрасте от 18 до 45 лет (средний возраст $26,5 \pm 1,4$ года), употреблявшие наркотики внутривенно, с длительностью сформированной зависимости не менее 3-х лет. К моменту начала исследования у 65% больных госпитализация была первичной, остальные неоднократно лечились в стационаре ранее.

II группа - 125 человек, больных хроническим алкоголизмом, в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст $32,4 \pm 7,4$ года), употреблявшие алкоголь в псевдозапойной форме, с длительностью сформированной зависимости не менее 8 лет.

Между группами больных выделены следующие подгруппы:

I подгруппа - 35 больных (31,8%) с синтонным преморбидным типом личности, не содержащим в своей структуре каких-либо патохарактерологических черт. С учетом ведущих свойств этой группа объединила в себе личности синтонно-стеничного и синтонно-комформного склада;

2 подгруппа - 58 больных (52,7%) с преобладанием возбудимых черт в преморбидной структуре личности. В эту группу вошли больные с эксплозивными, эпилептоидными, истероидными, неустойчивыми и гипертимными характерологическими особенностями, у которых общими ведущими свойствами характера являлись эмоциональная неустойчивость, раздражительность и повышенная возбудимость;

3 подгруппа – 17 больных (15,5%) с преобладанием тормозимых черт в преморбидной структуре личности, с включением личностей с астенической, психастенической и шизоидной акцентуациями. Объединение этих больных в единую группу основывалось на наличии таких общих черт, как повышенная чувствительность, ранимость, робость и застенчивость, занимавших центральное место в структуре характера.

Результат исследования

Сравнительный анализ клинических показателей опийной наркомании и алкоголизма свидетельствовал о наличии определенного влияния преморбидного типа личности на динамику основных проявлений заболевания. Так, больные с синтонным преморбидным типом личности наиболее часто (83,0%) маскировали обострение патологического влечения во время пребывания в стационаре такими жалобами на плохое физическое или «нервное» состояние, но обусловленное, по утверждениям больных, «угнетающей обстановкой больницы». Такие жалобы были настолько типичными, что приобретают вес патогномичного симптома. Когда больные начинают заявлять, что на них «давят стены больницы» и для скорейшего выздоровления нужна немедленная выписка, либо ему «обязательно нужен свежий воздух», можно безошибочно предположить обострение патологического влечения.

Более существенное влияние личностные особенности оказывали на прием протеста против лечения, который оказался очень распространенным среди больных с преобладанием возбудимых черт в преморбидной структуре личности и более выраженной активностью патологического процесса. Протест проявлялся «завесой» из жалоб на отрицательные последствия лечения. Именно медикаментам больные приписывали все неприятные соматические ощущения в период абстинентного синдрома: «Я сам пришел лечиться, а от ваших таблеток чувствую себя хуже, чем до этого», «От ваших таблеток слабость и головная боль» и т.п.

У больных с преобладанием тормозимых черт в преморбидной структуре личности и меньшей активностью патологического процесса «зашторивание» алкоголизма и наркомании несколько отличалось по форме. Оно осуществляется главным образом в виде настойчивого предъявления соматических жалоб – мнимых или реально существующих, но агравированных. Больные не отрицали алкоголизм или наркоманию полностью, но акцент делали на соматичес-

кие расстройства, которые нужно лечить в первую очередь – раньше наркологического заболевания.

Обсуждение

Выявленные различия в клинике и динамике патологического влечения к психоактивным веществам имели прямую связь с преморбидным радикалом личности. Обнаружены патогномичные симптомы диссимуляции болезни, которые имели связь с выраженностью патологического процесса в целом. Выявленные особенности обуславливали необходимость дифференцированного подхода к выбору медикаментозных и психотерапевтических методов лечения с учетом типологических особенностей личности.

Выводы

Патопластическое оформление «зашторивания» строится за счет еще сохранных элементов ядра стенической личности – настойчивости, амбициозности, требовательности, высокого мнения и претензий, а при преобладании астенических черт личности с бессилием перед решением сложных психологических проблем или жизненных трудностей – за счет соматизированных расстройств.

Список использованной литературы:

1. Альтиуллер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю. – М., 1994. – 216 с.
2. Альтиуллер В.Б., Кравченко С.Л., Павлова О.О. Соотношение между депрессией, патологическим влечением к алкоголю и влечением к опиатам // *Материалы международной конференции психиатров.* – М., 1998. – С. 294.
3. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. – М.: Медицина, 1998. – 122 с.
4. Генайло С.П. Особенности преморбиды больных наркоманиями. // *Неврология и психология.* – М., 1990. – Т. 90. – С. 42-47.
5. Иванец Н.Н., Винникова М.Л. Героиновая наркомания. Постабстинентное состояние: клиника, лечение. – М: Медицина, 2000. – 122 с.
6. Кириллова Л.А. Психопатологические особенности синдрома патологического влечения у больных героиновой наркоманией // *Материалы международной конференции психиатров: Тез. докл.* – М., 1998. – С. 317.
7. Кондратьев Ф.В., Клименко Т.В. Понятие патологического влечения к наркотическим средствам и его основные клинические аспекты // *Проблемы расстройств влечений в судебно-психиатрической практике: Сборник научных трудов* – М., 1991. – С. 11-17.
8. Наркоситуация в Республике Казахстан в 2007 году // *Проект «Мониторинг эпидемиологии потребления наркотиков».* – Астана, 2009. – С. 14-18.
9. Рохлина М.Л., Воронин К.Э. Ремиссии и причины рецидивов у больных моно и полинаркоманией // *Профилактика рецидивов при алкоголизме и наркоманиях.* – СПб, 1991. – С. 46-50.

ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

ВЕГЕТАТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ СОМАТОФОРМНОЙ ПАТОЛОГИИ

Ж.А. Жолдасова

В современных условиях стрессизации, развития техногенной цивилизации, колоссальных информационных потоков вегетативные кризы (ВК) стали одной из самых актуальных проблем медицинской практики. По данным различных эпидемиологических исследований, распространенность ВК в популяции, начиная с периода пубертата, варьирует от 3% до 26% [1, 3]. Различные аффективные феномены (тревога, депрессия, фобии), присущие ВК, способствуют хронизации вегетативной дисфункции (ВД), развитию социальной дезадаптации и инвалидизации больного. Кроме того, имеющиеся у больных с ВК вегето-висцеральные нарушения, изначально функциональные, впоследствии могут привести к выраженной соматической органической патологии [2]. Известно, что вегетативные нарушения манифестируют в молодом возрасте, снижая степень трудоспособности наиболее активной части населения. Всё это делает решение вопросов патогенеза, прогнозирования, ранней диагностики ВД, в частности вегетативных кризов, и подбора адекватной терапии чрезвычайно важной задачей.

Традиционно патогенез вегетативных кризов связывают с поражением надсегментарных церебральных вегетативных структур, главной функцией которых является интегративная деятельность, обеспечивающая взаимодействие восходящих и нисходящих потоков, единство моторных, сенсорных и вегетативных систем мозга при организации адаптации к условиям внешней и внутренней среды [2, 3]. Нарушение адаптационных механизмов проявляется изменением во взаимодействии восходящих и нисходящих путей, что вызывает сочетанные психические, соматические и вегетативные сдвиги.

Современный этап изучения синдрома ВД, наиболее ярким проявлением которого являются вегетативные кризы, характеризуется целенаправленным и детальным исследованием врожденных и приобретенных особенностей нейрофизиологических и биохимических процессов.

Доступными методами оценки афферентных и эфферентных структур анимальной нервной системы являются соматосенсорные вызванные потенциалы (ССВП), зрительные вызванные потенциалы (ЗВП), магнитная стимуляция (МС), электроэнцефалография (ЭНМГ) [4, 5, 6]. Имеются работы по оценке состояния чувствительных проводящих путей и реактивности различных церебральных систем при патологических процессах [7]. В основном при исследовании вызванных потенциалов прово-

дится определение латентного периода основных пиков, их амплитуд, межпиковых латентностей. В то же время нет четкой картины изменений ССВП, наблюдаемых при вегетативной патологии. В изучении состояния двигательных эфферентных систем методом магнитной стимуляции оценивается время проведения импульса, которое отражает распространение потока возбуждения по кортикоспинальным волокнам и время, необходимое для деполяризации соответствующих мотонейронов передних рогов спинного мозга. Также определяется уровень возбудимости соответствующих нервных структур по величине порога магнитного стимула.

Кроме того, открытие явлений нейрокринии, спивовера, диффузной внесинаптической нейротрансдачи и феномена нейрональной пластичности сформировали представление о работе нейрональных сетей и их роли в различных функциональных состояниях мозга [6]. В настоящее время можно считать установленной роль ЦНС в качестве основного регулятора и интегратора стрессовых реакций [5, 7]. Биохимическую основу интегративных процессов мозга составляют нейротрансмиттеры различной химической природы (моноамины, аминокислоты, нейропептиды). Предполагается, что сформированное модуляторной интеграцией устойчивое состояние является физиологической и нейрохимической основой адаптации и поддержания гомеостаза, в частности его вегетативных показателей. Воздействие стрессорных факторов различной природы приводит к изменению уровня нейрохимической активности мозга, который на основании модуляции нейрональной активности формирует нейрональную сеть и осуществляет целенаправленное мотивированное поведение [4]. Это обусловлено и единством интегративных систем вегетовисцеральной и нейроэндокринной регуляции, ведущим звеном которой является лимбико-ретикулярный комплекс (ЛРК). Данные обстоятельства заставляют пристально исследовать особенности нейротрансмиттерных систем при ВК. В этом отношении наибольший интерес представляет пролактин (ПРЛ), так как его секреция полностью подчинена гипоталамусу и регулируется только центральными механизмами. Нейрорегуляция секреции ПРЛ многофакторна, однако, доминирует тонический тормозящий механизм, главным звеном которого является дофамин (ДА). Благодаря твердо установленным реципрокным секреторным взаимоотношениям с ДА, уровень ПРЛ плазмы крови, исследованный в базаль-

ных условиях, исключая возмущающие, стимулирующие секрецию ПРЛ воздействия, может служить показателем состояния дофаминергической системы [8, 10].

Имеются данные, указывающие на зависимость типа вегетативного реагирования и особенностей проявления СВД от уровня пассивного трансмембранного ионотранспорта, оцениваемого по скорости Na^+/Li^+ - противотранспорта (NLC) в мембране эритроцита [6, 9]. С учетом того, что все нейрохимические процессы осуществляются при участии клеточных мембран, то представляет интерес изучение эфферентных и афферентных путей мозга при различной скорости пассивного трансмембранного ионотранспорта как одного из важнейших генетических маркеров.

Кроме того, в последние годы в связи с развитием новых методов генетических исследований появились новые данные об ассоциации между различными проявлениями ВД и полиморфизмом генов рецепторов нейротрансмиттерных систем, в частности гена 5HT_{2A}-рецептора [8, 9, 10]. Это обстоятельство диктует необходимость изучения генетического полиморфизма типа вегетативного реагирования в сочетании с определением состояния нейротрансмиттерных систем у лиц с вегетативным кризом.

Таким образом, назрела необходимость комплексной оценки интегративных взаимоотношений афферентной и эфферентной анимальной нервной системы в сочетании с изучением особенностей вегетовисцеральной и нейроэндокринной регуляции и определением ряда показателей «генетического фона» у пациентов с ВК.

В последних работах, посвященных вегетативным дисфункциям выявлены сочетанные изменения состояния анимальной афферентной и эфферентной систем в виде нарушений параметров пика P100 зрительных вызванных потенциалов, увеличении амплитуды пика 18 соматосенсорных вызванных потенциалов, укорочении времени центрального проведения при магнитной стимуляции и появлении признаков синдрома нейрогенной тетании у 72% больных с вегетативными кризами. Полученные данные свидетельствуют об усилении афферентного потока и облегчении проведения афферентной соматосенсорной информации у больных с вегетативными кризами.

Установлена функциональная недостаточность дофаминергической системы в виде относительной гиперпролактинемии у больных с вегетативными кризами. В зависимости от тяжести заболевания определяется сходный тип реагирования вегетативной и дофаминергической систем, что указывает на значимость в патогенезе вегетативных расстройств функционального состояния нейротрансмиттерной системы в сочетании с особенностями показателей вегетативного гомеостаза.

У больных с вегетативными кризами установлено повышение реактивности афферентной и эффе-

рентной систем, особенно у лиц с напряженным вегетативным балансом, сочетающееся с высокими значениями скорости Na^+/Li^+ - противотранспорта в мембране эритроцита.

Кроме того, выявлены ассоциации несостоятельности анимальной афферентной и эфферентной систем мозга в виде изменения реактивности данных структур с напряженным вегетативным балансом и высокими значениями NaLi - противотранспорта. Данные неблагоприятные сочетания влияют на формирование психовегетативного паттерна у больных с вегетативными кризами. Определены корреляции высокой скорости трансмембранного ионотранспорта, с нейрофизиологическими особенностями состояния афферентной и эфферентной функциональных систем мозга.

Установлено, что на фоне терапии селективными ингибиторами обратного захвата серотонина у лиц с вегетативными кризами нормализовались показатели секреции пролактина, параметры магнитной стимуляции, зрительных вызванных потенциалов и ЭМГ, что свидетельствует о патогенетическом единстве нейромодуляторных систем и афферентно-эфферентных взаимоотношений, а также позволяет рекомендовать методы их исследования для динамического наблюдения больных и построения прогностических моделей.

Определено что в алгоритме ранней диагностики функциональных нарушений надсегментарных вегетативных структур имеет особое значение проведение комплекса нейрофизиологических исследований включающих в себя изучение зрительных вызванных потенциалов, ЭМГ и магнитной стимуляции. В целях ранней профилактики вегетативной дисфункции у лиц с высокой степенью напряжения адаптационных механизмов (в силу их профессиональной деятельности) необходимо определение типа вегетативного реагирования в сочетании с функциональным состоянием нейроэндокринного статуса (с оценкой пролактина (ПРЛ)).

Пациенты с соматоформными расстройствами обращаются в первую очередь в медицинскую сеть общего профиля, где вполне можно провести исследование, доступные многим медицинским центрам.

Установленные изменения характеристик соматосенсорных вызванных потенциалов, магнитной стимуляции и электромиографии у больных с ВК могут лечь в основу ранней диагностики психовегетативного синдрома.

Для уточнения тяжести и прогноза течения патологического процесса у больных с ВК, а также динамическом наблюдении на фоне лечения вегетативных расстройств следует использовать оценку состояния анимальных афферентных и эфферентных систем методами исследования соматосенсорных вызванных потенциалов, магнитной стимуляции и электромиографии с проведением провоцирующей пробы Груссо-Бонсдорфа.

Список использованной литературы:

1. Якупов Э.З. Некоторые показатели термометрии у больных с различными синдромами вегетативной дисфункции / Э.З. Якупов, Д.Р. Хасанова, Э.Ф. Рахматуллина, М.Ф. Исмагилов, А.Г. Заббарова // *Материал. науч.-практ. конфер. «Новые методы диагностики и лечения».* – Казань - Нижнекамск, 1994. - С. 19-20.
2. Галимуллина З.А. Некоторые данные анализа значения средовых и биологических факторов в развитии синдрома вегетативной дисфункции / Э.З. Якупов, Д.Р. Хасанова, М.Ф. Исмагилов, Н.Р. Хасанов // *Материал. науч.-практ. конфер. врачей Ульяновской области «Актуальные вопросы теории и практики медицины».* - Ульяновск, 1995. - С. 352-354.
3. Исмагилов М.Ф. Клинико-электроэнцефалографические показатели у лиц с синдромом вегетативной дисфункции при различных уровнях NaLi-противотранспорта в эритроцитах / М.Ф. Исмагилов, Э.З. Якупов, Д.Р. Хасанова, Е.Л. Панфиленок // *Тезисы докл. VII Всероссийского съезда невропатологов.* - Нижний Новгород, 1995. - С. 640-641.
4. Хасанова Д.Р. Показатели вариабельности ритма сердца у больных с паническими атаками различной степени тяжести с учетом функционального состояния клеточных мембран / Д.Р. Хасанова, Э.З. Якупов, Ю.В. Житкова, А.К. Аглиуллина, А.Ю. Рафиков // *Вестник Межрегионального клинико-диагностического центра.* - Казань, 2002. - Т. I. - Вып. 1. - С. 28-33.
5. Фахуртдинов Р.Х. Особенности зрительных вызванных потенциалов у больных с паническими атаками / Р.Х. Фахуртдинов, Д.Р. Хасанова, Э.З. Якупов, Т.Г. Фалина // *Х юбилейная международная конференция: «Новые информационные технологии в медицине и экологии»*, Гурзуф, Украина. – 2002. - С. 460.
6. Фаррахова Г.Р. Особенности показателей транскраниальной магнитной стимуляции у больных с паническими атаками при различной скорости пассивного трансмембранного ионотранспорта / Г.Р. Фаррахова, Р.Х. Фахуртдинов, Э.З. Якупов, Д.Р. Хасанова, Т.Г. Фалина // *Вестник Межрегионального клинико-диагностического центра.* - Казань, 2002. - Т. I. - Вып. 1. - С. 82-83.
7. Фаррахова Г.Р. Анализ ранних компонентов соматосенсорных вызванных потенциалов у больных с паническими атаками / Г.Р. Фаррахова, Д.Р. Хасанова, Э.З. Якупов, Т.Г. Фалина, Р.Х. Фахуртдинов // *Вестник Межрегионального клинико-диагностического центра.* - Казань, 2003. - Т. II. - Вып. 1. - С. 129-130.
8. Фахуртдинов Р.Х. Состояние цереброваскулярной реактивности и надсегментарных структур вегетативной нервной системы у больных с вегетативными кризами при различной скорости пассивного трансмембранного ионотранспорта / Р.Х. Фахуртдинов, Э.З. Якупов, Д.Р. Хасанова, Т.Г. Фалина // *Неврологический вестник.* - 2005. - Т. XXXVII, выпуск 1-2. - С. 41-44.
9. Якупов Э.З. Состояние нейромедиаторных и афферентно-эфферентных систем у больных с паническими атаками и их корреляция с генетическими маркерами // *Неврологический вестник.* - 2005. - Т. XXXVII, выпуск 3-4. - С. 22-26.
10. Хасанова Д.Р. Синдром вегетативной дисфункции и типы морфоконституции / Д.Р. Хасанова, Э.З. Якупов // *Здравоохранение Башкортостана.* - 2000. - № 2. - С. 166.

К ВОПРОСУ ОБ ОСНОВНЫХ ФОРМАХ ПАТОЛОГИИ ЛИЧНОСТИ

А.О. Темиргалиев, З.Х. Жанабаева, Ж.А. Молжанова, А.В. Кузнецов

Личность – психологическое понятие, определяющее человека как носителя общественных социальных отношений. Она проявляется индивидуально неповторимым сочетанием таких психологических параметров, как задатки, способности, темперамент, характер, направленность. Личность – продукт конкретных общественно – исторических условий жизни.

Характер – это совокупность устойчивых и существенных индивидуально-своеобразных свойств личности, отражающих все многообразие её отношений к окружающему миру и к самой себе. Свойства характера обнаруживаются в конкретных ситу-

ациях взаимоотношений личности с отдельными людьми, коллективом, обществом, в процессе труда, а также при отношении к вещам. Проявляется он соответствующим поведением.

Характер имеет свою структуру – закономерное сочетание взаимосвязанных и взаимозависимых свойств. Последние проявляются в четырех системах отношений личности:

1. К самому себе: уверенность в себе, мнительность, самокритичность, самолюбие, честолюбие, тщеславие и др.

2. К вещам: аккуратность и неряшливость, бережливость и скупость и т.п.

3. К отдельным лицам и коллективу: доброжелательность и черствость, отзывчивость и эгоцентризм, альтруизм и эгоизм, отходчивость и мстительность, тактичность и бестактность, уступчивость и упрямство, гуманность и жестокость, вежливость и грубость, общительность и замкнутость, откровенность и скрытность и т.п.

4. К труду: трудолюбие и леность, инициативность и безынициативность, ответственность и безответственность, добросовестность и халатность, целеустремленность и пассивность, пунктуальность и расхлябанность и т.п.

Кроме того, есть свойства характера, проявляющиеся в ситуациях, требующих мобилизации волевых качеств, например, мужество и робость, храбрость и трусость и т.п.

Отдельные свойства структуры характера не равны. Выделяют *центральные (стержневые)* и зависящие от них *производные*. Общими свойствами характера являются: целостность, активность, твердость, устойчивость и пластичность.

Целостность связана с наличием или отсутствием в его структуре противоречивых черт. Это единство психического склада личности, согласованность его отношений к различным сторонам действительности, отсутствие противоречий в интересах, стремлениях, действиях.

Активность или *сила* проявляется степенью противодействия внешним обстоятельствам и энергией, с которой человек преодолевает препятствия. В этом плане выявляются *стеничные люди* и *личности со слабым характером*.

Твердость определяется упорством личности при сознательном отстаивании ею своих взглядов и принятых решений.

Устойчивость – способность сохранять основные свойства характера при несущественном изменении внешней обстановки, ситуации.

Пластичность проявляется в способности изменяться под влиянием коренным образом изменившейся ситуации, а так же в процессе развития и воспитания личности. Устойчивость и пластичность характера существенно влияют на способность личности к адаптации в социальной среде.

Психопатические состояния имеют клинические формы.

Психопатия (или расстройство личности) – это психическое расстройство, которое проявляется дисгармонией эмоционально – волевой сферы и особыми нарушениями мышления (аффективное или кататимное мышление, снижение прогностической функции мышления). Психопатии представляют собой постоянное, чаще врожденное свойство индивидуума, сохранявшееся в течение всей его жизни.

В отличие от невротических психопатий *эзосинтонны*, т.е. индивидуально приемлемы и не воспринимаются

личностью как нечто чуждое, требующее психиатрической помощи.

Термин «психопатия» ввел Кох в 1891 году. Психопатизация или психопатоподобный синдром – состояние, похожее на психопатию, но имеет другой генез.

Распространенность – точных данных нет. Принято считать, что психопатия встречается у 6-9% населения.

В МКБ-10 есть раздел, посвященный психопатиям (психопатии и расстройства личности употребляются как синонимы): F-6 «Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых», подраздел F 60-61 «Специфические расстройства личности».

Там же указано, что расстройства личности возникают в позднем детстве или подростковом возрасте и сохраняются во взрослом возрасте. Однако, в связи с тем, что в подростковом возрасте поведенческие нарушения встречаются часто и вся психическая патология имеет психопатоподобную окраску, традиционно диагноз психопатии до 18 лет не ставится, а ставится диагноз: Нарушения поведения у детей и подростков, Патохарактерологическое развитие. А.Е. Личко предлагал ставить диагноз: Формирующаяся психопатия.

Этиология и патогенез

Психопатии – это не одно заболевание, а полиэтиологическая группа. Влияние многих факторов может вызвать патологию характера. Все факторы в связи с этим можно разделить на три группы:

1. Наследственная отягощенность.
2. Отрицательные микросоциально-психологические факторы – повторяющиеся психотравмы, неблагоприятная микросреда, неправильное воспитание в семье.
3. Экзогенно-органические факторы, которые действуют до 3 лет, оставляют интактной интеллектуально-мнестическую сферу и вызывают эмоционально-волевую дисгармонию.

Заметную патогенную роль играет неаправильное воспитание. Циен писал: «Семена дурного воспитания должны упасть на наследственно подготовленную почву, чтобы появилась психопатия:

- кумир семьи: ребенка захваливают, культивируют чувство исключительности, не приучают к труду и преодолению трудностей,
- гиперопека: чрезмерное внимание, подавление самостоятельности,
- гипоопека: недостаток внимания, ребенок предоставлен сам себе,
- безнадзорность – высшая степень гипоопеки,
- золушка – дети лишены родительской ласки, терпят унижение,
- ежовые рукавицы: детей избивают, унижают,
- противоречивое воспитание: взрослые проводят по отношению к ребенку противоречивые воспитательные меры».

Неправильное семейное воспитание оказывает влияние на формирование психопатии тремя путями:

- а) фиксация неправильных форм поведения путем подражания.
- б) закрепления негативистических реакций, формирование патологического стереотипа.
- в) прямое культивирование психопатических черт характера со стороны взрослых-фиксирование дурных привычек.

Чаще всего патогенные факторы действуют не изолированно, а сочетано.

Классификация психопатий

В классификации психопатии имеются два подхода:

1. Генетическая классификация – по преимущественному влиянию на возникновение психопатии того или иного этиологического фактора.

2. Типологическая или клинко-описательная классификация – в зависимости от наличия тех или иных черт характера. Таких классификаций много.

При психопатиях отмечается триада Ганнушкина-Кербикова:

- 1) тотальность – патологические черты характера проявляются в любой ситуации, дома, на работе, на отдыхе, в больнице;
- 2) стабильность – патологические черты характера сохраняются стойко на протяжении всей жизни;
- 3) социальная дезадаптация – в связи со стойкостью и выраженностью черт характера.

Генетическая классификация психопатий по О.В. Кербикову



Ядерные психопатии – возникают при неблагоприятной наследственности, отягощенной психическими заболеваниями – по психопатии, шизофрении. По данным А.В. Снежневского, родственники лиц, больных шизофренией, первой линии родства страдают манифестными психозами от 13% до 20%, психопатией – от 21% до 45%. Чем злокачественнее протекает шизофрения у пробанда, тем выше процент накопления психопатии у родственников и тем меньше манифестных психозов.

Патохарактерологическое развитие – вариант краевой психопатии, обязан своему возникновению влиянию отрицательной микросреды, неправильно-му воспитанию в семье.

Невротическое развитие – вариант краевой психопатии, возникает при неблагоприятной динамике и затяжном течении неврозов. Происходит так называемая «психопатизация невротика», формируется патологический характер. Типичная динамика: невротическая реакция – невроз – невротическая депрессия – невротическое развитие – краевая психопатия.

Постреактивное развитие – психопатия формируется под влиянием затяжного реактивного состояния. Например, узник концлагеря.

Органическая психопатия – при действии на ребенка какого-либо экзогенно-органического факто-

ра до 3 летнего возраста в ряде случаев интеллектуально – мнестическая сфера остается интактной, а возникает дисгармония эмоционально-волевой сферы. Это при условии полного затихания органического процесса.

Постпроцессуальная психопатия (псевдопсихопатия) – возникает после перенесенного в детском или подростковом возрасте стертого аффективного шуба. При условии полной остановки шизофренического процесса. Отмечается инфантилизм, гипертимия.

Типологическая классификация психопатий

Классификация построена на клинко-описательном методе в зависимости от типа или вида патологических черт характера. Чистые типы психопатий встречаются редко, чаще в 2/3 или в 60% - 70% – это смешанные, мозаичные формы.

Типологических классификаций очень много. К. Шнейдер писал, что существует очень много типов психопатий и поэтому их очень трудно классифицировать. Создать классификацию психозов гораздо легче.

Существует так называемый «диагностический импрессионизм» – отнесение личностных аномалий к тому или иному типу психопатий в большей мере

зависит от личности психиатра, чем от личности больного.

Интересна классификация психопатий, предложенная Б.В. Шостаковичем в 1980 году. Он расположил типы психопатий в виде взаимно переплетающихся кругов (с тех пор мы говорим – психопатия возбудимого или тормозимого круга и т.д.). Теперь он предлагает сделать эту схему трехмерной и делить психопатии на три кластера или группы:

1. С преимущественным нарушением мышления – паранойяльная и шизоидная психопатии.
2. С преимущественным нарушением в эмоционально-волевой сфере – возбудимая и истероидная психопатии.
3. С преимущественным нарушением в волевой сфере – неустойчивая, астеническая и психастеническая психопатии.

Один из вариантов типологической классификации расстройств личности (РЛ) приведен в МКБ-10:

1. Параноидное расстройство личности – тенденция к подозрительности, завышенная самооценка, склонность к образованию сверхценных идей. Два подтипа – экспансивный и сенситивный.
2. Шизоидное РЛ – эмоционально холодные, замкнутые, склонные к интравертированности. Также выделяют экспансивный и сенситивный варианты.
3. Диссоциальное РЛ – эмоционально тупые, лишены высших эмоций, стыда, совести, сострадания, пренебрегают социальными нормами, жестокие.
4. Эмоционально-неустойчивое РЛ – характерна импульсивность, возбудимость, снижение самоконтроля.
5. Истерическое РЛ – жаждущие признания со стороны окружающих, демонстративные, лживые, эгоистичные.
6. Ананкастные (обсессивно-компульсивное) РЛ – склонность к самоанализу, самоконтролю, рефлексии, стремление к порядку, перфекционизм (стремление к совершенству), ригидность.
7. Тревожное (уклоняющееся) РЛ – неуверенные, сомневающиеся, с пониженной самооценкой, тревожные, боязливые, навязчивые мысли.
8. Зависимое РЛ – робкие, несамостоятельные, подчиняемые, внушаемые. Сюда относят астеническую психопатию.

Выделяют также другие и неуточненные формы (неустойчивая психопатия).

Психопатия – это патологические состояния, но они имеют и свою динамику. Психопатии формируются в позднем детском и подростковом возрасте. «*Подростковый возраст – это тот утес, о ко-*

торый разбиваются те, кто имеет дурную наследственность».

Гурьева и Гиндикин выделили этапы формирования психопатии:

- 1 этап – начальных проявлений, отдельные психопатические реакции.
- 2 этап – период структурирования, когда отчетливо проявляется тип психопатического реагирования.
- 3 этап – подросткового полиморфизма. На формирующуюся психопатию наслаиваются черты пубертатного криза.
- 4 этап – завершения формирования, к 18-21 году. Паранойяльная психопатия формируется к 40 годам, к поре социальной зрелости.

Пациенты с расстройствами личности особенно чувствительны к воздействию внешних и внутренних факторов: это возрастные кризы, менструальный цикл, беременность, роды, стрессы, соматогенные факторы, алкоголизация.

Динамика психопатий сводится к двум основным тенденциям:

- компенсация, т.е. усиление или ослабление психопатических черт;
- декомпенсация.

Сдвиги в характере совпадают с возрастными кризами. В 11–15 лет – усиление симптоматики. В 20–25 лет – сглаживание психопатических черт. В инволюционном возрасте к 45–60 годам вначале заострение черт характера, затем их сглаживание за счет присоединяющегося атеросклероза. Возможна даже «поздняя депсихопатизация».

При *неблагоприятной динамике* возникает состояние *декомпенсации*.

Отмечается усиление проявления психопатии в ответ на психогенные и соматогенные воздействия. Возникают **психопатические реакции**. Они могут быть:

- а) *однозначные типу психопатии* – когда возбудимый дает агрессивные реакции, истероид ведет себя демонстративно, астеник плачет;
- б) *неоднозначные типу психопатии* – психастенический психопат может дать бурную аффективную вспышку, а возбудимый заплакать и убежать.

Неоднозначные реакции менее благоприятны, так как приводят к мозаичности, полиморфизму. Могут быть реакции *по типу смещения аффекта*.

Психопатические фазы – без повода, по внутренним механизмам могут возникать гипоманиакальные и субдепрессивные состояния.

Патологическое развитие может возникнуть у представителя любого типа психопатии. В ответ на ключевую психотравму по кататимным механизмам формируется комплекс сверхценных идей, который и определяет поведение. Возникает патологическое

развитие – паранойяльное, сутяжно – кверулянтское, ипохондическое. Ганнушкин П.Б. выделял варианты патологического развития конституциональное и ситуационное.

Важное понятие динамики психопатий – *психопатический цикл или порочный круг Трамера – Кербикова*: психопат в силу особенностей своего характера создает конфликтную ситуацию. Эта ситуация оказывает психотравмирующее воздействие на личность, сенсibiliзирует её, что приводит к усилению, заострению черт характера. Раз характер утяжеляется, то чаще создаются конфликты, по выходе из которых еще более утяжеляется характер и т.д.

Благоприятная динамика приводит к состоянию *компенсации*. Она может осуществляться за счет благоприятного влияния микросреды или за счет внутренних резервов личности (усиление факкультативных, компенсаторных черт характера). Это происходит двумя путями:

1. Равновесие со средой достигается путем *сужения сферы деятельности* до пределов выносливости. Ограничиваются межличностные контакты, избегают самостоятельных решений, стремятся работать за чьей-то спиной.
2. *Расширение сферы деятельности*, повышение активности, практицизм, житейская хватка.

Список использованной литературы:

1. Личко А.Е. Шизофрения у подростков. – М.: Медицина, 1990.
2. Международная классификация болезней 10 пересмотра.
3. Морозов Г.В. Руководство по психиатрии. – М.: Медицина, 1988. – Т. 1, 2.
4. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. – М.: Экспертное бюро, 1997.
5. Снежневский А.В. Руководство по психиатрии. – М.: Медицина, 1983. – Т. 1, 2.
6. Тиганов А.С. Руководство по психиатрии. – М.: Медицина, 1999. – Т. 1, 2.

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

ВЫХОД В САМОСТОЯТЕЛЬНУЮ ЖИЗНЬ ВЫПУСКНИКОВ ДЕТСКИХ ДОМОВ НА ПРИМЕРЕ ПРОЕКТА "ОТЛИЧНЫЙ СТАРТ"

Д.Е. Аяганова, А.К. Самиева, Г.С. Смагулова

г. Павлодар

Существует актуальность активного поиска оптимальных путей подготовки молодого поколения к жизни, развития индивидуальности, потребностей и способностей человека, формирования его ориентации в жизни, стимулирующих самореализацию. Эти задачи приобретают особое значение, когда речь идет о детях – сиротах, лишенных родительской поддержки, приобретших негативный социальный опыт, отличающихся ослабленным физическим и психическим здоровьем, нравственной неустойчивостью. Характерным результатом указанных негативных факторов выступает высокий уровень социальной дезадаптации. Состояние воспитанников детских домов, стоящих на пороге выхода из учреждения, чаще всего характеризуется как растерянность перед самостоятельной жизнью. Дело в том, что, несмотря на наличие формального множества открывающихся перед ними перспектив, они испытывают значительные трудности в выборе дальнейших жизненных путей. Реализация данного выбора затруднена, прежде всего, отсутствием у этих детей близких людей, заинтересованных в их судьбе.

Выпускник детского дома находится чаще всего в состоянии психологического стресса. Объясняется это тем, что в учреждении позиция ребенка-сироты носила в значительной мере «объектный» характер, о нем заботились, его обеспечивали всем необходимым. При выходе из учреждения характер позиции этого же ребенка нормативно становится «субъектным». Он сам должен обеспечить себе условия для нормальной жизнедеятельности. Иначе говоря, выпускнику детского дома фактически предстоит самостоятельно и впервые выстроить и организовать свое жизненное пространство, поскольку отсутствуют преемственность, опыт для подражания.

Также важно отметить, что существует несколько взаимосвязанных проблем, которые не решаются традиционно применяемыми педагогическими технологиями. Основные из них:

- крайне слабое психологическое и социальное - педагогическое сопровождение воспитательного процесса в детских домах;
- дети не получают необходимого развития их личности, позволяющего преодолеть типичный для них социальный и психологический инфантилизм, подчиняемое, психологически зависимое поведение, что делает их почти беззащитными в отношении любых асоциальных влияний на них;

- существующая педагогическая система в детском доме не формирует у детей навыков преодоления трудных жизненных ситуаций, психологической защиты и правильного поведения при стрессе. В результате у них легко возникают эмоциональные расстройства и девиантное поведение.

Последствие отставания педагогических технологий работы с детьми – социальными сиротами и недостаточное их психологическое обеспечение и сопровождение проявляются в конечном итоге в том, что после детского дома эти дети значительно уступают детям, воспитывающимся в семьях, по всем основным параметрам социальной адаптации:

- а) по способности к приобретению профессии и трудоустройству;
- б) по способности избегать кризисных и криминальных ситуаций в жизни;
- в) по способности образовать собственную семью и успешно выполнять родительские воспитательные функции.

Специфические условия жизни в детском доме накладывают определенные особенности на формирование личности подростка. Опираясь на исследования И.В. Дубровиной, Прихожан А.М.; Толстых И.Н., для детей, воспитывающихся в домах ребенка, детских домах и интернатах, характерны следующие искажения.

1. В общении. С одной стороны, у детей обострена потребность во внимании и доброжелательности взрослого, в человеческом тепле, ласке и положительных эмоциональных контактах. С другой – полная неудовлетворенность этой потребности:

- 1) малое количество обращений взрослых к детям;
- 2) сниженность в этих контактах интимных личностных обращений;
- 3) их эмоциональная бедность и однообразие содержания, в основном направленное на регламентацию поведения;
- 4) частая сменяемость взрослых, взаимодействующих с детьми;
- 5) перевод воспитанников из одной группы в другую, из одного детского учреждения в другое.

Перечисленные особенности общения со взрослыми лишают детей, во-первых - важного для их благополучия переживаний своей нужности и ценности для других, уверенности в себе, лежащей в осно-

ве формирования полноценной личности, а во-вторых - переживание ценности другого человека, глубокой привязанности к людям. В общении с другими детьми также выявляются различия между обычными школьниками и воспитанниками детских домов и интернатов. И в той, и в другой группе конфликт с детьми чаще всего вызывает экстрапунитивные, обвиняющие реакции, причем, в основном это реакции самозащитного типа («сам дурак!»). Однако если в детском доме такие реакции абсолютно преобладают, а все остальные буквально единичны, то в школе их, во-первых, намного меньше, чем в детском доме, а во-вторых, почти в такой же степени интропунитивные реакции по типу фиксации на удовлетворении потребности.

При анализе полученного материала обращает на себя внимание, следующее противоречие. Казалось бы, учитывая особенности жизни в детском учреждении, где дети поневоле находятся в ситуации постоянного контакта с взрослыми и сверстниками, следовало бы ожидать эффективного формирования навыков общения, умения решать коллективные задачи, находить выход из конфликтов. Однако, воспитанники детских домов и интернатов менее успешны в решении конфликтов в общении и с взрослыми, и со сверстниками, чем учащиеся обычной школы.

2. Отмечается агрессивность, стремление обвинить окружающих, неумение и нежелание признать свою вину, т.е., по существу, доминирование защитных форм поведения в конфликтных ситуациях и соответственно неспособность конструктивно решать конфликт.

Чтобы понять причины, по которым возникают описанные особенности поведения у воспитанников детского дома, недостаточно указать на узость, ограниченность их контактов с взрослыми - с одной стороны, и высокую интенсивность контактов со сверстниками - с другой. Необходим качественный анализ специфики общения детей с взрослыми и сверстниками в условиях детского учреждения. Важно учитывать, что в детском учреждении ребенок постоянно общается с одной и той же - достаточно узкой - группой сверстников, причём он сам не властен, чтобы предпочесть какую-либо другую группу, что доступно любому ученику обычной школы, но одновременно он не может быть, и исключен из неё. Принадлежность к определённой группе сверстников для него как бы безусловна. Это ведёт к тому, что отношения между сверстниками складываются не как приятельские, дружеские, а по типу родственных отношений, как между братьями и сестрами. Такую безусловность в общении со сверстниками в детском учреждении можно, с одной стороны - рассматривать как положительный фактор, способствующий эмоциональной стабильности, защищенности, когда группа сверстников выступает определенным аналогом семьи. С другой стороны - нельзя не

увидеть и заметных издержек – подобные контакты не способствуют развитию навыков общения со сверстниками, умению наладить равноправные отношения с незнакомым ребенком, адекватно оценить свои качества, необходимые для избирательного, дружеского общения. Своеобразие картины общения со сверстниками у детей, растущих вне семьи, можно видеть уже в дошкольном возрасте: контакты выражены гораздо слабее, чем у их ровесников из детского сада, они очень однообразны, малоэмоциональны и сводятся к простым обращениям и указаниям. В основе отставания лежит отсутствие эмпатии, т.е. сочувствия, сопереживания, умения и потребности разделить свои переживания с другим человеком. Важно также отметить, что полноценные, эмоционально насыщенные контакты не формируются у воспитанников детского дома и тогда, когда дело касается их родных братьев и сестер.

Особую роль в развитии личности играет уровень агрессии у воспитанников детского дома. Исследования Прихожан А.М. и Толстых Н.Н. [4] определили, используя тест Розенцвейга, дополненный немецким исследователем Раухфлейем, индексы направленности агрессии. В школе они составили – 1,3; в детском доме – 3,2, а при нормальном развитии личности значение этого индекса должно быть близко к 1.

Таким образом, у школьников число агрессивных реакций, направленных на других людей, обвиняющих, упрекающих их, примерно равно числу реакций, в которых ребенок обвиняет себя. У детей из детского дома «внешнеобвиняющих» реакций в три раза больше, чем «самообвиняющих», что свидетельствует о повышенной агрессивности воспитанников.

За проявлением агрессивности у детей, оставшихся без попечения родителей, лежат и более глубокие, собственно психологические причины.

Наиболее простое и распространенное психологическое объяснение возникновения агрессии у детей сирот состоит в том, что агрессия есть следствие неудовлетворенности (фрустрированности) потребности в родительской, материнской любви. Некоторые добавляют, что у этих детей не удовлетворены и все другие социальные потребности – в неформальном общении, в самоутверждении, во взрослом как идеале и т.п. – и именно эта тотальная неудовлетворенность ведет их к агрессивности. Отмеченные моменты, безусловно, верны, но, в них не прослеживаются конкретные психологические механизмы возникновения и закрепления агрессивных реакций. Более детализированное представление включает в качестве необходимого элемента анализируемого процесса искаженное у детей, воспитывающихся вне семьи, становление Я – концепции. Так, английский психолог Р.Бернс, анализируя проблему материнской депривации, пишет: «Можно предположить, что развитие негативной Я – концепции и замкнутой,

бесчувственной агрессивной личности является следствием неудач в формировании у ребенка привязанности к родителям или людям, выступающим в роли родителей. У ребёнка возникает, прежде всего, ощущение отторгнутости, заброшенности (которое может не соответствовать реальности), образующее затем основу негативной Я – концепции. Это в свою очередь приводит к возникновению напряженности в отношениях с людьми и к уже вполне реальному неприятию индивида. В ходе такого взаимодействия усиливается негативный характер негативного отношения, как к самому себе, так и к другим людям. Образ взрослого не ассоциируется у ребёнка ни с теплом, ни с любовью, и он не ждет от них подобных проявлений. По Эриксону у ребенка в этом случае не образуется необходимое базовое доверие к окружающему миру».

Р. Бернс подчеркивает, что формирующаяся вследствие материнской депривации Я – концепция часто оказывается полностью лишённой позитивного содержания, и поэтому она крайне уязвима и защищает себя с помощью агрессии и враждебности к другим людям. В качестве важной причины возникновения агрессивных реакций отмечаются также дефекты в становлении самоидентичности: неустойчивость, спутанность, противоречивость и неопределенность Я – концепции, которая сводится у детей, воспитывающихся без семьи, к зыбкому набору случайных характеристик и может служить как причиной, так и следствием постоянного переживания глубокого эмоционального дискомфорта. У детей, растущих вне семьи, часто отсутствуют способы социального подкрепления представления о собственной ценности, столь важного для нормального развития личности. При этих условиях такой глубокий эмоциональный дискомфорт, как правило, выливается в агрессию. Интересная концепция агрессивности развивается отечественными учеными В.С. Ротенбергом и С.М. Бондаренко. Авторы исходят из теории поисковой активности. Под поисковой активностью понимается «деятельность, направленная на изменение неприемлемой ситуации, или на изменение своего отношения к ней, или на сохранение благоприятной ситуации вопреки действию угрожающих ей факторов и обстоятельств, при отсутствии определенного прогноза результатов такой активности, но при постоянном учете промежуточных результатов в процессе самой деятельности». Авторы считают, что у человека существует потребность в поисковой активности, предпосылки которой имеют врожденный характер (поскольку поисковая активность наблюдается у животных, являясь биологически целесообразной), и затем формирующейся в процессе жизнедеятельности человека. Поисковая активность у разных людей выражена в неодинаковой степени. Наиболее высока она у творческих личностей, а также у лиц, склонных к авантюрам и приключениям.

Интересно также проанализировать данные, полученные Прихожан А.М. и Толстых Н.Н. по так называемому индексу самостоятельности. Известно, что подростковый возраст характеризуется борьбой за автономию, самостоятельность, отвержение контроля и т.п. Однако, как показывают исследования Прихожан А.М. и Толстых Н.Н. «...при далеко неидеальном поведении подростки из интерната считают необходимым контроль, опеку над собой (70% против 10% в массовой школе). Ценность собственной точки зрения признают лишь 10% воспитанников интерната, а в массовой школе – 57%. Можно было бы привести другие, не менее выразительные цифры. Зависимость от взрослого может выступать в двух формах. В положительной форме, когда ребенок стремится привлечь внимание взрослого, завоевать его любовь выполнением требований, послушным поведением и т.п., и в отрицательной, когда внимание взрослого завоевывается плохим поведением, нарочитым невыполнением требований, демонстративным непониманием. Чем старше дети, тем чаще в интернате мы встречаемся с поисками отрицательной зависимости. Анализ общения воспитателей и учителей интерната с детьми, в том числе даже самых лучших учителей и воспитателей, свидетельствуют о том, что они не только не борются с эмоциональной зависимостью, но и, напротив, максимально используют её в процессе обучения и воспитания. Сознательно или неосознанно взрослые стремятся культивировать такую зависимость, рассматривая ее как проявление любви. С этим мы нередко сталкиваемся в семье, но в интернате или в детском доме подобная невротическая зависимость особенно опасна». Таким образом, нельзя улучшить отношения между воспитанниками и взрослыми в детском доме или интернате, лишь за счет призывов любви. Необходимо вести последовательную работу с детьми по развитию самостоятельности: от способности самому планировать и выполнять бытовые и учебные задания, до чувства личностной автономии.

Самооценка воспитанников интерната основывается преимущественно на оценках окружающих.

Характеристики образа «Я» подростков, растущих в семье и вне семьи, различают по ряду существенных параметров, главные из которых:

- ориентация на собственные личностные особенности, возможности (массовая школа)
- ориентация на внешнее окружение, на приспособление (детский дом);
- интенсивное становление образа «Я» в направлении взрослости, связанной с ней системой собственных ценностей от VII к VIII классу (массовая школа) – стабильность этих сторон образа «Я» в указанный период (детский дом);
- яркая выраженность собственных подростковых характеристик (массовая школа) –

несоответствие развития некоторых сторон образа Я возрастным характеристикам (детский дом).

Подростковый возраст – последний период пребывания большинства оставшихся без родителей детей в учреждениях интернатного типа. В дальнейшем они вступают в самостоятельную жизнь. Лишаясь привычной опеки и образа жизни, бывшие воспитанники часто оказываются неготовыми к этому. Вот почему вопросы личностной и социальной зрелости выпускника детского дома, анализ его субъективных представлений о своем будущем, имеют первостепенное значение. Изучение представлений подростка о своем будущем важно потому, что оно проливает свет, с одной стороны - на более широкую проблему современной перспективы личности как существеннейшей её характеристики, а с другой – на процесс профессионального самоопределения – сравнительно более узкий, но практически чрезвычайно значимый в этом возрасте момент личностного развития. Проведенное Н.Н. Толстых исследование показало, что отношение к будущему, жизненные планы, временная перспектива во многом определяются социальной ситуацией развития подростков.

Изучение особенностей психического развития детей, воспитывающихся вне семьи, свидетельствуют о том, что личность у них оказывается несформированной или слабо сформирована. Привязанности к ситуации, зависимость от неё, неумение опираться на собственное мнение, реактивность, импульсивность, непосредственность поведенческих реакций, низкий творческий потенциал при преобладании классификационных форм мышления и т.п. Таким образом, анализируя полученные материалы, трудно не согласиться с предложенной гипотезой Прихожан А.М.: «У детей, растущих в учреждениях, мы наблюдаем не просто отставание или недоразвитие личностных образований, а интенсивное формирование некоторых принципиально иных механизмов, позволяющих ребёнку приспособиться к жизни в детском доме и тем самым как бы заменяющим ему личность. Это, по-видимому, происходит не только вследствие нарушения ранних эмоциональных связей с матерью или другими близкими взрослыми, как объяснили бы это представители психоанализа и близких к нему направлений (хотя и сам факт этих нарушений, и его огромное значение для развития личности человека неоспоримы), но и потому, что жизнь в детском учреждении зачастую не требует личности в той её функции, которую она выполняет или, по крайней мере, должна выполнять в нормальной человеческой жизни.

Технологии, дающие возможность подготовиться к взрослой жизни, есть, и недавно они были опробованы в ходе проекта «Отличный старт». Учреждение «Врачи против наркотиков» (г. Павлодар, РК) проводит с выпускниками детского дома семейного типа, распложенного в селе Мичурино (Павлодарская область, РК), живущих в городских домах юношества «Жас-Урпак», «Жас-Канат».

Проект «Отличный старт» предусматривает проведение серии психологических и информационных тренингов для подростков, юношей и девушек - в возрасте 15-23 лет, находящихся в домах-интернатах, успешно социализироваться в обществе через дополнительное развитие у них свойств психологического здоровья, жизненных навыков, социальной компетентности. Для этого в течение проектной деятельности 2 раза в неделю с целевой группой проводились тренинговые занятия с участием психотерапевта, психолога, юриста и специалиста по социальной работе.

Ожидается, что по завершению проекта «Отличный старт» участники тренинга будут иметь:

- выработку чётких позитивных целей в жизни;
- умение управлять временем;
- начало формирования внутреннего локуса - контроля;
- знание своих конституционных прав и умение их отстаивать;
- навыки успешного поиска работы;
- коммуникативные навыки;
- навыки асертивного, уверенного поведения;
- креативное мышление.

Сделать это можно, по мнению специалистов, укрепляя веру детей в себя и собственные возможности, обучая их смотреть в будущее с надеждой, общаться, сохраняя *позитивные* отношения с окружающими людьми; воспитывая навыки *разрешения конфликтных ситуаций* и следовать социальным нормам и правилам, принятым в обществе.

Список использованной литературы:

1. *Бала-сайт детских домов Казахстана – www.balapanum.kz.*
2. *Горовая В.И. Проблемы подготовки воспитанников учреждений для детей-сирот к самостоятельной жизни / Ж. Детский дом. – 2009. - № 32.*
3. *Войтенко Т.П., Миронова М.Н. Проблемы развития детей в детских домах и школах-интернатах // Вопросы психологии. - 1999. - С. 118-120.*
4. *Прихожан А.М., Толстых Н.Н. Дети без семьи: Детский дом: заботы и тревоги общества. - М.: Педагогика, 1990. - 160 с.*
5. *Адлер А. Понять природу человека. - СПб., 1997. - 102 с.*
6. *Бернс Р. Развитие Я – концепции и воспитание. - М., 1986. - 420 с.*

ИНФОРМАЦИЯ И ОБЗОРЫ

ОРГАНИЗАЦИЯ И СОДЕРЖАНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ ЗА РУБЕЖОМ

Р.С. Бабагаева

г. Павлодар

В большинстве стран Европы после Второй мировой войны были созданы специальные структуры для осуществления социальной политики и программ социального обеспечения, поддержки различных социальных групп, в которых в настоящее время наряду с правоведами, психологами, медиками важное место занимают и социальные работники. Так, в Великобритании к учреждениям, оказывающим медико-социальную помощь пожилым людям, относятся не только больницы, но и дома для престарелых, дома сестринского ухода государственного и частного секторов, дома для инвалидов, приюты, общежития гостиничного типа для лиц с нарушением психики или инвалидов. Основная ответственность за медико-социальную помощь возлагается на местные власти, которым передается большая часть финансовых средств [1].

Ряд сложных проблем не только медицинского, но и организационного, экономического, правового, социального и этического характера связан с безнадежно больными пациентами. Вследствие возрастающей стоимости медицинского обслуживания, особенно больничного, большинство зарубежных специалистов предлагает введение альтернативных форм помощи тяжело больным с неблагоприятным прогнозом, главным образом по программам медико-социального обслуживания на дому, многопрофильными бригадами. Сложившейся формой обслуживания умирающих являются хосписы как специализированные медико-социальные учреждения [2, 3].

Социальные работники широко представлены в медицинских учреждениях США, по существу, во всех областях здравоохранения, включая медико-хирургическую, педиатрическую, акушерско-гинекологическую помощь, службу интенсивного лечения, реабилитации и неотложной помощи. Они выполняют свои функции в общих и специализированных больницах, оказывающих неотложную медицинскую помощь и консультации; в психиатрических лечебницах - для кратковременного и долгосрочного лечения; в реабилитационных центрах, учреждениях, осуществляющих долговременный уход за больными и немощными (частные лечебницы, приюты, стационары для взрослых); в учреждениях, оказывающих первичную помощь, например в амбулаториях, центрах охраны здоровья, кабинетах врачей; в случае медицинской помощи на дому.

В странах Европы и Америки существуют дома квалифицированного сестринского ухода. Дома се-

стринского ухода становятся центрами универсальных услуг, включая не только удовлетворение социальных и бытовых нужд пожилых людей, но и достаточно квалифицированное медицинское обслуживание [4, 5].

Скандинавские страны достигли высокого уровня обеспечения лиц, нуждающихся в медико-социальном обслуживании с длительным уходом на общественные деньги. Вопросы медицинского и социального обслуживания в Швеции относятся к компетенции муниципальных и областных властей. Основная обязанность по социальному обслуживанию граждан возложена на муниципалитет, на территории которого гражданин постоянно проживает [6, 7].

В больницах Швеции хорошо развиты службы помощи при кризисных ситуациях. Здесь специалисты по социальной работе решают целый ряд задач. В частности, оказывают помощь больному в его адаптации к условиям стационара и режиму лечения; ведут подготовку больных к операции и организуют помощь после нее; оказывают поддержку родителям, родственникам, дети или близкие которых неизлечимо больны; информируют врачей об обстановке в семье больного, возможной помощи ему со стороны близких родственников; работают с родителями, дети которых умерли, с близкими родственниками лиц, умерших в клинике; составляют программы работы с родителями, дети которых тяжело больны.

Традиционной для Германии областью социальных мер являются службы здоровья. В настоящее время такие службы имеют в своем распоряжении обширную систему социальной помощи и охраны здоровья, отвечающую сравнительно высокому стандарту.

Службы здоровья и социальные службы в Германии являются двумя радикально разделенными секторами. Там, где они в своей работе взаимно пересекаются, в частности в сфере социальной медицины, социальные мероприятия образуют звено для создания необходимого единства. Поэтому общественные службы здоровья являются важной рабочей средой для штата социальных служб, в частности для работников в социальной сфере [8].

Вопросами управления и финансирования социального обеспечения и здравоохранения в Дании (кроме тех, которые относятся к сфере деятельности врачей общей практики и специалистов) занимаются местные органы власти.

Особый интерес представляет система оказания помощи пожилым людям в этой стране. Для обеспечения доступности социальных и медицинских услуг жителям муниципальные власти учредили так называемые центры здоровья для пожилых людей. В таких центрах, имеющих в каждом микрорайоне, решаются все вопросы социального обеспечения и здравоохранения, предоставляются все услуги по уходу и лечению пожилых людей.

В Финляндии для всего населения доступны услуги по планированию семьи. Они включают предоставление информации и консультативной помощи, которую оказывают различные службы планирования семьи: муниципальные, общественные, созданные в составе Федерации по проблемам семьи, частные.

Финляндия относится к числу стран, где успешно реализуются программы профилактики болезней, передаваемых половым путем, включающие как широкое информирование населения по вопросам защиты от этих болезней, так и осуществление широких кампаний по распространению презервативов [9].

Анализируя зарубежный опыт профессиональной социальной работы с целью использования его в российских условиях, необходимо учитывать специфику теоретико-методологических подходов к одним и тем же социальным явлениям и процессам, технологию оказания социальной помощи на индивидуальном, личностном уровне, а также методы деятельности по формированию благоприятных условий бытия социального субъекта, нуждающегося в помощи.

Литература:

1. Campbell J.C. & Ikegami N. *Japan's Radical Reform of Long-term Care. Social Policy & Administration, Vol.37, No.1, Feb. 2003, pp. 21-34.*
2. Izuhara M. *Social Inequality under a New Social Contract: Long-term Care in Japan. Social Policy & Administration, Vol.37, No.4, Aug. 2003, pp. 395-410.*
3. Campbell, J. C. and Ikegami, N. (1998), *The Art of Balance in Health Care – Maintaining Japan's Low-cost, Egalitarian System, Cambridge: Cambridge University Press.*
4. Edward Griese, Christian Molt, Klaus-Jurgen Preuss and Christoph Straub. *Germany: Private Health Sector Investment — Opportunities and Obstacles session at the Fifth Annual International Summit on the Private Health Sector, Sheraton Bal Harbour, Miami Beach, Florida, Dec. 3-6, 2000.*
5. Stephen Pollard, «Britain's NHS: Coping with Change,» in W. McArthur et al, eds. *Healthy Incentives (Vancouver: Fraser Institute, 1996).*
6. *Private medicine in the U.K.*
7. *Health Act 1999, London: The Stationery Office, 1999.*
8. *U.K. Department of Health.*
9. Sekhri, Neelam. "United States". *Global Healthcare Markets. Ed. Walter Weiners. San Francisco: Jossey-Bass, 2001. 382-402.*
10. Anderson, Gerard, et al. "Multinational Comparisons of Health Systems Data, 2002." October 2002. *The Commonwealth Fund (Publication #582).*

В тоже время Казахстан располагает большим собственным опытом социальной работы и медико-социальной помощи, отличающимся своими традициями, тесно связанными с имеющимися социальными институтами и возможностями здравоохранения [10].

Таким образом, на этапе становления медико-социальной работы в Казахстане особое значение имеет её научно-методическое обеспечение. Реализация концепции медико-социальной работы определяет необходимость дальнейшей углубленной проработки основных её положений. Комплексными исследованиями на междисциплинарном уровне должны стать работы, направленные на поиск новых современных технологий медико-социальной работы, учитывающих особенности социально-экономических условий общества переходного периода [11].

В настоящее время медико-социальная работа в Казахстане находится на стадии развития, и ещё не сформировался единый подход к данной проблеме. Отечественные исследователи предлагают различные подходы к определению медико-социальной работы, адаптируют зарубежные концепции к местным условиям. За рубежом данный вид помощи оказывается давно и медико-социальная работа имеет свои особенности, специфику в странах Европы и Америки. Обращает на себя внимание противоречивость и разноплановость теоретических подходов к социальной работе в целом и медико-социальной работе, в частности. Представляется, что последняя наименее разработана в зарубежных исследованиях, а работы отечественных ученых в данном направлении единичны.

Психические расстройства становятся одной из наиболее распространенных форм патологий, как за рубежом, так и в Казахстане. При этом намечается тенденция снижения числа коек в психиатрических стационарах, при сохраняющихся высоких показателях повторных госпитализаций. В этих условиях, требующих оптимизации процесса психиатрической помощи, при усилении роли амбулаторного обслуживания пациента, закономерно возрастает необходимость поиска наиболее эффективных стратегий достижения согласия с психиатрическими пациентами, и, прежде всего с больными шизофренией. Распространенность шизофренической патологии и особые трудности достижения глубокого качественного контакта и терапевтического согласия с этой группой пациентов делают проблему достижения взаимосогласия в диаде с больным шизофренией ещё более актуальной.

Термином *комплайенс* (от англ. - согласие), сравнительно новым в отечественной психиатрии, обозначают согласие пациента следовать рекомендациям врача. *Комплайенс* подразумевает сотрудничество в рамках терапевтического союза, согласованность взглядов пациента и врача, достижение информированного согласия в обстановке искренности, уважения и взаимного равноправия. Целью достижения *комплайенса* является улучшение отношения пациента к лечению, добровольное выполнение лекарственных назначений и повышение критического отношения к заболеванию [3].

Как известно, одним из главнейших элементов взаимодействия врача и пациента, и по сей день, остается клиническая беседа (психиатрическое интервью), от успешности проведения которого напрямую зависит возможность достижения терапевтического *комплайенса* с лицами, больными шизофренией. Качество проведенного интервью с больными шизофренией закономерно определяет, будет ли он в дальнейшем адекватно следовать рекомендациям врача, принимать поддерживающую терапию, регулярно посещать участкового психиатра. Прежде всего, клиническое интервью в *комплайенс-терапии* предусматривает заинтересованность пациента в беседе с врачом. В процессе беседы врач не должен занимать принуждающую, оппонирующую позицию, целесообразнее использовать не осуждающий эмпатический подход. При этом следует по возможности избегать конфронтации и не вступать в спор с больным. Важно показать, что врач понимает позицию пациента и находится на его стороне – на защите его интересов. Беседа проводится в условиях теплой не угрожающей обстановки, в атмосфере заинтересованности и сочувствия. Большую роль играет индивидуальный подход к каждо-

му больному, проявление внимания к его чувствам и представлениям, искренность и забота о больном.

Целесообразно, уже на первых этапах интервью, привлечь внимание пациента к связи между возможным прекращением лекарственной терапии и развитием рецидива. Желательно подвести больного к мысли, что ему лучше самому более активно участвовать в принятии решения и контроле над процессом терапии. В ходе интервью следует выяснить основные мотивы, по которым пациент не хочет принимать лечение. Возможно, это неправильное представление о терапии, нежелательные побочные и неблагоприятные действия лекарственных препаратов, испытанные пациентом, либо отрицание психических расстройств и желание прекратить лечение при субъективно хорошем самочувствии. Важную роль в достижении *комплайенса* может сыграть предоставление максимально полной информации об особенностях действия лекарственных препаратов, рассмотрение выгодных сторон лечения, обращение пациента на облегчение его состояния на фоне госпитализации и лечения, совместное обдумывание всех «за» и «против». В процессе интервью указывается на преимущества хорошего состояния, важность пребывания в стабильном и здоровом состоянии для достижения определенных целей и самовыражения. Не стоит забывать и о постоянной эмоциональной поддержке пациента в процессе стимулирования его активного внимания в наблюдении за заболеванием и совместном выборе вариантов лечения [4].

Таким образом, грамотно проведенное психиатрическое интервью с больным шизофренией в ходе установления глубокого качественного контакта в диалоге «врач-пациент» закономерно приводит к достижению более высокого уровня лекарственного *комплайенса*, происходит формирование более благоприятного представления о заболевании и его терапии. Для пациента установление *комплайенса* достоверно сопровождается лучшим пониманием необходимости лечения, снижения частоты рецидивирования, улучшением социального функционирования и повышением качества психиатрической помощи в целом.

Список использованной литературы:

1. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. *Лечение психически больных*. - М.: Медицина, 1981.
2. Бородин С.А. *Право и психиатрия и юридическая литература*. - 1991.
3. Старичков Д.А. *Актуальные проблемы современной психиатрии и психотерапии*. – Новосибирск, 2005.
4. *Руководство по психиатрии // Под редакцией Тиганова А.С. в 2 томах*. - М.: Медицина, 1999. - Том 2.

Любое развитие всегда неравномерно поступательное, тем более в такой крайне сложной области медицины, как психиатрия и психотерапия. В этой области медицины есть фазы накопления новых данных, которые на определённом уровне развития перерастают себя и порождают новый импульс развития. По этому поводу, не без основания, Ю.Л. Нуллер пишет: «Однако именно теоретические представления, даже ошибочные, стимулировали развитие научной психиатрии». Поэтому даже малейшее изменение ракурса проблемы может дать дополнительный толчок развитию, углубить первоначальный подход.

На наш взгляд в психотерапии актуальны три важнейшие проблемы и задачи:

- 1) проблема сущности природы человека, его глубинного «Я»;
- 2) конкретное содержание психотерапевтического процесса, психотерапевтической технологии превращения больного в здорового человека при острых заболеваниях и в относительно здорового человека при хроническом заболевании;
- 3) нормализация, воздействие на биологические структуры ЦНС, обеспечивающих нормальное функционирование психических процессов человека.

В психотерапии если есть проблемы, но нет расстройств – это уровень психотерапевтического консультирования здоровых людей, носящий профилактические тенденции (В.В. Макаров). Когда у человека есть проблемы и есть расстройства, то это дело психотерапии; когда нет проблемы у больного, но есть расстройства, то часто это дело психиатрии и психотерапии.

На секции психотерапии XV съезда психиатров России главный психотерапевт Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, старейшина (в плане компетенции) нашей психотерапии Б.Д. Карвасарский в своём выступлении обозначил основные задачи российской психотерапии – изучение личности пациента и на фоне трех главных направлений предложил развиваться дальше.

Сотрудники кафедры психотерапии РМАПО, а также наиболее многочисленная «Профессиональная психотерапевтическая лига», охватывающая большинство регионов России и являющаяся зонтичной организацией Европейской и Всемирной организации психиатров разрабатывают эти проблемы. Автор данной публикации в статье «Интегративные принципы в психотерапии», опубликованной в журнале «Психотерапия» № 12 за 2009 г. – послесловие к конференции «Психотерапия и консультирование.

Технологии и духовное изменение» (10-11 октября 2009 г., Москва), осветил вышеизложенное.

В докладе М.М. Решетникова изложены взгляды З. Фрейда на природу и сущность человека. В.В. Макаров в своём докладе сформулировал принципы гуманизации нашей профессии путём присоединения к биопсихосоциальной парадигме человека фактора духовности как неотделимой части человеческой сущности.

Важнейшее место в терапевтическом процессе занимает адаптивное изменение идентичности человека. Этот вопрос профессор В.Е. Рожнов, заведующий кафедрой психотерапии тогда ещё Центрального института усовершенствования врачей, решал с позиций эмоционально-стрессовой психотерапии. Этот метод помогал преодолевать своеобразный «панцирь», защиту, не вторгаясь в зону его суверенитета с целью адаптации «Я» к окружающей реальности, избавляя человека от факторов, формировавших расстройства. Другие сотрудники кафедры также разрабатывают этот вопрос исходя из своего мировоззрения, личной предрасположенности, методологического подхода. Так, М.Е. Бурно разрабатывает этот вопрос с точки зрения процесса психотерапии творческим самовыражением, так как процесс творчества интегрирует психику человека, а изучение типов личностей делает общение более адаптивным, влияя на его «Я». Б.Е. Егоров подошёл к этой проблеме с точки зрения клинического психоанализа, феномена ущемленного аффекта, который делает «Я» недоступным положительному изменению, адекватному восприятию реальности, самореализации и предложил способ преодоления этого фактора. Р.Д. Тукаев с этой целью проводит интегративно - диалоговую гипнотерапию. Гипнотическое состояние способствует доступу к «Я» пациента и с ним проводится в диалоговой форме воздействие врача с целью коррекции «Я» пациента. Ю.Л. Покровский решает эту проблему с точки зрения аутогенной тренировки с подтекстом эмоционально-стрессового воздействия с элементами, опережающими усвоение лечебного материала как не обязательного на данном занятии, снижая тем самым сопротивление «Я» больного как к нейтральному, индифферентному. В.П. Колосов разрабатывает проблему «Я» с точки зрения трансперсональной психотерапии, когда вследствие дыхательного алкалоза возникает сниженная цензура сознания, и обнажаются некоторые структуры глубинного «Я». Ю.В. Мельников вскрывает сущность человека с точки зрения феномена «зависти», так как в этом феномене проявляется значимое для человека смысловое значение его «Я». И.С. Павлов рассматривает

этот вопрос с точки зрения Пьера Тейяра де Шардена, который указывает на самосознание как на второй «этаж» сознания. То есть знание знания, знание того факта, что ты это знаешь. То есть, то чем человек отличается от животного. Человек обладает не только рефлекторным поведением, но и возможностью выбора свободы поступков. Это уровень абстрактности выбора в сложных ситуациях, оперируя знаниями знаний об отдельных сторонах этой ситуации, учитывая последствия своих действий, поступков. Этого достигается анализом качеств, свойств пациента с точки зрения ролевых функций.

Например, с пациентами анализируются вопросы:

- каким он себя представляет без коррекции со стороны;
- каким он выглядит в глазах своих матери, отца, жены и её девичьих чайников, сына или дочери, друзей, сослуживцев, то есть он как сын, муж, отец, друг, сослуживец и т.д.;
- каким он должен быть с точки зрения своих ожиданий;
- какой он на самом деле есть.

Такой анализ помогает преодолеть сопротивление, помогает пациенту обобщить знания, представления, ощущения о своем «Я», способствует самокоррекции его содержания и таким образом делает жизнь более осознанной. Ведь часто люди просто погружены в повседневную жизнь, не рефлексируют свою жизнь и говорят: «Живу как белка в колесе». В этом плане автор следует за основателем психосинтеза Р. Ассаджиоли, который базируется на принципах Раджа-йоги. Главными постулатами Раджа-йоги являются:

- 1) над нами властвует всё то, с чем мы себя отождествляем;
- 2) мы можем властвовать над тем и контролировать то, с чем мы себя разотождествили.

Для реализации этих постулатов применяется следующие формулы самовнушения:

- а) моё тело не «Я» - это инструмент моего «Я»;
- б) мои эмоции это не «Я» - это инструмент моего «Я»;
- в) моя интеллектуальная сфера это не «Я» - это инструмент моего «Я»;
- г) моя волевая сфера это не «Я» - это инструмент моего «Я».

Эти инструменты используются с целью обретения власти над собой для того, чтобы направить собственное развитие в нужном направлении. В.В. Макаров развивает проблему «Я», его коррекцию с позиции «сценария судьбы», то есть с тех проявлений в жизни человека, которые пронизывают всю его жизнь, способствуют осуществлению определённой линии поведения, его закономерности взаимодействия с микросредой, иногда идя в разрез с общепринятым типом реагирования, поведения. Сценарий - это неосознаваемый план жизни, во многом определяющийся историей рода.

В настоящее время разрабатываются терапевтические подходы коррекции проблемных жизненных сценариев путём их осознания и принятия новых решений, определяющих судьбу.

Для коррекции сценариев судьбы важно не только глубинное осознание существующих сценариев, в том числе родительских посланий, мифов и легенд семьи, но и переориентации на взрослые технологии и стратегии решения проблем с помощью техник НЛП, других модальностей; закрепление этих технологий и стратегий в гипнотическом состоянии.

Феномен «Я», проблему его коррекции В.В. Макаров трактует и с другой стороны - со стороны фактора духовности. Сейчас на повестке дня стоит переход от 3-звёздовой сущности человека к 4-звёздовой, которая охватывает и духовную его сущность.

Духовность - понятие сложное и во многом субъективное. Это виртуальный внутриспихический мир, который одновременно связан с реальностью, и его принципы, символы, чувственные состояния существенно влияют на поведение человека в реальности. Духовность - особенное состояние человека - реализуется через психические состояния, но носит характер состояния надпсихологического, не подчиняющиеся психическому уровню. Духовность это состояние особого умиротворения, единения со всем положительными устремлениями, гармонии с ними и с природой, подчиняющееся принципу гуманизма, шепетильному, доброжелательному отношению к себе и себе подобным.

Духовные принципы (смирение, терпимость, снисходительность и т.п.) помогают человеку в реальной жизни, способствуя более осознанному и реалистичному взгляду на жизнь.

Для психотерапии в плане проблемы «Я» в этом аспекте важным является понятие «миссия», то есть главная сущностная программа человека, которую он осуществляет на духовном уровне, даёт надситуационные принципы жизни в положительном плане, соблюдая принцип человеколюбия, служения высшим принципам.

Целесообразно начинать анализ миссии человека на реальном уровне, т.е. бытовом, профессиональном и постепенно переходить к понятию уровня духовности, позволяющей подняться в какой-то степени над бытовыми неурядицами, ослабить их негативные стрессовые воздействия, которые мешают душевной стабильности, реализации человека в главном.

Исследуя миссии невротика, алкоголика, наркомана, безынициативного человека, важно показать, что возможны и другие миссии, другие уровни. Необходимо показать преимущества жизни на духовном уровне, принципы которого дают человеку другой подход к жизни, более значимый надситуационный принцип в жизни.

Принцип духовности важен при лечении депрессивных расстройств, поскольку повышает толеран-

тность к депрессии, но при этом не должен у пациента заменять стремление к лечению.

Прав В.Н. Мясищев, когда подтверждает, что человек - это «совокупность общественных отношений». Это так, но важно учитывать, что человек на определённом этапе жизненного пути - пути развития - переоценивает совокупность своих общественных отношений. Они его могут не устраивать, и он выступает инициатором изменения себя, то есть наступает этап креативности, преобразования, личностного роста.

Можно с полной уверенностью констатировать тот факт, что сейчас психотерапия развивается путём поиска и предложений новых модальностей, то есть техник, приёмов воздействия на пациента с целью устранения расстройств. Начали появляться робкие шаги дополнительного направления в психотерапии, но без достаточного теоретического обоснования - реабилитация, но в большей мере социальная реабилитация. При этом часто упускается фундамент, на котором должна формироваться реабилитация личностная, то есть нормализация жизнедеятельности человека в целом, позволяющая ему динамически адекватно адаптироваться к среде, к ситуациям, их требованиям. В тоже время пренебрегая своими неадекватными внутренними тенденциями, желаниями их реализации ради адекватной адаптации к среде, ситуациям ради своего общечеловеческого статуса по принципам развития общества. Принцип развития общества – это общественный договор, описанный Ж.Ж. Руссо, обеспечивающий в какой-то мере бесконфликтность в поведении, в мимике и пантомимике, сглаживающий аномальность в поведении, общении и в то же время, обеспечивающий внутреннее равновесие человека, дающее удовлетворенность жизнью. Жить своей жизнью, реального понятия возможного.

К сожалению написано мало работ, направленных на осознание поступательного движения развития психотерапии, а также пытающихся посмотреть со стороны, куда движется развитие психотерапии – в какую сторону ей эффективнее двигаться. Предпринимаемые пути позволяют углубляться в суть вопроса, в суть психотерапевтического процесса превращения больного в здорового человека при острых заболеваниях и относительно здорового человека при хронических заболеваниях, придавая дальнейшей стрессоустойчивости процесс кабинетной лечебной работы с больным. То есть в освещение вектора или векторов развития психотерапии с тенденцией ослабления внимания к формированию новых модальностей, техник, так как их множество. Разнообразие психотерапевтических техник может пошатнуть мнение о психотерапии, как о науке, её целенаправленном развитии и углублении изучения психотерапевтического процесса. Новейшие модальности дают временной эффект новшества, но на процесс углубленного развития психотерапии не

влияют. Прав В.В. Макаров, когда говорит: «Мир психотерапии не просто разнообразен - он необозрим. Каждый специалист видит лишь какую-то его часть. И называет только эту часть психотерапевтической». «Можно сказать, что пока в психотерапии дело не дошло до Вавилонского столкновения, хотя психотерапевты разных направлений уже плохо понимают друг друга».

Психотерапия это не просто набор методик, собирательство, псевдоинтеграция, а целенаправленная, логически обоснованная работа, исходящая из природы и сущности, как заболевания, так и человека, это процесс. Завадский, прослушав исполнение музыкального произведения одним оркестром, сказал музыкантам, что вы играете ноты, а надо играть мелодию. То же самое нужно сказать и психотерапевтам - пора играть мелодию, то есть не тормозить на модальностях, а уже усваивать разнообразные технологии психотерапевтического процесса, их содержание, разрабатывать свои технологии, а не беспредельно творить модальности. Ведь модальность не лечит - это только инструмент, вид воздействия, лишенный нужного наполнения.

Психотерапия – это наука о человеке и, с одной стороны, со слов К. Ясперса – о человеке, как незавершенном явлении. Действительно человек находится в самостоятельном саморазвитии, самораскрытии своих ресурсов, самореализации. С другой стороны – это сложнейшее, многоуровневое, динамическое и самое главное интегрированное образование. Но только сейчас в фундаментальной науке на повестке дня стал вопрос о целостном восприятии сложных систем в связи с развитием современной вычислительной техники и её возможностей. Целостное восприятие такого сложного явления как человек может осуществляться в голове опытного психотерапевта с его особенностями схватывать целостно в представлениях, с процессом, анализа, синтеза, обобщения.

В психотерапии целительным явлением, а можно сказать и проблемой является человек, его сущность, сформированная в «Я» человека, в ней содержатся и её свойства. Оно придает человеку стабильность, неповторимость, как неповторимость лица, голоса, формирует его самоидентичность, выделения себя из окружающего мира.

Важнейшее место в психотерапии занимает вопрос изменения содержания сущности, качеств «Я» человека. Например, почему один человек возьмет чужую вещь, а другой голодает, страдает, но чужого не возьмет.

Базисным явлением является феномен человека живого с его жизнедеятельностью. Но в факторе интеграции человека живого в его целостность, в его «Я» играет роль не только феномен живого, но и самосознание. На проблему человеческого самосознания обращали своё внимание многие ученые. Тонко и глубоко к проблеме самосознания подошёл

Гегель в своем труде «Феноменология духа». В процессе самосознания он видел не простое непосредственное восприятие себя, а восприятие себя как другого, а потом восприятие этого другого как себя. Он это трактовал как удвоение самосознания. — «Для самосознания есть другое самосознание, оно оказалось в вне себя. Это имеет двойное значение:

- во-первых, оно потеряло себя само, ибо оно обретает себя как некоторую другую сущность;
- во-вторых, оно тем самым сняло это другое, ибо оно и не видит другое как сущность, а себя само видит в другом».

Гегель констатирует: «Самосознание есть в себе и для себя..., то есть оно имеет только как нечто признанное». Своеобразная абстракция себя, вынос точки восприятия в вне, способствует видеть себя со стороны и потом на этот образ себя опирается, как на реальность. Этот механизм самосознания, его восстановления важен как приём при работе с расстройствами невротического, так и психиатрического уровня, так как при этих расстройствах, как показывают наши исследования, этот механизм в той или иной степени нарушен.

Проблему «Я», сознание «Я» исследовал Карл Ясперс. Он пишет, что сознание «Я» противопоставлено предметному сознанию, но как «Мы» дифференцируем различные типы осознания объектов, мы должны дифференцировать различные типы сознания «Я»: способы, посредством некоторых «Я» осознаёт само себя...

В сознании «Я» К. Ясперс выделял четыре формальных признака:

- 1) чувство деятельности - осознание себя в качестве активного существа;
- 2) осознание собственного единства: в каждый данный момент и сознанию, что я един;
- 3) осознание собственной идентичности: я остаюсь тем, кем был всегда;
- 4) осознание того, что «Я» отлично от остального мира, от всего, что не является «Я».

Он также пишет, что в рамках этих четырёх признаков сознание «Я» выказывает различные уровни развития: от простейшего, убогого бытия до полнокровной жизни, богатой самими разнообразными осознанными переживаниями. Психотерапевтический анализ, коррекция, развития этих четырёх признаков, их содержания, направления развития способствует нормализации жизнедеятельности.

Используя в психотерапевтической работе механизмы удвоения самосознания введенное Гегелем, коррекция признаков сознания «Я» по К. Ясперсу, укрепление силы «Я» введенное З. Фрейдом, которое Ф.В. Бассин кратко определил «мерой способности целенаправленно регулировать действия в условиях невозможности удовлетворения влечения нарастающей силы». «Я» - это посредник между интимными неосознанными влечениями и внешней средой, который осуществляет функцию «син-

теза» этих влечений и внешних требований. На определенном этапе этой психотерапевтической работы расширяется понимание осознание «Я» до осознания «Мы», как «Я» - член семьи, как член сообщества людей, как сознание «Я» участвует в процессе развития цивилизации в целом в прогрессе человечества. Такие подходы укрепляют нормоцентрический подход, то есть подход и от нормы, который в совокупности с нозоцентрическим подходом, дополняющий сейчас в психиатрии и психотерапии создает комплексный, целостный подход в лечебной практике и соединяет психиатрию с психотерапией.

Человеческая сущность, его «Я» проявляются выпукло при изменении жизненных ситуаций, когда они выдвигают требования изменения «Я», сущности человека. Вскрывает в той или иной мере природу человека, его генез и сущность феномен «реабилитационный потенциал», описанный Дудно Т.Н., который следует брать в расчёт, и не только в наркологии, а и в комплексной лечебной работе. Психотерапевтическая коррекция его таким способом подготавливает человека, повышая его готовность к изменениям «Я», сущности данного человека.

Надо отдать должное в развитии и изучении внутренней сущности человека, его «Я» и Восточной, особенно индийской философии, йогической практике, источником которой стали в той или иной мере аутогенные тренировки И. Шульца, психосинтез Р. Ассоджиоли. Те, кто глубже проник в сущность психотерапии, а не заиклился только на модальностях, не удивляются многочисленным поездкам в Индию сотрудников кафедры психотерапии и сексологии РМАПО, членов Профессиональной психотерапевтической лиги во главе с В.В. Макаровым. Идёт многосторонняя углублённая психотерапевтическая работа по изучению сущности человека, его «Я».

По этому поводу В.В. Макаров пишет: «Великие культуры азиатских стран содержат тысячелетний опыт духовных практик. Сегодня психотерапия обогащается многими их аспектами. Это осуществляется за счет деятельности психотерапевтов стран Азии, изучения духовных практик Востока западными специалистами, а также активностью профессиональных сообществ, и в том числе ППЛ».

Общеизвестно, что абсолютной истины нет, есть только относительные, и любая наука развивается путем приближения своих относительных истин к абсолютной истине, опираясь на предыдущие истины. В этом смысле и цель науки. Поэтому в науке нет абсолютных победителей и побежденных, а есть развитие.

В настоящее время психотерапия все еще развивается путем расширения количества методик, техник, направлений за счет редукции, упрощения личности путем придания доминирующего значения одного из свойств человека (либидо, комплекс неполноценности, архетип, условные рефлексы, рациональные, когнитивные процессы, гештальт, транзакции, духовность и т.д.). Хочется констатиро-

вать тот факт, что ни одна из модальностей, ни одно из направлений в психотерапии не могут вобрать в себя всю сущность человека, учесть полностью его сложную природу.

Сейчас мы преодолеваем последствия того периода, о котором В.В. Макаров пишет: «Появились сторонники тех или иных направлений психотерапии, проповедующие эти учения. Вслед за ними - те, кто разрабатывал свои авторские подходы, основанные на зарубежных концепциях. И те, и другие были самоучками, почти всегда талантливыми, но малообразованными как профессионалы в психотерапии». Это обусловлено тем, что сторонники тех или иных направлений не знают других направлений, предыдущих этапов развития психотерапии. Клинический подход воспринимают как ретроградный, а не как целостный подход к человеку, учитывая его многогранную, многопрофильную сущность, что является наиболее адекватным. Модальности (методики, виды психотерапии) сами по себе не лечат.

Поэтому психотерапия рано или поздно должна будет переключить внимание, как в теоретическом, так и в практическом аспектах на «технологии, конкретное содержание психотерапевтического процесса и этапов превращения больного в здорового при острых заболеваниях и ремиссии, компенсации при хронических». Повторим в этом аспекте слова Завадского, сказанные музыкантом: «Вы играете ноты, а нужно музыку». Технология, содержание психотерапевтического процесса и есть музыка психотерапии, её сущность, а модальность как ноты используются в зависимости от этапа и цели психотерапевтического процесса, технологии. Предмет любой науки - изучение сущности вещей, явлений и процесса перевода с одного состояния в другое, нужное. С точки зрения технологии, содержание психотерапевтического процесса психотерапия является чистой наукой, а не искусством, как некоторые считают, а уровень мастерства её реализации - это искусство психотерапевта. Мы предложили этот путь, разработали свои авторские технологии для разных нозологий, учитывая их специфику, и считаем наиболее адекватное её название - *метамодальность*.

Метамодальность объединяет все модальности, не противоречит им, так как базируется на конкретном содержании работы по переводу больного в здорового, то есть базируется на предмете деятельности, а не на способе, как модальности. По технологиям лечения неврозов, реактивных состояний и алкогольной зависимости утверждены Министерством здравоохранения и социального развития РФ две методических рекомендации (1999 и 2001 гг.).

Бурное развитие психотерапии порождает необходимость осознания путей и тенденций её развития. Так как психотерапия опирается на понимание сущности личности и природы болезненного отклонения, выход за допустимые нормы функционирования, то с этой точки зрения она развивается на

почве редукции, упрощения понимания личности. С этих позиций и развиваются различные подходы в психотерапии (модальности), воздействуя на редуцированные и вычлененные свойства такого сложного и многогранного явления как личность. Таким образом, образовалось множество психотерапевтических методик, направлений. По литературным данным насчитывается до 700 и более этих методик и направлений.

Отрадно, что есть факторы, которые могут объединить психотерапевтов, сделать психотерапию в главных тенденциях её развития единой, то есть, как сейчас принято говорить, факторы глобализации. Не в плане всеохватности, а в плане единения, взаимопонимания. Это конкретное содержание необходимой психотерапевтической работы по переводу человека из одного состояния (нежелательного) в другое (желательное), то есть больного в здоровое состояние при острых заболеваниях и относительно здоровое, компенсированное при их хронических формах.

Если брать в расчет целостный подход к природе человека, что является наиболее адекватным и целесообразным, а не отдельные его свойства, то этот процесс перевода из одного состояния в другое един. Конкретное содержание, необходимое для этой работы, едино, пусть даже в разных формах исполнения. То есть не база поиска очередной, наиболее эффективной, стопроцентной методики для психотерапии, а на почве классического, целостного восприятия человека должна вестись разработка психотерапевтической технологии, содержание этой работы, её этапы, и на этих этапах поиска наиболее адекватных воздействий. Будущее - за целостным, реальным человеком и на этом основании разработки психотерапевтических технологий.

Наука изучает свойства явлений и устанавливает закономерности перевода из одного состояния в другое. Так что психотерапия - это стройная академическая наука с точки зрения концепции технологии психотерапевтического процесса.

Психотерапевтическую методологию и тактику нельзя полностью формировать как техническую, вроде хирургической. Надо учитывать, что каждый психотерапевт индивидуален, неповторим, и для себя и для пациента. Но психотерапевт, чтобы иметь право использовать свою индивидуальность, свой особый творческий путь, должен не только знать механизмы психотерапевтического воздействия основных модальностей, но и иметь (и это важно) в своих профессиональных представлениях общие закономерности, этапы и содержание превращения больного в здорового. Выработать у себя особый «психотерапевтический здравый смысл» - основу этой цели. Такой подтекст даёт психотерапевту возможность реализовать свою творческую индивидуальность в работе, придерживаясь терапевтической целесообразности. Мы на кафедре и разрабатываем эту технологию психотерапевтического процес-

са, назвав ее метамодальностью («мета» от греческого слова - над, на другом уровне).

Процесс лечения неврозов психотерапевт должен представлять для себя как психотерапевтическую тактику «превращения» больного неврозом в здорового человека. Необходимо иметь чёткое видение конкретного содержания этой работы, её этапности, хорошо представлять цели и задачи на каждом этапе и механизмы реализации этой тактики в зависимости от его принадлежности к какой-то из этих психотерапевтических школ, а также видеть возможности других психотерапевтических направлений.

Наш опыт работы в рамках клинической психотерапии показал целесообразность выделения следующих этапов этой работы, которые ведут больного к выздоровлению.

1. Лечение астенического синдрома, который в той или иной форме и степени присутствует при любой форме невроза. Начало нормализации психосоматического статуса больного, подготовка к дальнейшему более плодотворному проведению психотерапевтической работы - удлиненные сеансы гипнотерапии, АТ, медитационные методики.

2. Достижение адекватного осознания своей болезни. Важно на этом этапе психотерапии провести коррекцию внутренней картины болезни в сторону её адекватности с пониманием уровня расстройств (психогенный, количественный, функциональный, обратимый), типичность случая, отсутствие особой исключительности. Проводится разъяснительная, рациональная психотерапия и её сегодняшнее видоизменение - когнитивная психотерапия. Можно использовать изменение убеждений, визуально-кинестетическую диссоциацию из нейролингвистического программирования (НЛП).

3. Вскрытие и осознание больным психотравмы, внутреннего конфликта как причины появления синдромов, осознание функционального соотношения конфликта и симптоматики, их актуальности (учёт специфики конфликта при каждом виде невроза - В.Н. Мясичев; природа и общие принципы психической травмы, взаимоотношение сознания и бессознательного - В.Е. Рожнов). Переработка этой психотравмы без её вытеснения, «ухода» от неё, меняясь в чем-то, преобразовывая себя.

4. Дезактуализация психической травмы и конфликта в целом с дальнейшей потерей интереса к ним, снятие фиксации в сфере, соответствующей конфликту, своеобразное успокоение (путем аналогии данного конфликта, его типичности, связанной с природой человека и общества в целом). Дезактуализация этих переживаний по сравнению с жизнью в целом, с тем, что у человека ещё имеется в арсенале душевных переживаний. Идентификация конфликта больного с конфликтами такого рода у известных людей, литературных героев, типы разрешения данного вида конфликта у них. Рассмотрение конфликта под углом отношений «Я» и «Я» в психотрав-

мирующей ситуации. «Я» в конфликте, как это выглядит со стороны. Адекватность, солидность, человечность, гуманность, проявляемые в конфликтной ситуации, даже снисходительность к другим людям, со всеми их слабостями. Осознание переживаемости момента психотравмы - другие люди переживали эту психотравму, конфликты, а теперь и на мою долю выпало это переживание. Разбор с пациентом судьбы его переживаний в перспективе выхода из психотравмирующей ситуации. Как он видит себя, перенесшего эти переживания, - более опытного, закаленного, обогащённого определенной гаммой переживаний, совершенно естественных для человека, с новым достоинством.

На этом этапе используются внушения в гипнотическом состоянии; самовнушение в состоянии аутогенной погруженности; техники взмаха, взрыва, визуально-кинестетическая диссоциация в рамках НЛП, разотождествление из психосинтеза, метод кристаллизации проблем В.В. Макарова.

5. Редукция, обратное развитие невротических расстройств. Ещё в недавнем прошлом вся тактика лечения невротических расстройств (неврозов) сводилась только к этой стадии, что не обеспечивало стойкий её характер. В настоящее время также есть угроза к возвращению такого положения дел, если психотерапевт работает в рамках какой-то одной психотерапевтической методики, например НЛП, бихевиоризма, психосинтеза и т.д., а не исходит из учения о неврозах, из их этиологии и генеза. Действительно, «мономодальное» психотерапевтическое вмешательство, как правило, недостаточно. Однако после достижения адекватного осознания болезни, вскрытия и осознания психотравмы, конфликта дезактуализация симптоматики гораздо более адекватна. Здесь важны внушения на обратное развитие симптомов и синдромов в гипнотическом состоянии, самовнушение при АТ, соответствующие методики НЛП, функциональные тренировки.

6. Формирование мотива к выздоровлению и поддержанию уровня здоровья. Этот процесс происходит у пациента при коррекции им образа своего «Я», при работе над указанными выше вопросами (каким он себя считает; каким он хочет, чтобы его считали; каким его считают значимые другие; какой он есть на самом деле).

7. Преодоление механизмов психологической защиты (рационализация, вытеснение, проекция, реактивные образования, своеобразные психологические игры невротиков) путём приведения аналогий, метафор во время их проявления в процессе психотерапевтической работы.

8. Создание условий для личностного развития, по возможности, достижения зрелости функционирования в эмоциональной, волевой и интеллектуальной сферах, обучение приёмам саморегуляции с целью повышения психологической устойчивости.

9. Налаживание нормальной полноценной жизнедеятельности, которая давала бы пациенту ощущение полноты, насыщенности жизни, осознанного переживания своего бытия, его целесообразности, ценности, смысла.

Такая психотерапевтическая тактика даёт нам возможность в своей работе быть целесообразными и целенаправленными, придерживаться «психотерапевтического смысла» работы. Мы не исключаем других тактик при условии учёта целостной клинической картины невроза и природы человека в процессе его «превращения» в здорового.

Мы видим, что ни одна из психотерапевтических модальностей не может полностью обеспечить этот процесс. В то же время мы видим актуальность разработки психотерапевтических технологий, процесса лечения пациентов с различными расстройствами, аккумуляции психотерапевтических методик вокруг этого процесса с обязательным учётом его этапности.

Роль психотерапевта в психотерапии никто не оспаривает, не отрицает, но нельзя не направлять наши усилия и на технологию психотерапевтического процесса, на осознание больным необходимости её прохождения, формирования новых опорных базисных состояний, которые необходимо достичь в процессе психотерапии. То есть сделать психотерапевтический процесс, его технологию не в такой степени зависимой от личностных особенностей психотерапевта как сейчас, менее субъективной и более предсказуемой, *переключить в какой-то мере внимание больного с психотерапевта на технологию лечения*, именно путь: человек с расстройством - здоровый, или относительно здоровый при хронических формах заболевания.

Психотерапевтический подход может внести значительный вклад в изучение механизмов функционирования психики в целом, механизмов нарушающих психику, способствующих возникновению патологии.

Для дальнейшего проникновения сущности психических расстройств и их природы важно не только учитывать морфологические изменения центральной нервной системы (ЦНС), особенности функционирования нейромедиаторов, особенности клинических синдромов, но и особенности изменения структуры целостных поведенческих актов. Патологические состояния являются фрагментами нормальной психической деятельности, вырванными, изолированными патологией из общего контекста нормального функционирования психики. С нашей точки зрения, структура поведенческого акта наиболее полно описана в учении П.К. Анохина о функциональных системах.

Так что российская психотерапия это не «психотерапевтический винегрет и не псевдоинтеграция», как утверждалось в некоторых докладах на нашей конференции, а технология этапного психотера-

певтического процесса, интегративным фактором которого является конкретное содержание процесса перевода состояния больного в здорового/относительно здорового. На каждом этапе в соответствии с его целями применяются соответствующие модальности для достижения нужных состояний. Например, рациональная психотерапия уместна для достижения адекватного осознания болезни, но неэффективна на стадии редукции обсессивно-фобического синдрома. Так что это не псевдоинтеграция, а целесообразное поэтапное применение технологий из разных модальностей. Причём известно, что сочетанное применение технологий даёт наилучший эффект вследствие взаимного потенцирования.

Кроме того, следуя биопсихосоциальной и духовной сущности человека сотрудники нашей кафедры придают большое значение поддержанию в хорошем рабочем состоянии организма наших пациентов - биологического субстрата, обеспечивающего тонкие механизмы, которые обеспечивают оптимальное функционирование человеческой личности.

Так, В.В. Макаров внедряет биологически активные добавки, питающие и поддерживающие нейроны, психику в целом в рабочем состоянии. Важно и применение холиномиметиков центрального действия, которые воздействуют на ретикулярную формацию, которая оказывает специфическое активирующее воздействие на кору больших полушарий и вместе с гипоталамической системой определяет биологическое качество целостной деятельности мозга, участвует в формировании мотивационно-эмоционального поведения.

Следует упомянуть здесь, например, центральный холиномиметик Церетон, который нормализует состояние ЦНС, повышает инициативность и способствует концентрации внимания, что, в свою очередь, позитивно влияет на мотивацию и готовность пациента к проведению психотерапии, способствует успешности ее воздействия. Церетон производится отечественной фирмой «Сотекс» в соответствии с европейскими стандартами GMP, намного дешевле зарубежных аналогов, что делает его доступным для приобретения.

Так что мы не можем согласиться с высказыванием В.Ю. Завьялова о том, что «Никакого синтеза психотерапевтических методов и приёмов нет. Есть хаотический набор различных приёмов, которые, в лучшем случае, оформляются в некое подобие «поваренной книги» или «рецептурные сборники». «Плохо организованная эклектика».

Да, можно согласиться с В. Ю. Завьяловым, что современное состояние дел в нашей профессии с её множеством модальностей можно охарактеризовать как «психотерапевтический супермаркет». Но ведь этот «супермаркет» удовлетворяет потребности психотерапевтического процесса, учитывая куль-

турные, временные, личностные как для пациента, так и психотерапевта возможности, этапы и поэтапную специфику по достижению нужного эффекта.

Автор согласен с В.Ю. Завьяловым, что самый большой интерес представляют дискуссии, а не просто доклады. А ведь наука развивается только тогда, когда учитывается всё, что сделано до тебя и это служит точкой отчёта.

Так что высказывание Э.Г. Эйдемиллера: «Метафорой, передающей суть происходящих событий в психотерапии, может быть следующая: ученики средней школы, не выучившие алфавит и арифметику, пытаются читать и цитировать произведения высокой литературы и обсуждать законы высшей математики» можно понимать как призыв к повышению уровня подготовки в психотерапии.

Психологическая психотерапия опирается на стандартизированное, последовательное проведение сессий в рамках какой-то одной модальности. Она по определению мономодальна.

Модальность базируется на редуцированной теории личности, которая опирается не на целостную личность, а на её частные свойства, оставляя остальные свойства личности без внимания. Клиническая психотерапия базируется на сущности, свойствах нозологической единицы, на состоянии пациента, ориентирована на перевод этого состояния в здоровое при остром заболевании и относительное при хронических. Это целостный лечебный процесс, а не «обкатывание» клиента в определенной методике. Эта психотерапия - истинно полимодальна. Нам на данном этапе развития психотерапии важно достичь взаимного понимания между психиатрами, врачами-психотерапевтами и психологами, осознавать взаимную заинтересованность и потребность.

Р.К. Назаров, В.В. Холявко пишут: «... потребности интеграции обширного и противоречивого мира психотерапевтических направлений, методов, форм подходов... и служит создаваемая в настоящее время концепция клинической психотерапии...». Сказанное актуально.

Изучение положение дел в психотерапии, публикаций, выступлений, приходится к сожалению констатировать, что многие специалисты в принципе не читают научных разработок своих коллег или, когда читают, подсознательно отвергают как «не моё», у них нет готовности усвоения «чужого». Хотя в науке не должно быть «чужого», «корпоративного эгоизма», а только уже сделанного, опубликованного, доложенного. Ведь наука развивается только тогда, когда исследователь отталкивается в своей работе от уже сделанного или отрицания этого, как не состоятельного развивать данную проблему, подчиняясь принципу целесообразности, здравого смысла, проникновения в глубь проблемы, механизмов преобразования. Хотя пишут, что «интегративный (транстеоретический) подход, не оправдывающий себя практически...», или «... комбинация раз-

личных методов психотерапии – любимый в нашей стране способ псевдоинтеграции... Эkleктизм есть одна из форм собирательства. В психотерапии эkleктика – это все что работает».

Повторяем, психотерапия – это процесс целенаправленная, логически обоснованная работа, исходящая из природы и сущности заболевания, а не комплекс оторванных друг от друга техник, а превращение больного в здорового при хронических заболеваниях. Такой путь объединяет и единит многочисленные направления психотерапии, так как содержание необходимой лечебной работы едино, а пути его реализации зависят от возможностей лечебной ситуации, временных факторов, культурных готовностей пациента. Ведь даже по грубой аналогии изготовления и особенного собирания автомобиля имеют единый алгоритм, одно содержание.

Интегративная психотерапия, интегративный подход позволяет разрабатывать технологию, содержание, алгоритм психотерапевтического процесса, даёт психотерапевту ключ к своей психотерапевтической работе, носящий целенаправленный лечебный характер, понятности этой работы, как для врача, так и для пациента, а не обкатывания больного в каком-то виде психотерапии, модальности. Модальность не самоцель, а лишь один из инструментов для этой работы. Термин – лечился гипнозом, сеансами гипноза ни о чем не говорит, ведь главное с какой целью он применялся, какую подцель преследовали в процессе больной - здоровый. Также следует подходить к другим модальностям. Так что кафедра психотерапии и сексологии РМАПО - основоположник этого направления. Технология и содержание психотерапевтического процесса является *метамодальностью*.

Под эгидой профессиональной психотерапевтической лиги и активным руководством её президента В.В. Макарова преодолевается этап освоения модальностей, её уровня и переход на уровень содержания технологии психотерапевтического процесса, метомодальности, её активное внедрение в преподавательскую деятельность, повышение компетентности психотерапевтов в повседневную лечебную практику. К сожалению, эта работа проводится достаточно активно только на нашей кафедре, а не декларируется. К сожалению, многие психотерапевты, а также некоторые педагогические учреждения застряли на модальностях, как первичном уровне обучения психотерапии. К сожалению, лечебный процесс подменяется лишь обкаткой больного в какой-то модальности.

Прав Б.Д. Карвасарский в том, что «по сути дела это отказ от глубокого постижения психотерапии из-за ее чрезвычайно сложного характера и жизненно-го уровня исходных знаний, приобретаемых в поледипломном образовании специалистами». Только хочется акцентировать внимание на общей сложности и многообразности природы человека, уровень

её изученности. Ведь психотерапия это наука о человеке, его природе и сущности, так как расстройства, психопатология сигнализируют о глубинных процессах в психике человека, их отдельных механизмах вырванных из интегрированных процессов психики здорового человека.

В.В. Макаров считает, что развитие психотерапии как науки ограничивать одними какими-то концепциями, направлениями не следует, ведь наука - это поиск, практика и жизнь отсеивает все вторичное, не действенное. Мода на психотерапевтические модные модальности приходит и уходит.

ФИЛОСОФИЯ И МЕТОДОЛОГИЯ ПСИХОЛИНГВИСТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

А.И. Семенова

г. Москва

Психолингвистическая психотерапия формируется как лечебно-консультационное, наставническое направление, экологически и философски ориентированное. Автором предложен полимодальный вариант консультирования и терапии, основанный на целебной творческой психолингвистике и комплиментарной дыхательной психотехнологии. В качестве системообразующего выступает метод психолингвосо-семантического анализа, который включает изучение психологических особенностей и языка личности и воздействие на нее в творческом процессе игры с дыхательно-энергетическими звукообразами.

Дано определение: «Психотерапевтический метод, построенный как творческая, личностно окрашенная, языковая игра на психолингвистической основе, где главным организационным элементом является эмоциональная, структурно-функциональная, художественная проработка дыхательно-энергетических звукообразов в семантическом пространстве алфавита, с особым вниманием к произношению звуков, атмосфере образов, комплиментарному дыхательному процессу, сквозному действию и психотерапевтическому дискурсу.

Чтобы понять существо и пути развития метода, необходимо ознакомиться с основными понятиями и теоретико-методологической основой психолингвистики.

Научная психолингвистика

Психолингвистика выросла из теории речевой деятельности, области языкознания. *Лингвистика* - наука о языке и языковых средствах, с помощью которых человек осуществляет процесс общения. В XX веке языковеды исследовали роль человеческого фактора в языке (мышление, картина мира, языковая личность, этика). Сформировавшаяся в середине века научная психолингвистика стала изучать язык как феномен психики, его роль в общении и формировании сознания (Ч. Осгуд, А.Р. Лурия, Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, А.А. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн, Н.А. Бернштейн, Ж. Пиаже, И.А. Бодуэн - де -

Куртене, Ф. де Соссюра, Н. Хомский, В.Ф. Петренко, другие).

Психолингвистика – наука о кодировании и декодировании сообщений, о закономерностях порождения и восприятия речевых высказываний, о воздействии слова на человека в процессе коммуникации. Психолингвистика выясняет, как человек посредством речевого действия структурирует свою мысль, жизненную энергию и какие психические процессы имеют место, когда мы порождаем и воспринимаем речь. Она создает ракурс для исследования познавательных и информационных процессов. Психолингвистика тесно связана с детской психологией развития, когнитивной психологией и другими её областями. Самостоятельную ценность имеют социолингвистика, этнопсихолингвистика и другие направления. Понятийная база психолингвистики расширяется.

Семантика - наука о смысловом значении слов, символов и других знаков, кодирующих предметы и явления и служащих для передачи информации.

Семиотика изучает свойства знаков, строение и функционирование знаковых систем, отношения между знаком и означаемым.

Семиозис - процесс означивания, сопряжения объекта и мысленного представления о нем человека (Ч. Пирс, 1921). Процесс семиозиса - производство и трансформация смыслов и значений (Н.Ф. Калина, 2002).

Психосемантика исследует генезис, развитие и функционирование индивидуальной системы значений, опосредующей процесс восприятия, мышления, памяти, принятия решений. Исследованы формы существования значений в индивидуальном сознании (образы, символы, символические действия), влияние мотивации и эмоционального состояния субъекта на формирование системы значений. «Психолингвистика исследует в индивидуальном сознании образы, символы, вербальные и невербальные формы, эмоциональные состояния, мотивации, память, процессы жизнедеятельности» (В.Ф. Петренко).

Единица анализа в психолингвистике - элементарное речевое действие.

Элементарным явлением в психолингвистике являются категории сознания. Язык отражает сознание индивидуума, нации, участвует в сотворении мира психики, овладении культурой. Сознание в психолингвистике описано как многослойная уровневая система. Бессознательное – это нижележащий уровень сознания, характеризующийся меньшей расчлененностью и рефлексивностью. Наряду с *понятийным, выделен глубинный семантический уровень сознания, который функционально и генетически является первичным уровнем категоризации и репрезентации мира субъекту.* Поуровневая развертка глубинных составляющих и их обогащение на каждом уровне – порождает значение. «Глубинная семантика» лучше отражает те когнитивные структуры, в которые вплетены образные и оценочные компоненты, на которых разговаривают поэзия и метафора. Сознание всегда этнически обусловлено (А.А. Леонтьев, 1997).

В основе миропонимания народа лежит своя схема социальных стереотипов, когнитивных схем, предметных значений. *Психолингвистами исследованы рефлексивные структуры обыденного житейского сознания, семантическая структура русских фразеологизмов, малого фольклора, эмблем, культурологические детерминанты и языковое сознание народа.* Применяются методы множественных идентификаций на базе поступков, структурно-семантический метод в фольклористике (представление семантики сказки), исследование личности через основные страсти сознания, действия в измененных состояниях сознания. Психолингвистика занимается речевым действием и психическими процессами человека при кодировании и декодировании сообщений. Язык-система сложных кодов, который вводит обозначающую вещь в системы связей и отношений. В процессе развития индивида формируется связность сознания, «собственная логика». Внутренняя речь - сложное волевое действие саморегуляции, регулирования, планирования.

Структуралисты в психолингвистике изучают язык в самом себе, в отрыве от влияния этнокультурных, социальных, коммуникативных, когнитивных факторов. «Язык есть замкнутая на себе система, которая подчиняется лишь собственному порядку. Языковая знаковая система автономна по отношению к функции обозначения реальности и выражения смысла. Означающее не мотивировано, то есть произвольно по отношению к означаемому, с которым нет в действительности естественной связи», - пишет Ф. Соссюр (1999). В ходе произвольного обмена и комбинации знаков интеллектуальная среда надеется преодолеть требования семантики, касающиеся реального содержания знаков. Все подлинное уходит, оставляя место имитациям, подделкам для любителей игровой модели существования.

Психолингвистика ввела понятие о ложной информации и её представительных знаках - симулякрах, когда означаемое подчиняется контролю означающего. Означивание- вкладывание иного, противоположного смысла в слова и поступки другого человека. Сознание отчуждается от тела, от образов и чувственного восприятия как условий мысли. Человек не действует более как целостное телесно-духовное существо.

Современной философией психолингвистики и герменевтики активнейшим образом обсуждаются средства и возможности взаимодействия человека с окружающей его знаково-символической информационной системой, влияние её на сознание человека, на информационный, биологический, социальный организм. Человечество нуждалось в компактной форме передачи информации и создало алфавит, ставший средством коммуникации. В настоящее время человечество нуждается в защите от избытка пустой информации, бесконтрольного проникновения ложной информации и создает обучающие модели, родственные природным принципам, принципам живого. Ранее свёрнутая информация (алфавит) разворачивается в виде моделей. Предметом воздействия в психотерапии является личность. Воздействие осуществляется другой личностью, средствами ее души, через код сознания человека.

Психотерапевтическая психолингвистика - суть работа со знаково-символической системой, опосредующей воздействие на самосознание, самоорганизацию, самоидентификацию человеческой личности. Функционально она проводится в смысловом, информационно-энергетическом поле человека, на уровне глубинной семантики. Она содействует созреванию личности, изменению ценностной ориентации, развитию ноосферного мышления.

С точки зрения С.Л. Рубинштейна (1957), созревание связано с освоением знакового содержания человеческой культуры, в процессе постижения которого происходит качественное изменение свойств личности [10].

Современная психолингвистика тесно увязывает проблему языка с психической деятельностью человека и его биологическим функционированием, а также с социально-экологическими факторами, культурным фоном, национальной ментальностью.

О постижении смысла значения знаков, звуков, символов

Нашей задачей является выявление всех аспектов лингвистического конструирования реальности. Работа со звуком, знаком, символом, образом дает терапевтические предпосылки к воздействию на эмоции, энергетику, жизненные программы, разные уровни сознания и самосознания.

Прежде описания практической методики необходимо сопоставить элементарные понятия научно-

исследовательской и целебной психолингвистики (духовно-оздоровительных школ).

Почему большая наука работает со знаком, абстрактным продуктом интеллекта и знаком-символом?

Почему известные, древние и восточные, школы целительства работают со звуком, а также с дыханием, движением и энергетикой?

Знак - производное интеллекта (яньская система). Звук рождается в сердце (иньская система). У современного человека ум с сердцем не в ладу. *Элементарной единицей в научных психолингвистических исследованиях является знак.* «Весь универсум пронизан знаками. Знак обнаруживается в мыслительных, биологических, химических, физических процессах». Ч. Пирс (1921) представил классификацию знаков. Знаки он делит на индексальные (указующие знаки), иконические (построенные на ассоциации по сходству, подобию) и символические. *Символический знак - ценностный, мотивационный знак, условный знак понятий, идей, явлений, коммуникационных моделей, интегрирующих сознание людей в единое смысловое поле культуры.* Они представляют собой образы и явления, имеющее значение для многих групп людей.

Знак - средство развития интеллекта, абстрактного, рефлексивного, творческого мышления, сознания и самосознания, средство развития и передачи кодируемого опыта, транзиттер в формировании культуры, дисциплинирующей разум. Знаки-указатели мысли, окна в мир. Знак - внешнее проявление скрытых правил, по которым живут люди.

Вторая сигнальная система, способствующая развитию сознания, сформирована на основе знаков, звуков, образов и символов. Знаки и символы, с их свернутым содержанием, закодированы на основе коллективного бессознательного. Раскрывается же их смысл индивидуальным, личностным бессознательным. В этом действии проявляется весь человек, рациональный и иррациональный. За всю историю человечество лишь однажды решило проблему соединения ментального (сознательного) и чувственного (бессознательного) аспектов отражения бытия, создав алфавит, включающий знак и звук. Знак и звук соотносятся друг к другу как мысль и чувство.

Символ фиксирует способность материальных вещей, событий, чувственных образов выражать в социокультурном аспекте идеальное содержание. Символ создает смысловую перспективу для объяснения и понимания, но требует от интерпретаторов работы с кодами разного уровня. *Символическое - это категория, охватывающая все формы культурной деятельности* (Э. Кассирер, 2001).

В символе - указатель правила единства и борьбы противоположностей. Пример: универсальный китайский символ Инь – Янь. При отсутствии полноты восприятия символы толкуются сознанием искаженно, создавая иллюзию действительности.

В структурной лингвистике Ф. Соссюра делил знаки на вербальные, коммуникационные, репрезентативные, экспрессивные знаки. В последние десятилетия внимание стали привлекать невербальные знаки: паралингвистические (ямб, хорей в поэтике), кинетические (мимика лица), проксемитические (пространственное понятие, определяющее границы поведение человека).

Интересна философия авторов Христианской семиологии. В книге сербского Владыки Николая «Символы и сигналы» (2003) дается ряд определений: «Истина познается через откровение. Постичь её можно через прочтение (дешифровку) подаваемых знаков. Творения суть символы, а духовная действительность есть смысл и жизнь. Символ - сигнал из тонкого мира в реальность. Сигнал - нечто мгновенное, а символ - нечто длящееся. Истинный символ должен включать в обобщении идею и чувство, плоды интеллекта и эмоциональную оценку. Семантика - это разум семиотики». На примерах материала из священных книг метафорически обсуждаются невербальные знаки. Тему знаков и смысла, значения рассматривают Никола Рот (Югославия) в книге «Знаки и значения», Ролан Барт (Франция) в книге «Царство знаков».

Знак может стать средством саморегуляции тогда и постольку, когда и поскольку индивид овладевает его значением. Бытийный слой образуют биодинамическая ткань движения и действия и чувственная ткань образа. Рефлексивный слой образуют значение и смысл (А.Н. Леонтьев, Н.А. Рубинштейн, В.П. Зинченко). «Сознание - индивидуальная система значений, данных в единстве с чувственной тканью и личностным смыслом» (А.Н. Леонтьев, 2005).

Знаково-символическая система способствует развитию сознания человека, формирует его информационную сущность. Возможно оппозиционное воздействие знаково-символической системы на сознание. На её основе возможны способы магического воздействия, манипулирования сознанием, подмены истинной действительности виртуальной. Человек уходит от подлинной реальности, целостности, завершенности и находит ложные символы и образы подобию. Знак становится посредником в формировании виртуальной информационной реальности.

Психобиологическое типирование звуков алфавита

Слово и звуки были первым механизмом, организующим и упорядочивающим энергии и сознание. Способ кодирования звуков речи с сохранением её смыслового содержания дает доступ в область подсознания (хранилище образов и ассоциаций). Личностная самоидентификация, культура сознания связаны с творческим изучением смысловой и активизирующей сущности звуков языка родной речи. В древности на основе интуитивного постижения

образов, символики звуков развивалась целебная психолингвистика. Существовали духовно-оздоровительные школы «посвященных». В рациональный век над живым чувством стал преобладать холодный рассудок. Звуки низвели на бытовой, практический уровень. Внимание получила система абстрактных знаков и ложных символов. Звук стремится вернуть себе живую энергетику.

Построив психотерапевтическую методику на основе звукообразов в семантическом пространстве звуков алфавита родной речи, автор обобщает и дополняет представление о звуках.

В 1991 году в сотрудничестве с детьми детского сада и на основании знаний педиатра - психотерапевта мною была разработана *звуковая дыхательно-энергетическая гимнастика саморегуляции (ЗДЭГС)*. Опытным путем звуки алфавита русского языка структурно и функционально проработаны в живом действии. При участии творческого воображения они преобразованы в дыхательно-энергетические звукообразы. При их *психобиотипировании* автор сопоставил семиотическую и семантическую, знаковую и звуковую, понятийную структуру русского языка. Упорядочение информации было важно для составления модели наблюдения. Буква алфавита - это знак в ментальном ряду и звук в ряду наблюдаемых явлений. Две противоположности образуют единое целое. Звукообраз, как некий символ, включает в себя содержание знака и звука.

Звук имеет природную основу и обусловлен стоящим за ним образом.

В звуках заключена генетическая сила рода.

Звуки алфавита - иконические сигналы, комплиментарные живой системе.

Звук алфавита, как фактор наибольшей информационной связности, имеет широкие психоэмоциональные и физиологические связи.

Звук - семантический сигнал ниже порога осознания. Звук - фактор малой интенсивности, действующий на систему по принципу «ключ к замку». Малое действие обеспечивает значительную реакцию ввиду сродства к живой системе.

Звуки алфавита - смысловые, структурные энергетические знаки. Звук - это волна и частица, квант энергии и потенциальный процесс.

Звук обладает потенциальной природной информационной энергией, которая может быть возвращена в систему для изучения принципов бытия и жизненных принципов человека. Звук, невербальный сигнал, действует прямо на подсознание человека. Человек осознанно воспринимает слово и неосознанно - его звуковое содержание. Сила действия слова во многом обусловлена звуковой композицией.

Знание и раскрытие жизни звука дает инструмент для управления, настройки живых систем. Формирование образа есть творческий психологический акт.

Звук как основная элементарная единица в целебной творческой психолингвистике

Звуки должны осваиваться в эквиваленте живого действия. Поэтому они типированы по иницирующему ими внутреннему состоянию и действию, возникающему при произнесении звуков и прослеживании иницируемого ими процесса, приводящего к созданию атмосферы, позволяющей живое воспроизведение одноименных звукообразов. Эмпирически проработано действие каждого звука, проведение его по естественным каналам физиологического восприятия. Изучая характер отдельных звуков, мы воображаем ситуацию, породившую его в природных условиях. Обращаясь к ассоциативной памяти, выражаем наше отношение к той или иной ситуации.

Предложена модель ментального и эмоционально-образного восприятия звуков и их воспроизведения в ощущениях, тонких особенностях и нюансах дыхания, способе движения, звукообразования (артикуляции), звукоизвлечения, способе насыщения звука, энергетическом внутреннем действии.

Предложенная система психобиотипирования звуков опирается на способы психического и физиологического восприятия и воспроизведения звуков и производных из них звукообразов.

Созданы таблицы 2 типов. Первые таблицы классифицируют звуки алфавита по их восприятию и действию: ощущение состояния, психоэмоциональное чувство, цветовое восприятие, особенности дыхания, тип движения, энергетическое действие, эффект. Вторые таблицы классифицируют звуки по способу, месту образования, их качеству (мягкий, твердый, тональный, сонорный; звонкий, глухой, шумный, длительный и мгновенный). Оценивается также место насыщения и интенсификации звука, потенциал исполнительского качества (скользящий, жужжащий, звенящий, раскатистый, летящий).

Наука признала смысловую содержательность звуков и дала определение вербальных и невербальных коммуникативных *знаков*. Интересна работа В.П. Морозова об информационных каналах невербальной (экстралингвистической) коммуникации, адресованной к эмоционально-образной сфере и подсознанию (1998). Слово раскрывает 7% смысла, звуки и интонации несут 38% значения, позы и жесты - 55%. При этом «крайне мало работ посвящено фонационным аспектам проблемы, то есть речи и голосу как органам невербальной коммуникации». Ученым проведено психологическое и акустико-физиологическое исследование свойств коммуникабельности. Предложен психоакустический тест на эмоциональный слух.

Древние и современные практики типирования звуков алфавита

Взяв смелость предложить новое понятие о звуке и способ его типирования, обратимся к истории

вопроса. К толкованию содержания и образов звуков обращались оккультизм, антропософия, мистицизм (школа посвященных Гермеса, школа эвритмии Р. Штейнера, суфизм, йога). Традиции типирования звуков, придания им магического и смыслового значения, восходят к глубокой древности, времени создания в Европе рунического искусства, сакральных, священных алфавитов (II век н. э.) Известны даосские и китайские звуковибрационные методы гармонизации системы, объясняющие связь звуков с энергетическими меридианами, первоэлементами, стихиями, знаками Зодиака.

В оккультной Герметической школе (VI век н.э.) звуки алфавита *древнееврейского* языка использовали как код, объясняющий людям жизненные принципы и законы мироустройства. На этом строилась глубокая философия человека. «Звук - это принцип, развернутый в систему». Первый звук алфавита (А. Алеф) олицетворял принцип унитарности, сохранения природных данных и единства целого путем избирательности влияний: *посвященный сохраняет тип души, ему присущий*. В Герметической школе велась практическая работа по оздоровлению и воспитанию духовно-нравственных ценностей. Представление человечества о сакральном, символическом, абстрактном, живом значении звука- знака развивается циклически.

Антропософ Р. Штейнер в начале XX века, с целью одухотворить интеллект, предложил рассматривать «звукоречь» как процесс, пронизанный чувством и ощущением. В школе эвритмии психологическая сущность звука выражена в жесте и движении. Например, в звуке С «жест властно отклоняется; мы заставляем тело бежать за звуком, которое образуем руками». «Звук З «берет начало из легкости и его надо ощущать в нижней части руки».

В восточных духовно-оздоровительных школах внимание уделялось живому голосу, целительной силе вибраций, влиянию звуков на чакры, энергетические центры. Суфии видели связь между человеческими голосами и нотами природы. Они часами изучали (пели) звуки, чтобы обрести свой естественный голос. Широко известны и популярны системы йоги, цигун-гимнастики, где мысль, чувство, движение, дыхание гармонически связаны единым действием.

Обсуждались вопросы звукового символизма (Платон, Аристотель, стоики, санскритские грамматики, философы XVIII века Г. Лейбниц, Ш. де Бросс, В. фон Гумбольдт). Звук рассматривали как жесты речевых органов (дентальные, лингвальные, назальные). Связывали артикуляцию с идеей действия (Р - подражание сотрясению и порыву, Л - скольжению). Оценивали звуковые впечатления (грубость, мягкость, сила звука). Внимание привлекало субъективно воспринимаемое соотношение звука и цвета. Большинство испытуемых соотносят звук А с ярко-красным цветом, И - с синим, У - с сине-зеленым (А. Рембо, Стихи).

В поэзии найдено соответствие звуковой ткани стихов с их общим эмоциональным содержанием при построении композиции, ритма, рифмы. Существует много примеров *звуко-семантического символизма*. Есть звуко-буквенные образы. Пример *звукообраза «О»*: «Волга! Волга! Весной многоводной ты не так заливаешь поля, как великою скорбью народной переполнилась наша земля». В короткой фразе 12 звуков О. Звукообраз «О» создает эпический звуковой тон. Пример звукообраза «С». «Дождик сеет, сеет, сеет, с полуночи моросит. Словно занавес кисейный за окошками висит» (В. Тушнова). Звук «С» создает звуковой тон прислушивания и гибкости. *Звуковое совпадение оттеняет смысловое различие*.

Ученый и поэт М.В. Ломоносов писал: «В русском языке, как кажется, частое повторение письменного «А» может способствовать к изображению великолепия, великого пространства, глубины, вышины; повторение Е, И, Ю служит изображению нежности, ласкательности или малых вещей» (М.В. Ломоносов «Краткое руководство к красноречию»). При внимании к звуковой поэтике происходит нечто, глубоко отличное от обычного языкового процесса передачи значений. Ряды словесных сигналов в художественном восприятии получают новый смысл (Ю. Лотман).

При оценке звукового устройства языка у разных народов выявлена связь звучания и значения.

Психолингвисты (Ч. Осгуд, Ю. Орлов, А.П. Журавлев) проводили эксперименты *типирования звуков по категориям*, расположив звуки алфавита на признаковых шкалах и распределив их на группы оценки, силы, подвижности. Оценку звукам давали по эмоциональному восприятию их испытуемыми. Звуки *ранжировали по степени* качества проявления свойств, сопоставляли с психологическим описанием явления, предмета; на основе средних данных субъективных оценок звуков проводили машинный анализ, а также геометрический факторный анализ. Был сделан вывод, что заданные субъективные оценочные критерии не могут описать разнообразие психологических свойств звуков. «Машина не в состоянии описать процесс творчества, с интуицией, озарением, ощущением, энергетическим чувством, эмпатией. Здесь нужна творческая работа профессионала, знакомого с богатством понятийных категорий, и направленность души на анализ и наблюдение явлений открытого мира» (А.П. Журавлев, 1981). «Естественность связи звукового образа слова с его содержанием не подвергается сомнению в сознании человека детства нашей культуры». Современникам, жестким реалистам, непросто понять, как посредством смысловой сущности звука можно осмыслить активную силу человека, его духовность, полярность психических характеристик, цикличность развития, динамику процессов, разные планы бытия.

Интересно мнение Ф. де Соссюра (1999), что звук языка - *незавершенное* явление. Он расслоен на уровень физических свойств, логических аспектов значения и коммуникативную функцию, выясняемую через законы отношений. Чтобы сделать его законченным, надо доопределить, ввести новые допущения, определяющие коммуникативные аспекты значения.

Формирование дыхательно-энергетических звукообразов

Модель работы со звукообразами опирается на способы психического и физиологического восприятия и воспроизведения звуков и художественного, творческого воплощения производных из них звукообразов. В 2002 г. автором получен государственный патент на изобретение способа психотерапевтической гимнастики, включающий выполнение упражнений, связанных со всеми звуками алфавита родной речи. Способ «отличается тем, что каждый звук алфавита связывают с определенным природным образом, психоэмоциональным состоянием. Иницируют возникновение у человека соответствующего зрительного, слухового, кинестетического ощущения. При проведении гимнастики воспроизводят звуки алфавита выполнением соответствующих им движений и действий, с фиксацией внимания на процессе дыхания и его функциональных элементах».

Изучая характер отдельных звуков, мы воображаем ситуацию, породившую его в природных условиях. Для русского народного фольклора характерно эмпатическое переживание природных явлений, личностное, близкое обращение к Земле-матушке, Ветру вольному, Красну солнышку. Звук, как невербальный сигнал, работает в атмосфере звукообразов как в семантическом пространстве. Он открывает доступ к подсознанию и позволяет моделировать образ мира в душе человека. Типируя звуки по константам душевного и психоэмоционального состояния, мы ощущаем живую атмосферу и входим в её процесс в игровом действии. Эмпирически проработано действие каждого звука, проведение его по естественным каналам физиологического восприятия. Использование звуков, знаков, символов, образов позволяет использовать рациональные и иррациональные компоненты в структуре психического воздействия. Создается платформа для развития чувств, памяти, внимания, воли, целостного мироощущения. Соединение в целом разных планов бытия дает поле для самопознания.

Структурно-функциональная модель для проработки звукообразов

Рассмотрим её содержание на примере звукообраза А.

Характеристика (сущность звука): широкий, свободный, распевный, тональный звук.

Психоэмоциональное чувство: звук удали, раздолья, наслаждения активной жизнью «полной грудью».

Мыслеформа, игровой образ: картина народного праздника (пасхи), с малиновым звоном колоколов, яркими красками, танцами, звучанием гармонии.

Цвет звука – цвет спелой малины, красной меди.

Ощущение состояния - удовольствия, единения со всеми, причастности, восторга

Тип движения в атмосфере данного звука - пластичные, широкие, округлые, экспрессивные движения.

Особенности дыхания - грудное, полное, радостное, свободное дыхание.

Энергетическое действие - освобождение жизненной энергии, свободное её течение.

Способ образования звука - расширение ротовой полости, нейтральное положение губ, язык в состоянии покоя.

Оздоровительный эффект - релаксация, освобождение от блоков, повышение психического тонуса.

Рассмотрим естественную связь между способом артикуляции при произнесении звука и дыхательным и психологическим типом звукообраза В.

Звук В - смычно-щелевой, губозубной, звонкий, длительный, шумный, активный звук. Сопротивление дыханию создается прохождением воздуха через узкую щель, при неполном смыкании нижней губы и верхних зубов. Оно позволяет прочувствовать силу стихии и возможность её преодоления. Произношение звука помогает импровизировать тип длительного, интенсивного выдоха с сопротивлением. Поётся варьирующий по силе протяжный звук. Воображение подсказывает, в каких ситуациях (снег, ветер, метель) рождается такой тип дыхания. Какие ощущения возникают в атмосфере этих образов? Какое чувство рождается? Как обыграть звукообраз? Деревенский дом. Теплая метель с пушистыми хлопьями. Наблюдение из окна. Как выразить в действии и движении сложное чувство волнения, смирения и успокоения при созерцании магии природной стихии? Плавный, длительный выдох сопровождают широкие, размашистые, ненапряженные движения руками в одну и другую стороны, выше и ниже по амплитуде, имитируя качание ветвей деревьев. Звукообраз В символизирует круговерть, гармонию движения во Вселенной, в единстве человека с ней. В *психоэмоциональном* плане звук В - природный звук у начал мятежности и кротости. Данное состояние энергетически не пассивное, а активное (метафизически - движение энергии Кундалини). Спокойствие внутреннего восприятия мы *символизируем* серо-голубым цветом. Оздоровительный эффект упражнения: успокаивает, расслабляет, массирует голосовые связки и внутренние органы. Психологический эффект: в живом действии рождается ощущение цельного, спокойного восприятия себя и мира, чувство защищенности, благодати.

Рассмотрим организацию сквозного действия на примере создания звукообраза О. Воображаемый образ звука, сопутствующие эмоции и ощущения, дыхание, движение и артикуляция в законченном действии должны быть синхронны, комплементарны друг другу. Предложен спокойный психологический тон. Воображаем эпическую картину «У озера». Небесные, нежно-голубые краски. Дан психологический образ взлетающей ласточки, вырастающего на рассвете цветка. Обратим осознанное внимание на нашу артикуляцию. Как работает наш язык, губы, дыхательный аппарат при звукообразовании? Язык оттянут назад, а губы выдвинуты вперед и округлены. Мы получаем далеко - легко летящий звук О. Теперь имитируем те же размыкающие действия (вперед и назад) пластичными движениями рук. Левая рука выдвигается далеко вперед, а правая скользит вдоль неё назад, потирая кистью левую руку до локтя. Затем локоть правой руки уходит вниз до уровня бедра и разворачивается назад - вверх. Описав, движением пловца, полукруг сзади вокруг уха, правая рука устремляется вперед, вновь скользя вдоль левой руки. Руки встречаются на уровне груди и меняются местами. Вперед выдвигается правая рука, сопровождающая полёт звука О. Движения рук *плавно параллельные*, синхронные, гибкие, свободные. О - звук лёгкого, свободного дыхания. Им имитируется Цигун-дыхание: мягкое, малое, незаметное, глубокое. После обычного неглубокого вдоха - очень медленный и длительный по продолжительности выдох. Воздух как бы сам вытекает из грудной клетки, плавно, без усилий. Из гармоничного сочетания плавного дыхания и движения рождается ощущение душевной наполненности. Мы можем создать другой игровой образ: «тянем в небо шелковую нить» (пальцы рук размыкаются вверх и вниз). Мы создаем действие целеустремленное, влекущее, циклически связанное с размыкающим и смыкающим движением. Интересно, что в художественной азбуке образов А. Бенуа общий тон рисунка для звука О - нежный, серо-голубой (у озера).

При освоении звукообраза З внимание сосредоточено на энергетическом чувстве и сенсорном, проприоцептивном ощущении. З - мягко-добродушный звук, «солнечный зуммер». Звук символизирован золотистым цветом надежды, вдохновения, лёгкости ощущения себя в мире (полевой уровень эмоциональной регуляции). Игровой образ: «ловим солнечный шар». Представляем лето, переливы света, мягко щекочущие ресницы на солнечной поляне. Раскинувшись, лёжа на мягкой, сочной траве, прислушиваемся к тишине, солнечным звукам и полету насекомых.

Производится плавное, волнообразное движение рук навстречу друг другу, вплоть до определения чувствования границ своего энергетического биополя. Затем движение производится слегка вверх и

вниз, по поверхности энергетического шара. Оно сопровождается произнесением мягко звенящего звука «з-з-з-з». Чутко работают мелкие мышцы кисти. Движения - вкрадчивые, прислушивающиеся, ощущающие энергию.

Тип дыхания - пассивный, дыхание мягкое, мелко вибрирующее, не напряженное. Выдох - звенящий, протяжный, тонкий, длительный. При произнесении массируются внутренние органы. Звук - щелевой, *переднеязычный*. Исполнение данного звукообраза способствует набору энергии.

Вспомним, что на основе звуков могут быть созданы звукообразы, выражающие противоположные психологические состояния. В лечебных целях мы выбираем позитивный смысл звукообраза. Звук, невербальный сигнал, работает в атмосфере звукообразов как в семантическом пространстве. Он открывает доступ к подсознанию и позволяет моделировать образ мира в душе человека.

Структурирование психологического пространства звукообразами

Предложен игровой, психотерапевтический метод, который уходит корнями в психолингвистику, семантику, семиотику и терапию творчеством. *Метод построен по принципу языковых игр, с активным моделированием жизненного процесса в специально организованном семантическом пространстве алфавита.* Психолингвистика даёт возможность посредством выявления смысловой, психической, физической характеристик звука и построения субъективного семантического пространства на основе звукообразов исследовать категории и структуру индивидуального сознания, моделировать систему восприятия, представления и значения, овладеть способами организации эмоциональной сферы.

Звукообразы, соответствующие всем звукам алфавита, помогают рассмотреть широкий спектр эмоций в чувственном, телесном, сенсорном, психологическом, нравственном восприятии, освоить в игровой форме разнообразные способы поведения и мышления. Они помогают раскрыть наиболее жизненно важные, глубинные состояния, с их архетипической, мифологической, сказочной природой. Звукообразы - визитная карточка состояний. Звукообразы помогают структурировать психологическое пространство при психотренинге.

1. Звуки алфавита русского языка типированы *в живом действии по инициации ими психобиологических реакций.* Проработана структурно-функциональная основа звуков, с качественной оценкой смысловой, психической и физической характеристик. Звук проводится по всем каналам чувственного и физиологического восприятия, со вниманием к нюансам дыхания, движения, звукообразования.

2. Использование тонких невербальных сигналов и включение активного воображения при со-

здании звукообразов позволяют организовать творческий процесс. Работа со звуками и их образами позволяет наблюдать тонко дифференцированную реакцию на семантические сигналы разного качества.

3. Структурно-функциональные упражнения, проводимые при художественном, игровом воплощении звукообразов, с многообразием информационных, психических, эмоциональных, телесных, дыхательных элементов абсолютно органичны для выполнения указанной работы.

4. Звукообразы несут материал и энергию бессознательного, которую передают Я - сознанию в процессе построения личности. Ментальное восприятие дополняется *восприятием* чувственным. Работа со звукообразами означает работу с мыслью, памятью, вниманием, воображением, эмоциями, энергиями души и тела, сенсорными и кинестетическими ощущениями, мышечным тонусом и пластикой, тонкими мышцами звукообразующего комплекса, дыхательным процессом.

5. При грамотном чтении сигналов активизируются все психические функции человека: чувство, мысль, ощущение, творческая интуиция. Через образ происходит работа с эмоциональными состояниями, в соответствии с психологической структурой личности и ее проблемами.

6. При работе с образами необходим творческий настрой, который помогает войти вовнутрь звука – образа - явления, прочувствовать, осознать, ассимилировать его процесс и атмосферу. Важной особенностью метода является сознательное использование целительных свойств творческого состояния сознания и средств его пробуждения при воплощении звукообразов. При инициации такого состояния открывается доступ к подсознанию и его образному содержанию, возможность наблюдения за скрытыми ранее *психоэмоциональными* реакциями. Проявляется доверие к тонким, трудно уловимым сигналам, бессознательно производимым действиям.

7. Звукообразы позволяют увидеть, понять, прочувствовать аффективно наиболее зрелые состояния, видимые, слышимые, осязаемые, мыслимые, проникнутые эмоционально-волевым тоном целостной значимости. Образы, созданные на основе звуков алфавита языка родной речи, универсальны, так как люди одного этноса связаны общими культурными и психотехническими навыками.

8. Для смыслового выражения звукообразов используется богатый арсенал разнообразных движений и жестов: округлых, пластичных, неспешных, гибких, волнообразных, свободных, вкрадчивых, мягких, текучих, проворных, энергоемких, экспрессивных, катящихся, крутящихся, пульсар-статуя. Часть движений содержит идеомоторные компоненты: повинувшись внутреннему побуждению, просыпаются пальцы рук, ног, плечи.

9. Еще более важную роль для раскрытия состояния и обучения психотехническим навыкам иг-

рает комплиментарный дыхательный процесс, осознанно формируемый в атмосфере звукообразов (см. ниже). Дыхательный процесс сопровождает все энергетические циклы организма. Осознанное дыхание включается в цепочку проводников процесса между сознанием и всеми уровнями бессознательной регуляции.

10. Исполняя образ звука, мы голосом выражаем своё к нему отношение. Человек учится, в каком тоне и каким голосом, выражать определенную мысль или чувство. Применяются известная техника физвокализа - работа с голосом и мышцами звукообразующего комплекса. Легкость, пластичность, гибкость, живость, естественность исполнения образа, звучание голоса в нужном ритме и тональности, свободный дыхательный процесс - признаки оздоровления. «Голос – это то, что не подделаешь. Это - сама душа, вернее говорящая о сокровищнице сердца, о характере, чем взгляд, чем улыбка. Все поддельно, кроме голоса» (В.В. Розанов).

11. Лечебный принцип метода заключается в познании своей природы и расширении творческого самосознания в процессе специально организованной, направленной на самоосмысление психологической игры.

Исследование вводит с систему психосемантического анализ. Показана возможность посредством выявления смысловой, психической, физической характеристик звука и построения субъективного семантического пространства звукообразов исследовать категории и структуру индивидуального сознания, моделировать систему восприятия, представления и значения, овладеть способами организации эмоциональной сферы.

1. Для выполнения такого действия нужно тренированное умение работать не только с логическим разумом, но со всеми уровнями сознания. Живая сущность всех звуков алфавита русского языка раскрывается при выполнении функционально и структурно связанных с ними *психофизических* упражнений, в едином звуко-пластическом пространстве.

2. Раскрывая смысл и содержание звукообразов, мы познаем себя в живом, конкретно переживаемом действии. Работа с пациентом ведется на основе семантической, процессуальной, эмоционально-чувственной и телесной проработки дыхательно-энергетических звукообразов.

3. Звук и знак воспринимается разными сферами сознания. Внимание к смысловой и физической характеристикам звуков; включение активного воображения при создании звукообразов; использование инструментов инициации творческого состояния сознания позволяют организовать рабочий процесс. Игра со звукообразами адресована к сознанию и бессознательному.

4. Сознание - процесс структурируемый. Первоначально он связан с формированием многоуровневого механизма эмоциональной регуляции.

5. В семантической системе мы постигаем образы, как наиболее активные фигуры, структурирующие жизненное и психологическое пространство. Вереница образов позволяет руководить процессом. Тонкая проработка их воспитывает функционально эффективные способы адаптации. Раскрывается первозданная природа человека.

Игровая основа метода связана с художественной проработкой дыхательно-энергетических звукообразов. Организуется сквозное действие, где природный и игровой образ, ощущение действующей атмосферы, психо-эмоциональное и цветное восприятие состояния, качественные особенности дыхательного процесса и психологических жестов, соответствующая мимика и артикуляция (способ и место звукообразования и голосообразования, место насыщения звука) дополняют друг друга. Все направлено на раскрытие психологического смысла, энергетики и внутренних ритмов состояния.

1. Для снятия обусловленностей и проработки комплексов *необходимо вернуться к переживанию многих состояний, продумать, прочувствовать, пройти через них.* Не только осмыслить их разумом, но ощутить живым чувством, всей телесностью и энергетикой. Опыт переживания разных психоэмоциональных состояний и физиологическое освоение в живом действии способствует углублению сознания и самоидентификации. Знакомство со спектром душевных состояний, полнота самовыражения способствует формированию уверенности.

2. В организации процесса задействованы все репрезентативные системы и интегративные каналы рационального и иррационального восприятия: мысль, чувство, интуиция, ощущение. Мы работаем в психосоматической идеологии, то есть всегда отыскиваем не только эмоции, но и телесное переживание. На сознание природные и невербальные факторы действуют сильнее слов в силу их естественного синергизма. Даже при произнесении слов важны общая интонация, обозначающая отношение, выражение глаз, мимика, жестикуляция.

При создании образа основное внимание может быть сосредоточено на одном из параметров: психологической тональности, сенсорном восприятии, чётком ритме, цветовой картине, значимой для включения воображения, артикуляции, прослеживании пути дыхательного процесса, импровизации с движением, организации сквозного действия. Артисты иногда называют «манками» зацепку за важный элемент, помогающий увидеть зримо все звенья и создать живой образ. Необходимы спонтанность, фантазия, включенность, внимание - осознание, радость творчества. Многофункциональная психолингвистическая основа метода позволяет делать разные акценты: на использовании ритмизированных элементов в слове, звуке, движении, дыхании, на психологическом, сенсорно-кинестическом восприятии звуков, на раскрепощённости, мягкости, округлости движений; на

эмоциональном выполнении упражнений, в хорошем, быстром ритме и темпе. Меняя предлагаемые звукообразы, типы дыхания, виды движения, мы представляем чувственно образ, форму, цвет, аромат явления. Ускоряем и замедляем общий ритм действия по единому сценарию. Усиливаем телесные ощущения в определенной части тела, концентрируем внимание на артикуляции, движении губ, языка, образовании дыхательной струи в полости рта и носа, формировании дыхательного потока в груди, усилении сигнала по визуальному, слуховому, кинестетическому, сенсорному, энергетическому каналам. *Чувственно-энергетическому моделированию придается смысл равный ментальному.*

«Невербальная информация имеет полисенсорную природу, свои акустические средства и психофизиологические механизмы восприятия и декодирования её мозговыми структурами», - пишет исследователь невербального речевого общения В.П. Морозов (1998). При проверке эмоционального слуха человека в его лаборатории были использованы психоакустические тесты, осциллограммы голоса. При графическом выражении звука голоса различались его интонация, тембр, высота, сила; мелодика речи, темпо-речевые особенности. «Фильтры человеческого восприятия формировались миллионы лет эволюции в качестве знаковой системы, с ярко выраженной семантикой. В арсенале человека – стереотипные сценарии речевого и образного поведения и присущий от рождения «матричный алфавит иконических субзнаков» в сфере ощущений индивида» (Л.Н. Хромов, 2005).

Звукообразы в семантическом пространстве алфавита - это универсальные модели определенных категорий сознания. «Образы, символы образуют устойчивую систему отношений, функционирующих как категориальная система сознания. Эмоции - операторы категоризации. Психосемантические методы опосредуют не застывшую систему значений. Можно актуализировать отношения, цели, мотивы, определять присущий субъекту когнитивный стиль, эмоциональное состояние. Системное семантическое моделирование отображает структуру сознания в форме целостного представления» (В.Ф. Петренко, 1988).

Овладение знаковой системой в качестве живого явления – это важнейшее условие формирования механизма произвольной регуляции психических процессов. Между абстрактными знаками виртуального мира и их внутренним смыслом стоит живая действительность, проработанная творческим восприятием, принятая душой и телом человека.

Положения целебной творческой психолингвистики применительно к детской психотерапии

Звуковая дыхательно-энергетическая гимнастика саморегуляции стала первым этапом в разра-

ботке метода творческой целебной психолингвистики. Она была разработана вместе с детьми, в первую очередь для детей и имеет свой рабочий алгоритм. Простой и естественной кажется мысль при обучении алфавиту - осваивать одновременно другую азбучную истину: навыки свободного владения физическим телом, энергией, эмоциями, сознанием, дыхательным процессом. Почему навыки самоорганизации так важны для ребенка? Параллельно получению знаний протекает процесс лингвистического структурирования реальности.

Детство – драматичный возраст наиболее активной работы по строительству душевной организации. Ребёнок наследует адаптивные программы предков (и их комплексы) и перерабатывает их заново, апробируя в новых условиях бытия. Выполняя огромную работу различения, сопоставления, выбора, идентификации он строит собственную мотивационную программу, закреплённую на эмоционально-энергетическом и телесном уровне. Самоидентификация - это большой труд души. Дети не рождаются чистой доской, объектом для воспитания. Они продолжают эволюционный ряд предков. Это означает, что в их бессознательном сохраняется память о нерешённых их предками психоэмоциональных проблемах. Жизненные программы требуют завершения. Ребёнок перерабатывает полученную по наследству программу и адаптирует её к новым условиям. Их нелегкий труд заслуживает уважения и сочувствия. Однако ребёнок подчинен доминантам взрослых и обусловлен существующим в социуме способом восприятия мира. Обратимся к «вечным вопросам»: можно ли путем наставничества изменить жизненный сценарий, адаптивную стратегию, черты характера, способ поведения, бессознательно переданный по наследству одним из родителей? Может ли ребёнок при мудром наставнике не продолжать, информационно прервать нежелательную эволюционную ветвь? Иными словами, может ли Человек с его разумом постепенно менять менталитет, национальное самосознание, опираясь на гибкий генетический потенциал каждого ребенка?

Общество часто нивелирует личность, настойчиво предлагая принятый способ восприятия мира. В мире взрослых меняется мода на способ восприятия мира: чувственный, мыслительный, абстрактный, интуитивный. В обществе существует запрос на светлую голову, на тонкое восприятие мира, на низкую, примитивную самоорганизацию, на почти сознательный уход в поле бессознательного (водка, наркотики, секс). Вспомним смену социальной моды в веках. Поддерживались рыцарство, стоицизм, романтизм, аскетизм, гедонизм, соборность, товарищество, волчий индивидуализм. Не просто найти однозначную связь между сменой общественно-экономического строя и соразмерностью развития культурного процесса. Играют роль глубокие

процессы национального самосознания. Ребёнок обусловлен существующим в социуме способом восприятия мира.

В человеческом обществе принята *психоэнергетическая* эксплуатация друг друга. Человек подчиняет себе жизненную программу другого человека, чтобы направить его генетическую энергию на службу себе. В семье особенно сильно искушение сильно эксплуатировать и подстраивать под свои интересы жизненную программу ребёнка. Формы такой эксплуатации многолики, а выдумки неисчерпаемы. Взрослый, играя роль ключевой фигуры, может авторитарно внушить ребёнку свои комплексы или воспитать в нём его собственную внимательность и сосредоточенность. Лишь великодушный человек позволит младшему перспективно и опережающее развиваться рядом с ним. *Ребёнку необходим ранний опыт в интерпретации и понимании отношений.*

В связи с засильем абстрактной информации противоречие между логической формой познания и чувственной проникновенностью является для ребёнка неразрешимым противоречием, источником блоков и комплексов. Собственный опыт ребёнка и арсенал освоенных им эмоций ещё не велик. Как мыслят окружающие? Совпадают ли испытываемые чувства его и других людей? Идентификация является сложным процессом. Он может испытывать вину, стыд, сомнения в праве самостоятельно мыслить, чувствовать, ощущать. Работа со звукообразами предоставляет его душевной организации богатый и разнообразный строительный материал. Она даёт ему уверенность в праве по-своему воспринимать мир. Человеку присуще феноменологическое разнообразие: не просто принадлежность к психотипу, но психическая и эмоциональная специфичность в восприятии сигналов и реакции на тончайшие нюансы бытия. По мнению автора, наследуемая адаптивная программа - это способ динамического существования живого организма, имеющего избирательный способ восприятия и переработки информации, индивидуальный способ энергетического существования.

Звуки алфавита включают описание 30 разных состояний. *Сосредоточивая* внимание на переживании образа, состояния и атмосферы звука, мы усиливаем отчетливость восприятия и переживания этого состояния, обучаем физическому действию, как эквиваленту этого психического переживания. Мы работаем с градацией переживаний, предоставляем материал для самопознания. При помощи языковых игр мы лингвистически конструируем реальность, осваиваем программу саморегуляции, формируем базальную систему эмоциональной регуляции. Ребенок качественно осваивает тонкие сигналы и реакции окружающих. В *семантическом* пространстве алфавита он знакомится как с неясными ощущениями, так и с основными цельными, эмо-

ционально завершенными состояниями. Осваивает физиологические пути и психологические приемы достижения аффективно зрелых состояний. Это - этапы формирования знаково-символической системы.

Первым этапом при сотворении стабильного внутреннего образа мира нужны упорядоченные сознанием, системно организованные эмоции и энергии. Придание особой значимости углублению сознания, упорядочиванию жизненных программ в раннем онтогенезе и нацеленность на формирование информационно-эмоциональной языковой системы является особенностью метода целебной психолингвистики. Доступ к жизненным ресурсам возможен, если энергия изначально правильно структурирована, если каждое чувство, каждая эмоция понята полно и зрело, нашли своё место в жизненной личностной программе. Человек может понять то, что он пережил, прочувствовал, ассимилировал собственной логикой, принял как часть жизненной программы. Деятельное знакомство с цельными психоэмоциональными и дыхательно-энергетическими состояниями расцениваются как необходимый минимум при построении многоуровневой базальной системы эмоциональной регуляции. И это первый модельный этап личностного строительства. При этом чувственно-энергетическому моделированию придается смысл, равный ментальному. Овладение знаковой и символической системой в качестве живого явления - важнейшее условие формирования механизма произвольной регуляции психических процессов.

Чтобы понять проблемы детей в психотерапии, нужно договориться о нескольких неоднозначных понятиях.

Выводы

1. Человек получает при рождении генетическую программу жизнеобеспечения с матрицей саморазвития и, прижизненно проверяя эффективность, её структурирует.

2. Модель самообеспечения характеризует избирательность и цельность реагирования. Между абстрактными знаками виртуального мира и их внутренним смыслом стоит живая действительность, проработанная творческим восприятием, принятая душой и телом человека.

3. Сознание человека информационно и эмоционально-энергетически структурировано. Ассимилированный, принятый душой, освоенный структурами саморегуляции знак - звук алфавита языка родной речи несёт концентрированную информацию и противостоит в генетической памяти принятию чуждой, навязанной, непроработанной информации. Суть целебной детской психолингвистики - в осторожном и разумном структурировании сознания при ассимиляции концентрированной информации, которую несут генетически выдержанные звуки алфавита.

4. Детская модель психотерапии это психосемантическая модель игры, наставничества. Психосемантическое моделирование - это уровень работы с духовной реальностью, с глубинным уровнем сознания, с тонкими нюансами душевной организации. Правила работы с детьми: мы работаем с живой, развивающейся системой, соблюдаем принцип экологичности, родственного, комплиментарного воздействия, многоцветности действия, процессуального наблюдения; работаем с субъектом действия на основе диалога, обратной связи; работаем с наследственной адаптивной программой (со структурой идентификации); с эволюционным потенциалом нации; сами получаем удовольствие как участники игры.

Продолжение темы: роль психолингвистики в детской психотерапии

Моя жизнь связана с многолетней практикой работы с детьми, в качестве педиатра, иммунолога, детского и подросткового психотерапевта, врача восстановительного лечения, гомеопата. Большой опыт позволяет судить о наблюдаемой реальности. Детская психотерапия в государственной сети - в поликлиниках и больницах Москвы представлена недостаточно. Один, два, даже пять детских и подростковых психотерапевтов в поликлиниках такого мегаполиса, как Москва - это крайне мало. Большинство подростков и детей уже с 5 лет нуждаются в психопрофилактической и терапевтической помощи. По наблюдению детей мною сделан ряд выводов:

1) в международной статистической классификации органических, психических заболеваний и психоэмоциональных расстройств - широкий перечень рубрик, симптомов, синдромов, признаков (в сумме 242 названия), которые трудно дифференцировать, представляя иерархию целого явления;

2) врач часто наблюдает сложную диагностическую мозаику из органических, врожденных, конституционально обусловленных, приобретенных психологических и личностных характеристик, воспитуемых особенностей коммуникации и социального реагирования;

3) уже в детстве наблюдается дефицитное или невротическое формирование личности (психоэмоциональные блоки с мозаикой проявлений или воспитание внутреннего конфликта, со смысловыми и психогенными причинами);

3) можно перечислять особенности нарушения эмоций и поведения, познавательной сферы, обусловленные минимальной мозговой дисфункцией (ММД), психосоматическими болезнями, реакцией на стрессы, ошибками (дефектами) воспитания, семейным и социальным неблагополучием;

4) чаще у детей наблюдается сочетанное нарушение, полисиндромы с богатейшей симптоматикой: рассеянность внимания, двигательная растор-

моженность, эмоциональная нестабильность, повышенная чувствительность, нарушение процесса за-сыпания, страхи и запинание в речи, неуверенность вперемешку со вспышками раздражения, плаксивость и постоянные вздохи, непроизвольные тики, рассеянное внимание, нарушение дыхательного автоматизма, элективный мутизм как следствие стресса (например - пожар в квартире);

5) чаще детский психотерапевт работает с семьей ребенка. Изучается психологическое положение в семье, жизненный сценарий, проводится анализ отрицательно действующих факторов, неприятие адаптивной программы ребенка ввиду непонимания или пренебрежения к ней;

6) целесообразно индивидуальное обследование здоровья ребенка. Изучается душевная организация, ментальный и эмоциональный интеллект, симптомы развития эмоционально-волевой сферы, вегетативный статус (синдромы гипер- и гиподинамии). При психологическом обследовании внимание обращается на личностные установки, эмоциональные блоки, характер фрустрации, механизмы психологической защиты, способы патологической компенсации;

7) в работе с детьми обязательно клиническое обследование, так как грани между психическим и физическим непрозрачны. Интегральный показатель здоровья, например, *психофизиологический* паттерн дыхания. Слишком часто наблюдаются: потеря автоматизма, затрудненное дыхание, невозможность глубокого дыхательного акта; синдром пустого дыхания, с ощущением нехватки воздуха; непроизвольные вздохи, покашливание, зевота. Это проявления гипервентиляционного синдрома, связанного с вегетативной дисфункцией психогенного характера. Оценивается не только жесткость, мягкость, частота дыхания, но и индивидуальное качество и мелодия его;

8) при наблюдении детей очень важен тест на невербальную коммуникацию. Осанка, жест, пластика, мимика, выражение глаз рисуют психологический портрет ребенка. Обращаем внимание на голос, оцениваем его *нюансы*: силу, теплоту, окраску, обертоны, спокойствие. Замечаем особенности речи: мягкость, энергетическую силу, звучность, модуляции, интонации, спонтанность и легкость смеха. Хрупкость, ломкость, глухость голоса заставляют обратить внимание на качество здоровья;

9) на практике я наблюдаю большую эффективность рисуночного тестирования. В рисунке пациент всегда правдив и открыт. Мы видим изначальность пациента, глубинные чувства, веру, надежду, любовь, видим нравственный и ритмический рисунок системы, весь театр «архетипических фигур» К. Юнга. Рисунок отражает образ, феномен и процесс и эквивалентен многоуровневому *психоаналитическому* исследованию. Используются традиционные модели: дом, дерево, цветок, человек, род-

ная семья, несуществующее животное, семья зверей. Рисунки отражают символику классического психоанализа и ведущие мотивы при эмоциональном переживании (Я.Л. Обухов) Можно установить ведущий *конституционально-психобиологический* тип (по М.Е. Бурно). Необходимо помнить и о феноменологической основе рисуночного тестирования. Можно оценить: интеллектуальную и эмоциональную специфичность, наблюдать жизненный сценарий, значимые отношения в семье, подсознательные запреты, фиксированные эмоциональные установки, тематические специфические блоки, внутренние конфликты, специфичность фрустрирующей ситуации, значимые отношения в семье, развивающиеся тенденции, механизмы психологической защиты. *Рисунок эффективен при контроле динамики состояния, полезен в оценке жизненной силы в качестве интегрального показателя. Играть роль, как символические детали, так и семантическое поле рисунка.* Рисунок несёт концентрированную информацию. Проведение теста требует предварительного создания атмосферы доверия, вовлеченности, эмпатии;

10) в оценке состояния эффективны разные психологические тесты. Мною используется цветовой личностный тест Люшера, тест оценки эмоциональной сферы по Л.П. Стрелковой, ориентированный на изучение *нюансов* состояния. Интересен тест на степень развития самосознания, проводимый путем самооценки (поставить себя на ступени лестницы);

11) постоянный материал для анализа даёт процессуальное наблюдение. На занятиях постепенно и последовательно раскрываются все звукообразы, воспроизводятся разные и полярные сменяющиеся состояния. Ведущий наблюдает за степенью активности, игровой включенностью, насыщенностью звукового исполнения, правильностью артикуляции, пластикой и ритмами. У него в арсенале смена звукообразов, работа с разными физиологическими системами и навыками саморегуляции;

12) результаты проделанной автором практической работы изложены частично в опубликованном в Интернете описании изобретения, приложенном к патенту № 2215475 от 04.01 2002 г. и в книге «Искусство творческого самосознания», вышедшей в 2002 году.

Эффективность работы оценивалась по клинической оценке динамики психического, эмоционального, физиологического состояния, неврологическому статусу, функциональным и психологическим тестам. Принималась во внимание частота заболеваемости и характер течения болезни. Заметно изменение поведения детей (уверенность, коммуникабельность) и характер отношений в семье.

Хочу отметить, что дети – «благодарный материал» в работе с ними. Реально наблюдаешь результаты. Светлеет лицом, теряет застывшую, маскообразную мимику лица, охотно вступает в разговор мальчик с мутизмом. Заметно успокаивается девоч-

ка с вздохами и страхами. С приобретением навыков здоровой саморегуляции уходят тики, мышечные зажимы, дыхательные пароксизмы, крепнет голос ребенка (взятого из приюта). Интересно наблюдать за восприятием метода детьми разных национальностей (русские, армяне, азербайджанцы). Занятия, в их творческой настроенности, были одинаково интересны им (подобно сказке) и эффективны. Метод имеет мощный тренирующий потенциал: тренинг эмоциональных, энергетических, физических структур организма. Я наблюдала интересную работу по моему методу (психолингвистика плюс *ушу*) в детском саду развития личности ребенка в городе Сочи (работа стационарно ведется на протяжении 15 лет). Эффективность работы с детьми аутичными, с гиперреактивностью, синдромом дефицита внимания отмечают в ЦПМСС в г. Фили. В отделении социальной реабилитации инвалидов ГУ КЦСО тонко и эффективно работала с пациентами после инфарктов и инсультов, с *артрозами*, астено-невротическими расстройствами С. Галустьян, используя преимущественно *звукообразную* дыхательную гимнастику. Используется сочетание творческой целебной психолингвистики с другими методами: психозливацией, психокатализом, психодрамой, трансактным анализом.

Методические положения детской гимнастики саморегуляции

1. Соответствие мысленного представления и энергетического ощущения, когда обсуждаются: звукообраз, эмоциональное восприятие, желательный эффект.

2. Смысловое соответствие звука, движения и типа дыхания.

3. Психологическое, сенсорно-кинестическое, физиологическое восприятие звуков алфавита.

4. Свобода, мягкость, округлость, энергоемкость аутентичных движений.

5. Вибрационный массаж внутренних органов тела, рук, ног, головы, носоглотки как составной элемент.

6. Использование ритмизированных элементов в слове, звуке, движении, дыхании.

7. Восстановление автоматизма экономного естественного дыхания. Воспитание ощущения гармонии своего дыхания и навыка использования его мелодии в разных ситуациях:

- естественного, форсированного, ритмического, малого;
- тонкого, плавного, незаметного;
- очищающего, вентилирующего, с сопротивлением, расслабляющего, с длительным, углубленным выдохом волной, «дыханием по кругу».

8. Выполнение гимнастики в виде игры:

- а) в активном, ненатянутом действии;
- б) в спокойной обстановке.

9. Эмоциональное выполнение упражнений в хорошем быстром ритме, с обязательной сменой прилагаемых звукообразов, типов дыхания, видов движения.

10. Наряду с звуко-пластической, дыхательно-энергетической, процессуальной гимнастикой используются:

- артикуляционная гимнастика (языка, губ, мимической мускулатуры),
- гимнастика чувств (элементы актерской гимнастики гармонического самосовершенствования),
- элементы восточной гимнастики: цигун, йоги, ушу, ритмической, циклической, кинезиологической гимнастик,
- растяжки, танцевально-песенные и игровые элементы русских народных хороводов,
- элементы вербальной аутогенной тренировки с использованием образов, биоэнергетического тренинга, релаксационных упражнений.

11. Обсуждается специфика и стиль проведения языковых игр в работе с детьми. Использование на одном занятии не более 7-9-11 звуков по возрастам, обновляя и по разному группируя их. Использование 4-5 элементов озвученной цигун-гимнастики, 5-7 асан йоги за 1 занятие. Продолжительность занятия не более 20 минут для дошкольников, 30 минут для школьников.

12. Проработана техника занятий, сочетаемость и приемлемость упражнений для детского возраста. Первая часть занятия - разминка, создание игровой творческой атмосферы. Основная часть - работа со звукообразами, включающая ролевые игры, с изучением множества техник и навыков (дыхательных, релаксационных, творческих, художественных, сенсорных, физвокализных). Включаются соответствующие психо-физические упражнения. Заключительная часть работы - беседа с детьми и родителями.

13. Перед проведением занятий проводится клинико-психологическая диагностика. Она включает: знакомство с ребенком, работу с родителями, проведение функциональных проб, психологических тестов (рисуночное тестирование). Обязательной частью работы является процессуальное наблюдение и коррекция в ходе проведения занятий, применительно к процессу каждого ребенка.

Предварительная подготовка психотерапевта

Важным элементом методики является большая дополнительная, предваряющая занятия работа психотерапевта по изучению всех деталей её проведения. В число умений, знаний и навыков входят:

- умение быть искренним, спонтанным, творческим, быть собой;
- проработка артикуляции, дыхательной основы каждого звука алфавита, процесса его естественного физиологического проведения;

- собственное психоэмоциональное восприятие сущности звука; освоение основных принципов, художественных и технических способов развертывания ритмического, звуко-пластического действия;
- осознание сути творческого игрового состояния сознания, умение индуцировать активно действующую атмосферу занятия;
- изучение структуры звукообразов, познание их природной основы; изучение базовых игровых образов звука, их цветового, сущностного, психоэмоционального восприятия, артикуляции, мимики, типа звукового дыхания;
- умение контролировать процесс, оценивать состояние пациента по воспроизведению разных звукообразов; различать эмоциональные блоки, направлять тренировочный процесс в нужное русло; использовать многие элементы, входящие в арсенал гимнастики саморегуляции;
- владение основами дыхательных гимнастик и комплиментарной дыхательной психотехникой;
- изучить и прочувствовать способ не директивного участия терапевта в процессе, в качестве Ключевой фигуры и участника игры; не теряясь во многих интересных технических элементах, помнить о смысловом значении и цели психотерапевтического процесса, направленного на творческое самопознание, раскрытие сознания, структурирование внутренней реальности.

Этапность создания и самоосознание метода творческой целебной эко-психолингвистики

Опыт убедил меня, что каждый новый метод-это развивающаяся субстанция. Кроме собственно понятийной и терминологической сложности знакомства с новым материалом, играет роль постепенность *самоосознания* метода: путь осознания автором его задач, целей, возможностей, перспектив.

1. Практическая и эвристическая разработка звуковой дыхательно-энергетической гимнастики саморегуляции (ЗДЭГС) в сотрудничестве с детьми детского сада (3-6 лет). Внимание направлено на звукообразующий комплекс, сенсорное восприятие звукообразов, эмоциональную, дыхательную, фонационную сферы, осознанность и синергизм движения и действия.

2. Осознание жизни знака и звука. Психобиологическое типирование звуков алфавита и создание на их основе дыхательно-энергетических звукообразов (структурно- функциональная модель языковых игр). Соединение биодинамической, сверхчувственной, ментальной ткани для достижения целостного действия.

3. Получение государственного патента на изобретение психотерапевтической звуковой дыхательно-эвритмической гимнастики саморегуляции и способа психофизической тренировки с использованием всех звуков алфавита родной речи (№ 2215475, 2002 г.).

4. Представление международному сообществу, занимающемуся дыхательными психотехнологиями, новой комплиментарной психотехники, основанной на процессуальном звуковом дыхании.

5. Создание на базе языковых игр полимодального эклектического метода консультирования, терапии, наставничества: «психолингвистического метода терапии творческим самосознанием на основе дыхательно-энергетических звукообразов».

6. Соединение способов клинико-аналитического, психологического и психолингвистического анализа, техник психотерапии. Осознание психо-лингвистической принадлежности метода. Освоение категорий и персональных способов работы в семантическом пространстве алфавита.

7. Творческая импровизация в освоении смыслового, семантического пространства алфавита. Освоение способов работы по инициации творческого состояния души, самоорганизации, самосознания.

8. Использование способов психозондирования и процессуального наблюдения при изучении адаптивной стратегии человека и иммунитета личности.

9. Представление ЗДЭГС и психолингвистического метода терапии творческим самосознанием на основе техники работы со звукообразами профессиональному сообществу, его официальное признание ППЛ РФ.

10. Осознание универсальности работы со знаково-символической системой в мире глобальных информационных технологий. Использование элементов методов глубиной психологии, герменевтики, культурологии, фольклорной арттерапии, психодрамы. Работа с коллективным и индивидуальным бессознательным, архетипами, ритуалами, мифами, наследственной адаптивной программой человека.

11. Объединение теории экологии, биосемиотики и психоиммуногенетики. Описание природы внутреннего конфликта эко-личности. Выяснение роли и задач метода в развитии ноосферного, экологического мышления человека в ситуации кризиса цивилизации.

12. Объяснение принципов работы психолингвистического психотерапевта: режиссера в импровизации, Ключевой фигуры, духовного наставника.

13. Практическое применение метода в медицинских, психотерапевтических и детских образовательных учреждениях.

14. Осмысление философии и методических принципов психолингвистической психотерапии и творческой целебной эко-психолингвистики.

Суть диагностической работы в семантическом пространстве алфавита. Процедура психозондирования.

Практически разработанный метод получил дополнительное, значимое теоретическое обоснование при знакомстве с теорией семантических про-

странств и методом психозондирования (МГУ, РУДН). Психолингвистика изучает состояние личности по сформированной языковой системе, представляющей в сознании образ мира человека. Основным её методом является психосемантический анализ, дающий доступ к подсознанию.

Экспериментальная психолингвистика разработала методологию построения субъективных семантических пространств как моделей категориальных структур при изучении индивидуального и общественного сознания. Автор её, В.Ф. Петренко пишет (1988): «Семантическое пространство это совокупность определенным образом организованных признаков, описывающих и дифференцирующих объекты (значения) некоторой содержательной области. Очевидные признаки группируются в более емкие категории (исходный алфавит семантического пространства). Это - смысловое поле, в котором открывается субъективный мир, когнитивный стиль. Это позволяет исследовать категории и структуры индивидуального сознания, моделировать систему восприятия, представления, значения субъекта. Семантические категории отражают обобщенные формы значений».

В 1997 году в Российском Университете дружбы народов (РУДН) была создана первая в мире кафедра психоэкологии, изучающая поведение и состояние человека как информационной системы в информационной среде обитания, с целью защиты его сознания от бесконтрольного введения искаженной, патогенной информации. Для измерения психической деятельности предложено воздействовать на психику по типу функциональной пробы, оперируя семантическим инструментарием. На работе в построенном семантическом пространстве *основан предложенный кафедрой метод психозондирования* (И.В. Смирнов, 2003). *Алгоритм психозондирования включает: неосознаваемое предъявление тестируемых стимулов ниже порога осознания, анализ наблюдаемых, но неосознаваемых человеком реакций, изучение системы восприятия и предпочтений (эмоции, поведение, вегетативные тесты).*

1. Готовится семантическая база данных, перечень исследуемых на субъективную значимость тем, отражающих разные сферы жизнедеятельности. *Подбирается* набор значимых семантических стимулов-сигналов, свойства которых себе представляют. Исключается предписанное восприятие стимулов и способа реагирования. 2. *Изучается реакция* человека на эти сигналы (и стоящие за ними ассоциации): события, явления, персоны, мотивы. Диагностическая задача состоит в том, чтобы, выявив высокую субъективную значимость сигналов, составить представления об иерархии, понять взаимосвязь выявленных значимых семантических сфер, создать карту семантических сфер - карту душевной жизни.

В пределах метода целебной психолингвистики мы работаем в индивидуальном семантическом про-

странстве алфавита. Звукообразы – это живая модель субъективного семантического пространства. Обращаясь к семантической памяти при представлении всех звуков алфавита, структурные звукообразы рассматривают дифференцированные признаки явлений, что позволяет наблюдать и описывать особенности индивидуального опыта. Рассмотрим порядок действия. 1. Клиент (пациент) получает задание сформировать мыслеформу на основе звукообраза. Одновременно действует произносимый звук - семантический сигнал, по функциональному действию ниже порога сознания. Звук рожден определенной атмосферой, ситуацией звукообраза. 2. Активизируется ассоциативно-образная память. В структурах подсознания возникают изменения, которые проявляются в виде определенных реакций, способов и стиля поведения. 2. Зная смысловое содержание комплексного сигнала и отслеживая в нюансах ответ системы на него, мы можем сделать вывод о качестве системы, её предпочтениях. Оцениваем восприимчивость, быстроту, силу, активность, полноту реагирования. Рассматриваем подвижность, точность, цельность, синхронность действия. Изучаем индивидуальную реакцию на актуальные чувства, эмоции, мысли, ощущения, на волнующие ситуации и ассоциации, «пристрастие сознания». Рассматривая систему как модель, мы оцениваем не только вход и выход информации (сигнал - поведенческая реакция), но и промежуточные стадии самоизменения.

Глоссирование термина

Автор имел немало трудностей при идентификации метода и предложении краткого его названия. Темой не является обсуждение отличия его от методов терапии творческим самовыражением, от эмоционально-образной терапии, фольклорной арт-терапии, нейролингвистического программирования (НЛП), процессуальной, духовной, экзистенциальной терапии, трансактным анализом, экологической, квантовой психологии, символдрамы, культурологи, коучинга, с которыми он имеет общие корни.

Исходя из экологической трактовки модели самоорганизации человека, энергия внимания-осознания направлена на творческое самоосознание себя человеком. Психолингвистическая психотерапия, работающая в области вербальной и невербальной коммуникации, имеет свой язык описания субъективного опыта человека и отличающийся порядок организации компонентов системы. Её философия позволяет говорить скорее не о «программировании», а о «психо-иммуно-лингвистическом структурировании» жизненных программ живой системы. Философией названы специфические признаки живого: одушевленность, историчность, целостность, континуальность (А.В. Олескин, 1991). Данные о самоорганизации высокоорганизованной

человеческой биозкосистемы используются в психолингвистической терапии.

Позвольте обсудить правомерность термина «целебная творческая психолингвистика» исходя из значения слов. Целебный означает «врачующий, лечебный, действующий исцеляющее, живительный, благотворный, животворящий». Слово творческий означает «созидательный, самостоятельный, оригинальный, создающий новые по замыслу культурные или материальные ценности» (Большой толковый словарь Д.Н.Ушакова, 1955).

Остановимся далее на описании двух важных слагаемых метода: новой дыхательной психотехнологии и процессе творческого самосознания.

Дыхательные техники и психотехнологии

Одно поколение людей, дышащих правильно, возродило бы расу.

Хазрат Инайят Хан

С процессом дыхания связаны все жизнеобеспечивающие функции. Дыхание связано с движением энергии: мобилизацией, концентрацией, обменом, перераспределением ее по системам. Автоматическая функция дыхания в экологически неблагоприятных условиях неустойчива. Дыхание является единственной вегетативной функцией, поддающейся сознательной регуляции.

С древних времен дыхательному процессу уделялось большое внимание в школах духовного самосовершенствования. Восточные методики йоги и цигун-гимнастики, имеющие тысячелетний опыт, основаны на методах обучения самоуправлению и самопознанию в действиях, направляемых воображаемым образом. В гимнастике Цигун связаны, как единое действие, направляющее энергетический поток - природный образ, плавное, малое, незаметное дыхание и движение. Школа йоги разработала учение о всеобщем начале энергии. Дыхание - жизненный ток праны, насыщенной идеями и мыслями человека.

Европейцы используют многие дыхательные техники. В трансперсональной психологии известен способ холотропного дыхания, предложенный *С. Гроффом*. Посредством глубокого интенсивного дыхания достигается измененное состояние сознания с целью проникновения в его глубину бессознательного и снятия негативной перинатальной матрицы. В России известны парадоксальная дыхательная гимнастика *А. Стрельниковой*, волевое управление дыханием *К. Бутейко*, техника свободного дыхания, с интеграцией телесного, ментального, эмоционального опыта (*М. Молоканов, С. Всехсвятский, В. Козлов*), энергосенсорные дыхательные психотехнологии (*В. Тонков, А. Захаревич*).

Дыхательные психотехнологии, как новое направление психотерапии в конце XX века, относятся к классу интегративно-развивающих мето-

дов, ориентированных на внимание к объединяющему всё жизненному процессу. Целью является углубление самосознания, расширение границ восприятия реальности, повышение энергетических возможностей организма и психики, получение нового опыта саморегуляции, проработка психофизиологических проблем, восстановление эффективной адаптации, формирование ресурсной метапозиции.

*В дыхательных психотехнологиях существует разделение методик. Есть методики более жёсткие - революционные, ориентированные на быстрое изменение состояния сознания. Другая группа условно эволюционных дыхательных гимнастик основана на чувственном основании и самосознании на основе получения духовных навыков и развития гибкости души. К ним относятся ребефинг, вайвешн и комплиментарная психотехнология, описанная ниже. При осознанном целостном дыхании внимание фиксируется на чувстве блаженства от дыхания, на доверии производимому действию - «экстаз дыхания». Глубинный эффект дыхательных психотехнологий этого типа кажется смутным, неявным, но задача и состоит в том, чтобы скрытое в глубине сделать осознаваемым. Для расширения сознания «должен быть пройден цикл Дыхания, Концентрации, Осознания, Любви и Расслабления» (*Л. Опп, С. Рэй, Д. Леонард, Ф. Лаут, К.П. Сайссон*). Методику «Пробуждение души голосом» практикует *К. Шелде*.*

Комплиментарная дыхательная психотехнология

Предложен способ управления дыхательным процессом на основе произносимых звуков и воображаемых звукообразов и преобразования его путем специальных упражнений по художественной, психофизической проработке звукообразов.

Среди оздоровительных навыков наиболее важным является обучение регуляции дыхания. Все известные дыхательные гимнастики основаны на немногих базовых элементах - затруднении, замедлении, задержке, сдерживании глубины и силы либо форсировании, углублении дыхания, изменении ритма дыхания и поверхностном дыхании.

В процессе обучения дыхательной гимнастике есть важный смысловой аспект - дыхание поддается регуляции, но бесперспективно освоение его пластики в качестве чисто технического навыка. Если внимание сосредоточено на сознательном усилии, то теряется естественная синхронность сопрягаемых дыханием внутренних процессов.

Обучение дыхательной гимнастике эффективнее в измененном созерцательном, спокойно-сосредоточенном, творчески углубленном состоянии сознания.

Проработан на практике опыт качественного изменения дыхания в живой атмосфере звукообразов. Освоены в процессе тренировки специфические типы звукового дыхания, созданные на основе

алфавита родного языка, связанные с особенностями артикуляции. Выяснена связь эмоций, ощущений, движений с дыхательным процессом. Изучен опыт связи дыхания и звуковых вибраций, опыт медитации на дыхании.

Рабочие этапы: 1. Дыхательный процесс формируют под влиянием ментальных и эмоциональных состояний, переживаемых при воспроизведении природных и игровых звукообразов. 2. Процесс инициируется произнесением звуков алфавита родной речи. Звуки алфавита - естественный фактор для инициации и направления дыхательного процесса, без привлечения искусственных задержек и затруднений. Мы проявляем осознанное внимание к функциональным элементам речевого дыхания: деталям артикуляции и звукообразования. 3. Используются общепринятые элементы дыхательной практики и нюансы дыхательного процесса, возникающие при зарождении, формировании, проведении, качественном насыщении звуков. Мы можем войти в ритм дыхания спокойного грудного или активного удлиненного, продолженного; с варьирующим по интенсивности выдохом с сопротивлением; пассивным тонко вибрирующим долгим выдохом; мягким плавным, тонким выдохом ровной струей; единым сильным диафрагмальным выдохом; ступенчатым форсированным вдохом и выдохом. Это может быть короткий активный вдох носом, толчкообразный выдох, малое, трепетное дыхание с ненапряженной задержкой на вдохе, тонизирующее, расслабляющее дыхание. Внимание для разных звукообразов сосредоточено на вдохе – выдохе, паузах, ритмике, силе, насыщенности дыхания; успокоении, умиротворении, сдерживании, направлении, освобождении дыхательного процесса. 4. Ритм внутреннего действия и осознанного движения (психологический жест) соотносятся с дыхательным процессом. В ответ на стимул (мыслеформу), под влиянием внутреннего чувства, мы меняем темпо-ритм, упругую силу дыхания, интенсивность, плавность, направление дыхательного потока, его глубину и протяженность, энергетическую насыщенность.

На практике освоен, осознан и типирован способ дыхания каждого звука. Особенность данной дыхательной психотехнологии состоит в техническом освоении индивидуальной мелодии и всей гаммы дыхания при посредстве сенсорной и функциональной проработки и воспроизведении звуков и звукообразов. Звуковая мозаика алфавита позволяет использовать практически все возможные формы дыхательного действия.

В предложенной автором «комплиментарной дыхательной психотехнологии» дыхание является осознанным проводником сквозного действия. Прослеживается связь дыхания, сознания, энергий. Дыхание включено в срединную систему проводников процесса: мыслеформа - атмосфера – ритм – дыхание – движение – энергетика – эмоции - об-

раз- сознание. Постигается оно словно незаметно, на уровне подсознательного внутреннего действия, под контролем ощущения. Тип дыхания соответствует психическому состоянию, физическому действию и движению, отражая и выражая сквозное, комплиментарное действие. Внимание уделяется синхронности сопрягаемых дыханием внутренних психоэнергетических процессов.

Мелодия дыхания индивидуальна как отпечатки пальцев. Овладение дыханием является кратчайшим путем к освоению техники саморегуляции. Система дыхания функционирует как инструмент тонкой регуляции и способствует жизнеобеспечению по принципам максимальной энергетической эффективности. Мы обращаемся к разным типам дыхания, а разное дыхание влечёт за собой разные способы выработки энергии в организме. Согласно теории интенций, тип цитохимической реакции в клетке - пути окисления углеводов разной энергоёмкости и тип патологической реакции организма в ответ на внешние раздражители ориентировочно связаны. Дыхательный процесс - наиболее эффективное средство, усиливающее движение энергии и распределение её по системам. Тонкое управление дыхательным процессом даёт возможность восстановления способа наиболее эффективного дыхания при адаптации.

Дыхание многолико и связано с разной степенью самосознания, самовоплощения, самовыражения. Психотренирующая основа метода во многом связана с обучением нюансам течения дыхательного процесса. При составлении живой азбуки природных психологических, эмоциональных, духовных состояний мы обращаемся к тонким дыхательным импровизациям, имеющим место в естественных условиях.

Жизненные наблюдения подтверждают опыт синергетического действия: соответствия качества дыхания и состояния сознания. Психофизиологические особенности дыхания легко представить метафорически: дыхание веселого воробья, парящего орла, взлетающей ласточки. Возьмем другой ряд: дыхание тучи, леса, бескрайней равнины, обжигающей пустыни, дыхание времени, «старины глубокой». Легко представить сладкое дыхание спящего ребенка, сильное дыхание влюбленного, прерывистое дыхание обиженного человека, спокойное дыхание горца, устойчивое дыхание пахаря.

Тип дыхания соответствует психическому состоянию, физическому действию и движению, отражая и выражая сквозное комплиментарное действие. Дыхание – это процесс, согласующий все жизненные функции. Каждый человек имеет свой тип дыхания, что зависит от мироощущения, психического состояния, эмоциональной устойчивости, степени чистоты организма. Наблюдение качественной мелодии дыхания соотносимо с наблюдением качества пульса. Пульс может быть тонкий, быстрый, спокойный, мягкий, сильный и т.д. Естествен-

ное дыхание может быть глубоким, долгим, тонким, мягким, беззвучным, ровным, жестким, шумным, что наблюдается на практике. В естественном свободном, процессуально сопряженном дыхании содержится большой потенциал самооздоровления. Владея дыханием, мы владеем всем богатством мира: оживляем мозг, психику, активируем тело.

В методике органично используются озвученные автором упражнения цигун-гимнастики, техники пранаямы йоги, техники энергетического дыхания суфиев. Данная методика является экологически чистой, развивающий потенциал личности.

Дыхательные типы звукообразов (в качестве примера)

Автором разработаны дыхательные типы звукообразов для всех звуков алфавита.

Звук А - радостное, глубокое, наполненное жизнью, насыщенное, грудное дыхание. Такой тип дыхания соответствует состоянию открытости, эмоциональной вовлеченности.

Звук Б - неспешное, спокойное, сосредоточенное, волевое дыхание, выполняемое как серия коротких диафрагмальных выдохов. Это дыхание соответствует активно выполняемому действию.

Звук В - волнуемое дыхание, длительный варьирующий по силе выдох с сопротивлением. Такое дыхание соответствует состоянию созерцания и глубокого раздумья.

Звук Г - стремительное дыхание, сильный направленный диафрагмальный выдох. Дыхание соответствует быстрому, энергоемкому, направленному действию- движению.

Звук Д - ритмизирующее, ступенчатое, диафрагмальное дыхание. Оно сосредотачивает внимание на балансе внутренних и внешних ритмов, позволяет проникнуться ими.

Звук Ж - выдох с сопротивлением и вибрацией. Учит дозировать напряжение, не отдаваясь впечатлению непосредственно.

Звук З - тонкое незаметное воздушное дыхание, пассивный, тонко вибрирующий, затяжной выдох. Этот вид дыхания соответствует состоянию глубокого удовлетворения, расслабления, отдыха душевного и физического.

Звук И - выдох смеха, раскачивающий и дружелюбный, переполняющий чувствами изнутри. Дыхание исполняется как серия дрожащих в смехе, синхронных движению выдохов.

Звук К - малое дыхание, растянутая фаза задержки незаметного внутреннего выдоха (успокаивающий эффект) и т.д.

Целебная сила творческого состояния сознания

Условием работы описанного метода является оздоровительное погружение в творческое со-

стояние сознания, как в человеческий план существования. Психотерапия много работает с измененными состояниями сознания. Для контакта с глубинным уровнем бессознательного человека могут погружать в гипнотическое, трансовое, медитативное, молитвенное состояние сознания. По сравнению с суженным *сознанием*, менее изучено расширенное, творчески измененное состояние сознания, которое отличается внутренней активностью, интеграцией внутренних процессов. В настоящее время обсуждается вопрос о творческом состоянии души, инструментах его развития в творческом процессе, особенностях творческой личности, творческом акте как имманентно присущем человеку качестве. С точки зрения экологии - творческая поисковая активность включает человека в процесс самоидентификации, построения образа мира и внутренней информационной упорядоченности.

По определению автора, творческое состояние сознания - это состояние созерцательности, сосредоточенности, ненапряженного внимания, психологической открытости, максимальной эффективности и пластичности жизненных энергетических процессов. В нём возможно осознание полноты жизни и работы с сигналами, организующими доступ в подсознание, к матрице долговременной семантической памяти. С ним связано развитие самосознания.

Рассмотрим способы его достижения для людей науки и искусства. *Творцу в науке* нужны: профессиональная подготовка, жгучая заинтересованность (интеллектуальная и эмоциональная) в предмете анализа; душевно наполненное спокойствие, необусловленная любовь к миру; определенное состояние пустоты в голове (освобождается место для ассимиляции нового знания); расслабленность, отсутствие физического напряжения. Не случайно многие открытия делаются во сне, видимо, при соединении, взаимном проникновении всех уровней сознания. Работает не только голова, но и сердце. Информация ассимилируется, пропускается через весь организм, накладывается на систему собственных ценностей.

Актёр-психолог М. Чехов в начале XX века методически проработал вопрос о способах включения творческого процесса - «внутренней технике» актёра. Творческий акт в душе подобен акту рождения человека. Художник должен «обсемениться темой», которая растёт и развивается в подсознании непрерывно. В период вынашивания темы нужна «душевная гигиена» и особая душевная техника, позволяющая уйти от штампов. Душу можно увлечь, ей нельзя приказывать. Творческие чувства способна пробудить захватывающая *атмосфера*, которая описана как объединяющее *действие*, процесс рождения внутренней динамики, пробуждения творческой активности. Им указаны важные элементы творческого состояния, техники развития гибко-

сти души. *Интерес, внимание и сосредоточенность* дают ясность и отчётливость восприятия. *Сила воображения* включает ум, волю, тело в процесс творчества. *Упражнения на внимание и воображение* вырабатывают внутреннюю гибкость. *Способность к фантазии* заключается в комбинировании материала общечеловеческих образов, соединению, разъединению, сочетанию. Чтобы использовать богатство фантазии, в душе должны быть *вера и наивность*, которые взрослому человеку надо воспитывать долгими упражнениями, как и развитие внимания. В акте душевной жизни участвуют разум, чувства и воля.

Совершенство творческую природу, мы способствуем внутренней перестройке, расширяем горизонты личности. *Возможно ли, воспитать творческую личность?* Ребёнок интуитивно творчески воспринимает мир, но с возрастным переключением интересов чаще теряет эту способность. В своём родительском состоянии он ориентируется на социальную организацию и адаптацию к ней. Во взрослом состоянии человек сохраняет критичность и самобытность устоявшихся привычек. Взрослое состояние - по замыслу личностное, интегративное состояние самосознания. Оно смыкается с детским состоянием, при условии его воспитания.

Первыми при личностном становлении индивидуума формируются структура и механизмы базальной системы эмоциональной регуляции. Психологами изучена координированная, иерархически организованная уровневая структура базальной аффективной организации. Разные уровни решают качественно различные задачи адаптации. Закономерно развиваясь в условиях единой системы регуляции, базальные уровни в каждом отдельном случае составляют акценты вклада в эмоциональную адаптацию, создавая типичную для каждого человека манеру эмоциональных взаимоотношений с миром (эмоциональную индивидуальность) (В.В. Лебединский, О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг, 1990). В онтогенезе порядок включения уровней закономерно связан с психофизическим созреванием ребёнка и усложнением контактов с миром, с витальными стимулами ситуации. В процессе аффективной смысловой адаптации первым формируется полевой механизм, доверительный уровень пассивной адаптации к меняющемуся миру. Интенсивность психологического поля влияет в дальнейшем на поддержание психической активности и выбор жизненной позиции. Второй уровень - уровень организации впечатлений, сенсорной избирательности, регуляции ритмически организованных соматических процессов, выработки стереотипов. *Третий уровень - уровень экспансии* оценивает силу воздействия объекта на среду и вырабатывает основу притязаний субъекта, аффективное самоощущение допустимости желаемых реакций. *Четвёртый уровень - уровень эмпатии* эмоционально упорядочивает

впечатления и фиксирует предпочтительные формы контакта с окружающим миром, отражающие опыт других людей, формирует культурные психотехнические приемы, способность к сопереживанию. Эти механизмы обеспечивают уровень избирательности и целенаправленности поведения, необходимый уровень стеничности, аффективного тонуса. Социально-личностное становление является продолжением процессов раннего развития эмоциональной сферы.

Освоение человеком знаково-символической, информационно-эмоциональной языковой системы сопряжено с лингвистическим конструированием реальности - творческим поиском и становлением в онтогенезе образа мира и себя в нём.

Создать мыслеформу - значит прочувствовать её атмосферу и функционально правильно воспроизвести состояние. Отработав и ассимилировав детали, вернуться к полученному ранее опыту в общении с этой формой-картиной, хранящимся в памяти, символом - в коллективном бессознательном. Далее устанавливается критерий значимости данного знака - образа-состояния в системе жизненных ценностей и структуре адаптации личности.

В творческой психолингвистике рассматривается структурный и функциональный путь достижения зрелого аффекта: звуковой импульс (семантический сигнал) → восприятие → создание мысленного звукообраза → энергетическое ощущение состояния → психоэмоциональное чувство → опосредующее состояние дыхательного действия → пластическое мышечное движение → произвольная мимика → точная артикуляция, интонация голоса → цельность состояния.

Углубленному осознанию себя способствует опыт переживания разных психоэмоциональных состояний при воплощении звукообразов в живом действии. Метод открывает для нас нашу природу, позволяет овладеть основополагающими силами творческой природы. Ввиду внимания к тонким, трудноуловимым сигналам содержание бессознательного становится доступным сознанию. Самосознание повышается путём знакомства со смысловым регистром звуков, гаммой воспроизводимых на его основе психологических, дыхательно-энергетических, эмоциональных, умственных, физических состояний. Процессуальная игра с образом звука включает структурированные упражнения, на основе которых можно избирательно акцентировать и дозировать внимание на множестве тонких эмоциональных переживаний и поведенческих нюансов, строить структуру системы эмоциональной регуляции, осваивать культурно-эстетические, психотехнические, поведенческие навыки. В творческом состоянии сознания задействованы все функции психики: чувство и мысль, интуиция и ощущение. *Человек прорабатывает соответствие своего образа - образу мира на протяжении всей жизни.* В центре человеческой природы - его способность к творче-

ству. Работа со звукообразами развивает образное мышление, активизирует оздоровительный процесс. Проработанный образ раскрывает затаенные желания, замыслы, пробуждает эмоции, чувства. Личностная самоидентификация, культура сознания связаны с творческим изучением смысловой и активизирующей сущности языка родной речи. *Творческое состояние целебно само по себе. Оно даёт отчетливое, ясное восприятие полноты жизни, освобождает от обусловленностей.*

О природе творчества много спорят. Творческое состояние представляют: мистическим; генетическим определенным; вдохновляющим и оздоровляющим; разрушительным для личности и вызывающим катарсис.

В России широко известен метод творческого самовыражения, предложенный психотерапевтом М.Е. Бурно (1990). Метод включает 2 составных элемента. В организованном дискурсе обсуждается состояние сознания, душевная организация пациентов. Обсуждение проводится методами клинической психотерапии. Оценки соотносятся с типологическими, характерологическими особенностями душевного склада. Пациентам, в созданной доверительной атмосфере, предлагают выразить себя в творческом действии (рисование, фотография, поэзия, музыка, сценическое чтение). Целительным является самопознание и переживание вдохновения «с осознанием смысла, любви, цели своей жизни».

К. Юнг использовал творческий принцип амплификации. Он изучал описанные им в теории множественные части личности и сводил психические данные к такому положению, когда выражение знания, значения станет максимально полным и насыщенным. Им качественно дифференцированы психологические уровни развития личности, «которая погружена в пространство культурных, символических и исторических процессов». Заложены основы имагогики, активного переживания образов.

Творческий принцип лежит в природной основе природы человека. А.А. Налчаджян уточняет, что высокая творческая активность обусловлена природными и развитыми в онтогенезе способностями; потребностью в самовыражении, саморазвитии, самопознании и в сублимации; наличием подсознательно образованных концептуальных и образных содержаний, находящихся в динамическом состоянии и ищущих выхода в сферу сознания в практической деятельности» (2005 г.). Творение мира продолжается. Человек в постоянном самоопределении творит себя, работая с динамической структурой сознания и жизненной программой. Его психобиологическая система обладает избирательностью, поисковой активностью, энергетической гибкостью, долговременной памятью.

(Продолжение следует)

Список использованной литературы:

1. Александров В.В. Интеллект и компьютер, С-Пб «Анатолия» 2004.
2. Бердяев Н.А. Судьба России М., ООО изд. АСТ, 2004.
3. Бердийяр Ж. Симулякры и симуляция» Екатеринбург, изд. Уральского университета, 1996.
4. Бурно М.Е. Психотерапия творческим самовыражением. – М.: Медицина, 1990.
5. Витгенштейн Л. Логико-философский трактат. – М.: Наука, 1958.
6. Выготский Л.С. Мышление и речь. Избранные психологические исследования. - М.: Смысл, 1956.
7. Владыка Николай Сербский, М., изд. Русско-сербское братство, 2003.
8. Волински С. Квантовое сознание, 1997.
9. Грязнов А.Ф. Философские идеи Л. Витгенштейна. - НИИ Философии РАН, 1996.
10. Дарстотов С. О дороге, знаках, звуках, символах, смысле и значении, М., изд. «Академия тринитаризма», 2007.
11. Журавлев А.П. Звук и смысл. - М., «Просвящение», 1981.
12. Калина Н.Ф. Анализ дискурса в психотерапии. Журнал «Практическая психология и психоанализ», № 3, 2003.
13. Кассирер Э. Философия символических форм, М., «Прогресс» 1988, СПб., Университетская книга, 2001.
14. Лебединский В.В., Никольская О.С. и др. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. - М.: изд. МГУ, 1990.
15. Леонтьев А.Н. Деятельность, сознание, личность, М., Смысл, 2005.
16. Леонтьев А.А. Основы психолингвистики. – М.: Смысл, 1997.
17. Линде Н.Д. Эмоционально-образная терапия. – М.: Московский гуманитарный университет, 2004.
18. Лурия А.Р. Язык и сознание. - Ростов-на-Дону: изд. Феникс, 1998.
19. Макаров В.В. Избранные лекции. - М.: изд. Академический проект, 2000.
20. Минделл Э. Психотерапия как духовная практика. - М.: «Фирма Класс», 1997.
21. Моисеев Н.Н. Современный антропогенез и цивилизационные разломы. М.. МНЭТУ, 1994.
22. Морозов А. Курс энциклопедии оккультизма. - Киев, 1994.
23. Морозов В.П. Невербальная коммуникация в системе речевого общения. Психофизиологические и психоакустические основы. – М.: ИПРАН, 1998.

-
-
24. Назарова Л.Д. Фольклорная арттерапия. – С-Пб: изд. «Речь», 2002.
 25. Обухов Я.Л. Символодрама. - М., 1997.
 26. Осгуд Ч. Психолингвистическое исследование в терминах теории информации, связанные с новыми методическими схемами анализа человеческого общения. – 1921.
 27. Оленева В.Е. «Самоорганизация в природе и обществе», С-Пб., Институт внешнеэкономических связей, экономики и права, 2006.
 28. Олескин А.В. Основные научные подходы к живой природе, М. «Наука», 1991.
 29. Панарин А.С. «Православная цивилизация в глобальном мире», М. «Алгоритм», 2002.
 30. Парсонс С. Культурология, XX век? Энциклопедия, С-Пб., «Университетская книга», -1998.
 31. Петренко В.Ф. Основы психосемантики. – Смоленск: СГУ, 1997.
 32. Петренко В.Ф. Исследование структуры значения на вербальном и образном уровнях. – М., 1997.
 33. Петренко В.Ф. Психосемантика сознания // Автореферат докторской диссертации. – М.: МГУ, 1988.
 34. Платов А. Славянские руны. - М.: Гелиос, 2001.
 35. Попов А.В. Вестник З.О.Ж. 323 №23 - 2006.
 36. Привалова И.В. Языковое сознание, этнокультурная маркированность. – М., 2006.
 37. Рамачарака. Наука о дыхании индийских йогов. - С-Пб., 1916.
 38. Реймерс Н.Ф. Экология. - М., «Россия молодая» - 1994.
 39. Рубинштейн С.Л. Бытие и сознание. – М., 1957.
 40. Ф. де Соссюр Курс общей психолингвистики Екатеринбург, изд. Уральского университета, 1999.
 41. Семенова А.И. Жизненный принцип организма. - М.: «Знак» - 1995.
 42. Семенова А.И. Искусство творческого самосознания. Звуковая дыхательно-эвритмическая гимнастика саморегуляции. – М.: Макс-пресс, - 2002.
 43. Семенова А.И. От эволюционной иммунологии к гомеопатическому психоанализу. – М.: Макс-пресс, 2004.
 44. Силантьева И.И., Клименко Ю.Г. Актер и его alter ego. – М.: «Дом Грааль», - 2005.
 45. Тимофеев - Ресовский Н.В. Воспоминания. М.: «Вариус», - 2008.
 46. Тимофеев - Ресовский Н.В., Яблоков А.В., Глотов Н.В. Очерки учения о популяции, М.:Наука, - 1973.
 47. Уоли Р. Основания духовности. – М., 2000.
 48. Уайт М. Карты нарративной практики. Введение в нарративную терапию, М.: Генезис, 2010.
 49. Филичева Т.Б., Чевелева Н.А. Основы логопедии. - М.: «Просвещение», - 1989.
 50. М.В. Фомичева Воспитание у детей прав произношения, М. «Просвящение», - 1989.
 51. Фопель К. Как научить детей сотрудничать. - М.: Генезис, - 1998.
 52. Хазрат Инайят Хан. Мистицизм звука. – М.: Сфера, - 1998.
 53. Хиллман Д. Архетипическая психология. - С-Пб: изд. ТОО «БСК», - 1996.
 54. Хромов Л.Н. Искусство рекламы глазами психофизиолога.
 55. Чехов М. Об искусстве актера. – М.: «Искусство», - 1986.
 56. Штейнер Р. Эвритмия как видимая речь. – М., - 1927.
 57. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия, М. «Прогресс», - 2000.

ВОПРОСЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДЕЕСПОСОБНОСТИ В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ

А.А. Терлоев

Вопросы недееспособности изучаются в течение многих лет научными сотрудниками Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского в Российской Федерации (Горин В.В., Васюков С.А., Яхимович Л.А., Левин В.М., Дмитриева Т.Б., Харитонов Н.К., Иммерман К.Л., Королева Е.В., Шостакович Б.В.). Эта проблема изучается и в Республике Казахстан (Базарбаева Л.Е., Бакирова С.С., Бульвахтер А.Я., Губашев М.Ш., Сейсебаева Г.Т.).

При вынесении решения о недееспособности этими авторами разрабатывались критерии неде-

еспособности лиц, страдающих различными психическими расстройствами. Однако в нашей республике до сего времени не разрабатывались критерии по восстановлению дееспособности лица, ранее признанного судом недееспособным. Надо отметить, что эта норма предусмотрена законодательством. Особенно актуальна данная проблема в настоящее время, в связи с новыми возможностями по улучшению качества жизни лиц с психическими расстройствами, с их дальнейшей социальной адаптацией.

Гражданским процессуальным законодательством установлен специальный порядок признания судом гражданина/гражданки недееспособным в целях обеспечения социально-правовой защиты данного лица и членов его семьи. Согласно Гражданскому процессуальному кодексу РК (ГПК РК) (статьи 302-307), порядок признания лица недееспособным строго регламентирован, в этом случае обязательно проведение судебно-психиатрической экспертизы. Так, в ГПК РК определено, что дело о признании гражданина недееспособным вследствие психического расстройства может быть возбуждено на основании заявления членов его семьи, близких родственников (родителей, детей, братьев, сестер), органа опеки и попечительства, психиатрического и психоневрологического учреждения. Следовательно, круг лиц при подаче заявления о признании гражданина/гражданки недееспособным лицом, достаточно ограничен. Проведение подобного вида экспертизы с решением вопроса о том, может ли данный гражданин/гражданка понимать значение своих действий или руководить ими и необходимости наложения опеки часто выносится при амбулаторной судебно-психиатрической экспертизе и в редких случаях - при заочном освидетельствовании.

При вынесении решения о недееспособности того или иного лица с одной стороны решаются вопросы защиты прав граждан, страдающих психическими расстройствами, но с другой стороны это приводит к ущемлению их прав, лишая возможности распоряжаться своим имуществом, а также в случае принудительного их оформления в психоневрологический интернат. В действующем законодательном акте четко указано, что судебное заседание проводится с участием самого гражданина/гражданки, заявителя, прокурора, представителя органа опеки и попечительства. Гражданин/гражданка, в отношении которого рассматривается дело о признании его недееспособным, должен быть вызван в судебное заседание, если это возможно по состоянию его здоровья (ст. 306 ч. 2 ГПК РК). Однако данный пункт, по результатам нашей практики, не всегда соблюдается судебными органами, так как суд не всегда ставит вопрос об участии гражданина/гражданки в судебном заседании при лишении его дееспособности. По нашему мнению, это имеет существенное значение по каждому отдельному делу при рассмотрении вопроса по существу и предоставлении каждому гражданину/гражданке возможности самому защищать свои права. Надо отметить, экспертам психиатрам и составу суда известно, что критерии невозможности понимать значения своих действий и руководить ими у гражданина/гражданки, и критерии его невозможности участия в судебном заседании различны.

Как показала практика судебно-психиатрической экспертизы по гражданским делам, вопросы о вос-

становлении дееспособности рассматриваются редко. Законом предусмотрено восстановление дееспособности, если отпадают основания, в силу которых гражданин/гражданка был признан недееспособным (ст. 26 ч. 3 ГК РК). В этих случаях не всегда интересы опекаемых совпадают с интересами опекунов, что затрудняет инициацию процесса о признании недееспособным гражданина/гражданки, даже если отпали основания в настоящее время признаков его недееспособности. Для экспертов-психиатров в основе решения восстановления дееспособности должны лежать критерии стойкой компенсации психических расстройств, достаточный стабильный уровень социальной адаптации при отсутствии экзогенных вредностей. В действительности же больные в нашей стране, и по наблюдениям из нашей практики, выбирают совместно с врачами-психиатрами общего профиля долгий путь по снятию психиатрического диагноза через организационно-консультативные комиссии различных уровней. При должном уровне юридической консультации все эти вопросы необходимо было бы решать, назначив амбулаторную судебно-психиатрическую экспертизу по гражданскому процессу. Кроме того, необходимо отметить, что разработка критериев по снятию недееспособности с лиц, ранее страдавших теми или иными психическими расстройствами, в нашей стране не проводилась, и она требует своего тщательного изучения.

В нашей психиатрической практике только с 2007 года появились заявления от граждан, которые пытались восстановить дееспособность путём первоначального снятия психиатрического диагноза и диспансерного наблюдения, и лишь в 5 случаях граждане предприняли попытку сделать это через суд. Причем, из них в 2 случаях дееспособность граждан была восстановлена судом после проведения амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы. На амбулаторной судебно-психиатрической экспертизе в обоих случаях были установлены умеренно выраженные изменения личности по органическому типу со сглаживанием и компенсацией эмоционально-волевых и интеллектуально-мнестических расстройств и отсутствием психотической симптоматики на протяжении длительного времени. Данное диагностическое заключение подкреплялось сведениями из материалов гражданского дела о восстановлении социальной адаптации этих лиц (обслуживание себя, поддержание адекватных отношений с родными, участие в домашней работе и т.д.).

Таким образом, восстановление дееспособности граждан является важнейшим фактором изменения социально-правового статуса лица с психическими расстройствами. Это способствует разрешению у них психотравмирующей ситуации с устранением явлений госпитализма и, соответственно улучшению их психического состояния, а также социальной реабилитации.

Список использованной литературы:

1. Базарбаева Л.Е., Бакирова С.С., Бульвахтер А.Я., Губашев М.Ш., Сейсебаева Г.Т. *Аспекты посмертных судебно-психиатрических экспертиз // Материалы III съезда психиатров, психотерапевтов, наркологов и медицинских психологов Республики Казахстан (10-11 сентября 2009 г.) – Алматы, 2009. - С. 212.*
2. Горинев В.В., Васюков С.А., Яхимович Л.А., Левин В.М. *Проблема недееспособности и судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе // Актуальные проблемы общей и судебной психиатрии – М., 1993. – С. 32-39.*
3. *Гражданский процессуальный Кодекс Республики Казахстан – Алматы, 2002. - 134 с.*
4. Дмитриева Т.Б., Харитоновна Н.К., Иммерман К.Л., Королева Е.В. *Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе. - СПб., 2003.-246 с.*
5. Шостакович Б.В. *Актуальные проблемы судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе // Судебно-психиатрическая экспертиза (вопросы дееспособности психически больных) – М., 1980. - С. 3-10.*

ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

О.В. Тюменцева, Т.П. Ершова, А.Е. Жанарбаева

Психотерапия - это система лечебного воздействия на больного, опосредованная через психическую сферу.

В 1818 году J. Heinroth предложил термин «психосоматика», который объяснял многие соматические болезни как психогенные, прежде всего в этическом аспекте. Он рассматривал причины туберкулёза, эпилепсии и рака, как результат переживания чувства злости и стыда, а особенно – сексуальных страданий. Через 10 лет М. Якоби ввёл понятие «соматопсихическое» как противоположное и, в тоже время, дополняющее по отношению к «психосоматическому». Лишь столетие спустя термин «психосоматика» был введён во врачебный лексикон (F. Deutsch, 1922).

Понятие «психосоматика» включает в себя целый ряд содержательных феноменов, которые невозможно объяснить какой-либо одной формулировкой, но следует выделять два аспекта психосоматическую медицину и психосоматическое заболевание.

J. van. Drimmelen-Krabbe (1997) отмечает термин «психосоматический», не используется в обозначениях категорий в МКБ-10 в связи с различием его значений в различных языках и психиатрических школах, а также потому, что использование этого термина может указывать на то, что психологический фактор не играет никакой роли в возникновении, течении и исходе других заболеваний, в которых, этот термин не применен.

Расстройства, описанные в других классификациях, могут быть найдены в МКБ-10 в рубриках F45 (соматоформные расстройства), F50 (расстройства аппетита), F52 (сексуальные дисфункции), F54 (психологические и поведенческие факторы, связанные

с расстройствами и болезнями любой рубрики классификации).

При психосоматических заболеваниях выделяют 3 группы симптомов: конверсионные симптомы, функциональные синдромы (органные неврозы), психосоматические заболевания в более узком смысле («классические психосоматозы»).

В настоящее время отмечается внедрение психотерапии в соматическую медицину. Объектом психотерапевтических воздействий становятся различные заболевания, и, прежде всего, так называемые психосоматические расстройства.

Объём форм и методов воздействия, используемых в психотерапии, носит чрезвычайно широкий междисциплинарный характер с использованием медико-биологических, психологических, дидактических и социологических подходов. В клинической практике, как правило, применяются две основные модели.

Медицинская модель - психотерапия представляется как метод лечения, влияющий на состояние и функционирование организма больного в сфере психических и соматических функций.

Психологическая модель - психотерапия представляется как процесс психологической коррекции и обучения.

Направления психосоматической медицины: психоаналитическое, экзистенциальное (антропологическое), теория стресса.

В настоящее время при лечении соматических заболеваний широко применяются различные методы психотерапии: гипнотерапия, аутогенная тренировка, внушение и самовнушение и др. Представленными методами можно воздействовать на психопатологические нарушения - страх, астению, депрессию, ипохондрию, а также на нейровегетативные и нейросома-

тические функционально-динамические расстройства (со стороны сердечно-сосудистой системы (ССС), дыхательной, желудочно-кишечной и других систем). Наиболее эффективным методом психотерапии при лечении психосоматических расстройств явилось развитие различных форм личностно-ориентированной - особенно групповой - психотерапии.

При этом, объектом групповой психотерапии, как и психотерапевтических воздействий в целом, являются психологические факторы патогенеза заболевания (интрапсихический конфликт; механизмы психологической защиты; «внутренняя картина болезни», в том числе патологическая реакция личности на заболевание; система значимых отношений больного, включая нарушенные в результате заболевания социальные связи пациента).

Бронхиальная астма является одним из заболеваний психосоматической патологии. В патогенезе важное значение имеет нервно-психический фактор (зависимость приступов от психоэмоциональных воздействий, времени суток, определенной обстановки и др., т.е. наличие условно-рефлекторного механизма возникновения приступов). Психотерапия при бронхиальной астме показана самостоятельно либо в системе комплексного лечения. Применение гипнотерапии у больных бронхиальной астмой позволило не только подтвердить эффективность этого метода при данном заболевании, но и выработать определенные показания к направлению больных на гипнотерапию:

- 1) отсутствие острых инфекционных процессов в органах дыхания (лечению гипнозом должны подвергаться только те больные, у которых инфекционные очаги ликвидированы, а астматические приступы, тем не менее, продолжают возникать);
- 2) достаточная внушаемость и гипнабельность больного, а также желание лечиться гипнозом;
- 3) отчетливый психический компонент в патогенезе и течении заболевания;
- 4) наличие у больного условно-рефлекторного механизма возникновения повторных приступов.

При бронхиальной астме введение психотерапии в систему лечебно-восстановительных мероприятий способствует не только улучшению состояния больных, но и профилактике рецидивов. Так как восстановление нарушенных отношений пациентов и полноценности их социального функционирования выступает в качестве важного звена предупреждения дистрессов, нередко играющих существенную роль в возникновении и течении бронхиальной астмы. С этой целью применяются различные методы психотерапии: гипнотерапия, аутогенная тренировка, рациональная психотерапия (индивидуальная и в группе пациентов), групповая психотерапия.

Психотерапии при гипертонической болезни посвящено достаточно большое количество работ.

При лечении таких больных с помощью гипнотерапии с уменьшением невротических и неврозоподобных нарушений отмечалось снижение или даже нормализация артериального давления. Необходимо использование длительного лечения.

При лечении гипертонической болезни применяется также метод биологической обратной связи и другие методы релаксации и психологического воздействия. Рассматривая цели и задачи психотерапии при гипертонической болезни, некоторые из видных специалистов в этой области отмечают, что психотерапия при этом не должна ограничиваться освоением лишь методов релаксации, что её следует направлять также на изменение неправильных позиций в отношении больного к разным сферам жизни, используя различные формы групповой психотерапии.

Психотерапия становится существенным компонентом лечения на всех этапах восстановительной терапии пациентов с ишемической болезнью сердца, в том числе постинфарктных больных. Внезапность возникновения болезни и психологическая неподготовленность к ней вызывают панический страх у пациента.

Психотерапия эффективна для системы профилактики ишемической болезни сердца и вторичной профилактики инфаркта миокарда путем преодоления стереотипов поведения и вредных привычек, на значение которых в происхождении этого заболевания указывается в многочисленных исследованиях. Это так называемые факторы риска - поведенческий тип А, курение, избыточная масса тела, гиподинамия и др., для устранения и предупреждения которых используются методы психотерапии: индивидуальные и групповые занятия, направленные на обучение мышечному расслаблению; упражнения на ритмичное дыхание; физические упражнения, способствующие мышечной релаксации, специальные занятия, на которых обсуждаются психологические причины избыточной массы тела, в частности роль эмоциональной напряженности и тревожности, и создается или подкрепляется мотивация для снижения избыточной массы тела.

Во многих литературных источниках описано применение гипнотерапии, аутогенной тренировки, групповой психотерапии и других методов при желудочно-кишечных заболеваниях, прежде всего, при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

В последнее время внимание исследователей все больше привлекают психологические аспекты ревматоидного артрита и *возможность использования психотерапии при этом заболевании и её эффективность*. Известно, что тяжелые стрессовые воздействия сопровождаются подавлением иммунокомпонентной системы, в то время как стабилизация психического состояния приводит к позитивным сдвигам в ней.

В психотерапии ревматоидного артрита применяются методы саморегуляции и различные поведенческие подходы, конечная цель которых сводится к обучению пациентов лучше справляться с болью.

Решающее значение при включении в систему лечения соматических больных приобретает правильное соотношение личностно-ориентированной и симптоматической психотерапии, определение целей, задач и выбор конкретных психотерапевтических техник с учетом соотношения клинических, психофизиологических и психологических механизмов психосоматического расстройства и его специфики на различных этапах лечения.

Классификация психотерапии

По отношению субъекта психотерапии к воздействию: аутопсихотерапия; гетеропсихотерапия.

По типу психокоррекционного воздействия: директивная; недирективная.

По количеству пациентов: индивидуальная; групповая.

По технике применения: суггестивная; рациональная; реконструктивно-личностная; аналитическая; бихевиоральная; когнитивная; экзистенциальная.

Механизмы реализации психотерапии

Цель психотерапии - устранение патологической симптоматики. Она имеет следующие иерархические уровни: психический; неврологический; вегетативный; соматосистемный; соматоорганный.

Сложная структура клинических синдромов, включающая, как правило, симптоматику всех уровней, обусловлена наличием единой интегративной системы психо-нейро-вегето-трофо-соматической регуляции, осуществляемой нервной системой.

Выбор форм и методов психотерапии определяется следующими факторами:

- нозологической принадлежностью патологии для выбора этиопатогенетического воздействия;
- определением личностных особенностей пациента;
- относительным преобладанием какого-либо из уровней симптоматики;
- личностной аутоидентификацией психотерапевта;
- концептуально-методологической основой психотерапевтического направления, определяющего характер корректирующего воздействия.

Воздействие на психическом уровне

Основным воздействием на психическом уровне является *информационное воздействие*, т.е. передача пациенту новой информации или изменение значения уже существующей. Очень важным является *эмоциональное воздействие*, так как при

несовпадении когнитивного и эмоционального восприятия информации она может быть заблокирована или извращена. Конечной целью воздействия на психическом уровне может являться как нивелировка моносимптомов, так и изменение интегративных характеристик личностного реагирования.

Воздействие на психофизиологическом уровне

Основным воздействием на психофизиологическом уровне является сочетанное психофизиологическое воздействие, как правило, на анализаторном уровне, в том числе с использованием принципа обратной связи. Терапевтическое действие реализуется через *рефлекторные, физиологические, поведенческие механизмы*, описанные И.П. Павловым, Ч.С. Шеррингтоном, Б.Ф. Скиннером.

Воздействие на нейровегетативно-соматическом уровне

Основным воздействием на нейровегетативно-соматическом уровне является *рефлекторно-соматогенное* воздействие, как правило, с эмоциональным подкреплением, носящее тренировочный характер. При этом используется физическое воздействие на рефлекторные точки, зоны, части тела, системы (мышечная, дыхательная, сердечно-сосудистая и др.).

В процессе психотерапии соматических больных, как правило, комбинируются индивидуальные и групповые занятия. По наиболее распространенной методике курс лечения состоит из 10–12 групповых занятий, которые проводятся 3–4 раза на неделю в открытых смешанных психотерапевтических группах по 10–12 человек, и 4–5 индивидуальных сеансов, длительностью по 55–65 минут.

Список использованной литературы:

1. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. *Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. / Пер. с немец. Г.А. Обухова, А.В. Брунека; Предисловие В.Г. Остроглазова.* – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.
2. Гарбузов В.И. *Концепция инстинктов и психосоматическая патология. (Наднозологическая диагностика и терапия психосоматических заболеваний и неврозов)* – СПб.: СОТИС, 1999. – 320 с.
3. Смулевич А.Б. *Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи) // Психиатрия и психофармакотерапия.* – 2000. – Т.2.
4. Тарнавский Ю.Б. *Под маской телесного недуга.* – М.: Знание, 1990. – 64 с. – (Новое в жизни, науке, технике. Серия «Медицина»; № 3).
5. Тополянский В.Д., Струковская М.В. *Психосоматические расстройства.* – М.: Медицина, 1986. – 384 с.

НАРУШЕНИЕ ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ (литературный обзор)

Л.М. Устинова

г. Астана

Во многих современных научных исследованиях широко представлены происхождение и клиника резидуально-органических, нервно-психических расстройств у детей (К.А. Семенова, С.А. Бортфельд, Л.О. Бадалян, Т.Г. Шамарина, Е.Г. Сологубова и др.). Однако направленность этих трудов большей частью касается проблем этиологии и патогенеза детского церебрального паралича (ДЦП).

Вопрос нарушения питания у детей с тяжелой неврологической патологией в отечественной литературе в основном рассматривается как результат нарушения внутренних процессов организма [4]. Исследования возможных нарушений непосредственного процесса потребления пищи и его последствий у детей с неврологическими нарушениями, в целом и детально, не рассматривался отечественными исследователями.

Правильное питание и кормление для детей с тяжелой физической и умственной инвалидностью является жизненно важными. По оценкам исследователей, нарушение питания является основной причиной смерти детей в возрасте до 5 лет в 49% случаев (ВОЗ, 1998). Недостаточность питания является результатом неадекватного приема пищи в качественном и количественном отношении, а также патологических процессов. Факторы, влияющие на питание и заболеваемость, многообразны по своей природе и включают:

- отсутствие информации и образования;
- низкий уровень помощи матери и ребенку;
- недостаточность обеспечения населения продовольственными продуктами и неправильное распределение пищи в семье;
- недостаточный доступ к медицинскому обслуживанию, водным и санитарным ресурсам на уровне семьи, а так же социальные причины.

Недостаточность человеческих и организационных ресурсов является одним из основных социальных причин неправильного питания (ЮНИСЕФ, 1990) [1].

Особое внимание представляет собой категория детей, страдающих тяжелой инвалидизирующей патологией нервной системы. У них наблюдаются затруднения процесса обработки пищи в полости рта и глотания ввиду наличия у них общих нарушений регуляции двигательной сферы, патологии мышечного тонуса, координации движений, а так же нарушение оро motorной функции [2]. По данным Peterson & Palmer проблемы нарушения потребления питания и общего нутритивного статуса влияют на заболеваемость и смертность детей с тяжелыми

формами ДЦП [3]. Ранее вопрос распространенности нарушения роста у детей и недостаточности питания (нутритивный дефицит) у детей с инвалидностью был изучен во многих исследованиях. Имеющиеся данные предполагают, что одна треть (13%-52%) таких детей страдают значительными нарушениями питания [5, 6, 7, 8, 9]. В большинстве этих исследований отставание в росте было тесно ассоциировано с неадекватным приемом пищи в результате неспособности самостоятельно принимать пищу, а также наличия у данной категории детей оро motorной дисфункции.

Многими работами подтверждается важность исследования оро motorных нарушений (ОМН) в связи с их влиянием на течение и исходы неврологического заболевания [10]. Диагностика ОМН может иметь большое значение в раннем выявлении тяжелой инвалидизирующей патологии со стороны нервной системы. Такие ОМН как, к примеру, нарушения произношения и выговаривания звуков, дисфункция моторики языка, губ, гортани могут быть одними из наиболее выраженных клинических признаков мозжечковых опухолей [11]; краниофарингомы [12]; бокового амиотрофического склероза [13], таких хромосомных нарушений как синдромы Дауна и Уиллмса [14], билатеральной центральной макрогирией [15]. Оро motorные дисфункции в факторном анализе значимости в нейроанатомической и клинической картине такой аномалии развития мозга, как голопроэнцефалия занимают 3 место по значимости [16]. По данным Allen M., Capute A. оценка оро motorной функции у недоношенных детей, как одного из критериев неонатального нейроонтогенетического обследования, может быть предиктором нейромоторного исхода младенца к концу 12 месяца [17]. Исследователи Love R.J., Hagerman E.L., Taimi E.G. оценили адекватность процесса потребления пищи (откусывания, пережевывания, сосания и глотания) и наличие либо отсутствие рефлексов врожденного орального автоматизма у детей с ДЦП. Отмечается прямая взаимосвязь между оптимизацией питания и более высоким уровнем общего развития речи и артикулярной компетентности. Авторы подтверждают важность широкого применения улучшающих питание мероприятий для улучшения нутритивного статуса пациентов с ДЦП, и при этом не находят поддержки мероприятий, подавляющие патологическую рефлекторную активность [18].

Часто спастические формы ДЦП по данным F. Miller & S.J. Vachrach, особенно тетраплегии, сочетаются с бульбарными и псевдобульбарными рас-

стройствами [2]. В результате этого, у многих детей имеют место толчкообразные движения языком в сочетании с тоническим спазмированным укусом. Таким образом, когда ребенку что-либо попадает в ротовую полость, челюсти смыкаются в спазме и язык пытается вытолкнуть пищу наружу вместо того, чтобы продвигать ее в глотку. Вышеперечисленные факторы затрудняют адекватное питание ребенка и воспаление питательными ингредиентами. Процесс потребления пищи может затягиваться на часы, при этом большее количество пищи так и не достигает желудка. Псевдобульбарные (бульбарные) нарушения могут также вызвать проблемы гигиены полости рта, что может привести к кариесу и заболеванию десен. Заболевания полости рта могут вызвать болевую реакцию при жевании и обработки пищи в полости рта, что, по сути, усугубляет нарушение процесса пищеварения. Кроме того, многие дети с ДЦП часто страдают нарушениями развития зубной эмали, что ещё больше затрудняет пережевывание пищи [19]. Другим ведущим механизмом развития ОМН является нарушение центральной регуляции оромооторной зоны [20]. Согласно исследованию Deonna T. с соавторами, ОМН могут быть результатом нарушения центрального механизма регуляции, как, например, у детей с эпилепсией при возникновении переднего оперкулярного синдрома, полиморфные пароксизмы вовлекают мускулатуру артикулярной и оромооторной зоны. В результате у ребенка возникают как нелингвистические, так и лингвистические ОМН [21].

В исследовании, проведенном в 1996 г. Dahi с соавторами, наблюдались 49 детей с ДЦП в возрасте от 12 до 72 месяцев, и было выявлено, что у более чем 90% наблюдаемых детей клинически наблюдались оромооторные дисфункции. У данной группы детей наблюдались проблемы с сосанием (57%), глотанием (38%) [19].

Одним из симптомов оромооторной дисфункции часто является слюнотечение, как проявление нейрогенеративных расстройств, что приводит к стойкой стигматизации, а также осложняется психосоциальным фактором [22]. Был исследован механизм чрезмерного слюнотечения путем измерения давления в полости рта в процессе сосания и пропульсивные этапы глотания маленьких порций слюны. Слюнотечение ассоциируется с абнормальным актом глотания жидкости, расположенной на языке и вызывающей недостаточное смыкание губ во время проглатывания, низким давлением во время глотания и временной задержкой между глотанием и язычковым толчком [22, 23]. Лечение слюнотечения имеет в арсенале медикаментозный подход (антихолинергические препараты), поведенческую психотерапию и хирургическое лечение [24].

Проведенный обзор исследователями Sankar S., Mundkur N. включает определение, классификацию, этиологию и раннюю диагностику ДЦП, где они от-

мечают, что ДЦП часто ассоциируется с различными дефицитарными состояниями, одними из которых являются оромооторные дисфункции. Исследователи рекомендуют детям с ДЦП проводить тщательное обследование, направленное на выявление вышеуказанных ассоциативных нарушений с целью планирования и проведения адекватной программы раннего вмешательства [25].

Ряд исследований проведен в 1992 г. Waterman с соавторами. Взаимосвязь между тяжестью ДЦП и уровнем дисфагии и/или другим оромооторным нарушением была выявлена четко. Исследование включало 56 детей с ДЦП. Было обнаружено, что 15 детей (27%) имели признаки дисфагии, а 44 ребёнка (78%) страдали значительной степенью слюнотечения [26]. Анализ анкет более чем 12 000 респондентов в рамках широкомасштабного анкетирования в Великобритании организацией Family Fund показал что дети, имеющие значительные двигательные нарушения и рожденные после 1983 года, в 97% случаев имели речевые нарушения, отмечалось наличие трудностей при кормлении той или иной степени (Lawton, 1997) [27]. Касательно последствий трудностей кормления - необходимо отметить фактор затраты времени на кормление ухаживающим лицом. Исследование Johnson and Deitz (1985) показало что в среднем матери детей инвалидов тратят 3,5 часа на кормление в сутки, что в сравнении с затратами на кормление детей без инвалидности в 4,4 раза больше; некоторые матери тратили более чем 7,5 часов в сутки, пытаясь накормить своих детей инвалидов [28]. Исследователи Reilly S., Skuse D., Poblete X. также считают, что оромооторные нарушения требуют от ухаживающего лица уделять большее количество времени процессу кормления. Некоторые дети не достигают достаточного потребления пищи в случае, когда выделяется ограниченное время на процесс кормления [29].

Таким образом, даже длительный промежуток времени, затраченный на кормление ребенка со значительными неврологическими нарушениями, не компенсирует нарушение питания, и часто такие дети недоедают [30]. В результате субоптимального питания возникают осложнения со стороны других органов и систем. В дополнение к линейным показателям веса и роста у них наблюдается снижение мышечной силы [31] и, как результат, снижение эффективности работы дыхательной системы, снижение кашлевого рефлекса и предрасположенность к аспирационной пневмонии [32]. Субоптимальное питание может вызвать снижение циркуляции крови, что клинически проявляется холодными и мраморными периферическими конечностями, истощенными мышцами, что часто может быть. Нарушения со стороны иммунной системы являются вторичными по отношению к нарушению питания и предрасполагают данную категорию пациентов к инфекционным заболеваниям, в частности легким и

мочевыводящих путей. В дальнейшем процесс заживления пролежней задерживается у детей с нарушениями питания. В свете вышеописанных последствий, очевидным центральным звеном является наблюдение за детьми с неврологической инвалидностью. Недостаток питания ассоциируется со снижением церебральных функций [33], с возможным усугублением уже имеющейся неврологической симптоматики. Хронический недостаток питания может ассоциироваться с усиливающейся раздражительностью, снижением мотивации и энергичности, необходимой для каждодневной активности, такой как игра, процедуры реабилитации [34]. Значительный прогресс в развитии был показан у детей после улучшения статуса питания [35]. Ранее отставание в росте и недостаток питания были приняты как неизбежные не корригируемые последствия ДЦП. Однако доказано, что недостаток питания часто является поправимым для детей с ДЦП [34, 36]. Было доказано, что даже простое повышение каллоража принимаемой пищи является достаточно эффективной мерой для последующего наблюдения роста массы тела у детей с инвалидностью и затруднениями кормления [37].

Patrick с соавторами не только продемонстрировал, что у детей с ДЦП истощение поправимо, но и то, что коррекция статуса питания ассоциируется с улучшениями неврологической сферы, и именно снижением спастичности мышц и улучшение в эмоциональной сфере [34]. Кроме того, Sanders с соавторами заметил, что чем раньше произвести адекватную коррекцию статуса питания у детей с ДЦП, тем раньше наступает его восстановление [36].

Особый интерес представляет исследование проведенное Sullivan с соавторами - Оксфордское пищевое исследование. Данное исследование является самой большой эпидемиологической работой за последние 8 лет, в которой были изучены нарушения питания и кормления у детей с инвалидностью. Целью исследования являлось определить распространенность и тяжесть нарушений питания и кормления у детей с неврологическими нарушениями в определенном географическом регионе, а так же продемонстрировать, что трудности, связанные с кормлением у детей с неврологическими нарушениями, являются распространенным явлением, недостаточно признанным и осознанным, что приводит к значительному дистрессу, влияющему как на детей, так и на ухаживающий за ними контингент [27]. Результаты данного исследования показывают значительную корреляцию между степенью тяжес-

ти неврологических нарушений и статуса питания и процесса кормления.

Огромный интерес представляет так же влияние психоэмоциональных факторов процесса кормления на его эффективность. В Англии было проведено проспективное исследование на 923 детей первых 13 месяцев жизни. Работа показала, что чрезмерная стимуляция кормления со стороны матери может вызвать обратный эффект. Отсутствие психоэмоциональной стимуляции как в процессе кормления, так и в целом, может привести к неэффективности питания [38]. Одним из наиболее применяемых способов вмешательства в процесс нарушения питания ОМН у детей с неврологическими нарушениями является питание через прямую гастростомию. Это позволяет улучшить нутритивный статус ребенка с ДЦП [39]. Данный вид вмешательства является надежным способом введения лекарств. Это позволяет повысить качество жизни, как ребенка, так и всей семьи в большинстве случаев [40]. Однако остается неизвестным насколько питание через прямую гастростомию влияет на развитие и исходы недостаточности питания или на аспирационную пневмонию, а так же отдаленные последствия.

В настоящее время распространенность ДЦП составляет около 2 случаев на 1000 живорожденных младенцев, а среди детей, родившихся недоношенными и маловесными, уровень составляет 50-60 детей на 1000, а у 25% недоношенных детей, родившихся в сроке гестации до 28 недель, есть вероятность развития тяжелой инвалидности [41]. Учитывая совокупность с наблюдающимся ростом продолжительности жизни у детей с ДЦП, который достигает по данным некоторых авторов до 30 лет в 87% случаев [42], каждый врач первого звена встретится с подобными пациентами. По данным F. Miller & S.J. Bachrach, основной причиной смерти у детей с ДЦП является аспирационная пневмония.

Таким образом, проблемы нарушения питания и кормления влияют на показатели смертности при тяжелых формах ДЦП [3]. Нарушение питания и кормления у детей с неврологическими нарушениями являются сложной, требующей изучения проблемой, в особенности принимая во внимание факт того, что наблюдается рост заболеваемости ДЦП. Результаты данных исследований имеют практическое значение, в частности для врачей первого звена, с целью улучшения качества жизни и социального функционирования детей с тяжелой физической и умственной инвалидностью, как категории социально незащищенных слоев населения.

Список использованной литературы:

1. Human Development Network, Health Nutrition and Population Series. PROSPECTS FOR Improving Nutrition in Eastern Europe and Central Asia by Claudia Roks, HDNHE, Rae Galloway, HDNHE, Lynn Brown, RDV. The World Bank, Washington, D.C.
2. Freeman Miller, Steven J. Bachrach Cerebral Palsy // Complete Guide for Caregivers. – John Hopkins University Press. – P.70.

-
-
3. Petersen, MC, Palmer, FB *Advances in prevention and treatment of cerebral palsy // Ment Retard Dev Disabil Res Rev.* – 2001.
 4. Шабалов Н.П. *Детские болезни.* - 1.-1 С. 201 – 207.
 5. Hammond MI, Lewis MN, Johnson EW *A nutritional study of cerebral palsied children // Journal of the American Dietetic Association,* 1966. – P. 196 – 201.
 6. Roberts GE, Clayton BE *Some findings arising out of a survey of mentally retarded children // Part II: Physical growth and development. Developmental Medicine & Child Neurology,* 1969. – P. 584.
 7. Wallace HM *Nutrition and handicapped children // Journal of the American Dietetic Association,* 1972. – P.33.
 8. Palmer S, Thompcon RJr, Linscheid TR. *Applied behaviour analysis in the treatment of childhood feeding problems // Developmental Medicine & Child Neurology.* – 1975. – P.9.
 9. A, Kase BF, Larsen S, Riis G *Feeding problems, height and weight in different groups of disabled children // Acta Paediatrica Scandinavica,* 1991. – P. 33.
 10. Morgan A, Ward E, Murdoch B. *Head Trauma Rehabil Clinical characteristics of acute dysphagia in pediatric patients following traumatic brain injury.* – 2004. – P.40.
 11. Cornwell PL, Murdoch BE, Ward EC, Kellie S *Perceptual evaluation of motor speech following treatment for childhood cerebellar tumour.* – *Clin Linguist Phon.* 2003. – P. 597 – 615.
 12. Ku PK, Yuen EH, Cheung DM, Chan BY, Ahuja A, Leung SF, Tong MC, van Hasselt A. *Laryngoscope Early swallowing problems in a cohort of patients with nasopharyngeal carcinoma // Symptomatology and videofluoroscopic findings.* 2007. – P. 6.
 13. Robert D, Binco – Blache A, Spezza C, Verschueren A, Pouget J, Giovanni A. *Rev Neurol Assessment of dysarthria and dysarthria and dysphagia in ALS patients.* Paris. 2006. – P.53.
 14. Trauner DA, Bellugi U, Chase C *Neurologic features of Williams and Down syndromes // Pediatr Neurol.* – 1989. – P.8.
 15. Kuzniecky R, Andermann F, Tampieri D, Melanson D. *Ann Neurol.* 1989. – P.54.
 16. Hahn JS, Barkovich AJ, Stashinko EE, Kinsman SL, Clegg N. *Factor analysis of neuroanatomical and clinical characteristics of holoprosencephaly // J Brain Dev. Epub* 2006. – P.9.
 17. Allen MC, Capute A *Pediatrics // Johns Hopkins Hospital, Baltimore,* 1989. – P.498-506.
 18. Love RJ, Hagerman EL, Taimi EG *Speech performance, dysphagia and oral reflexes in cerebral palsy // J. Speech Hear Disord.* 1980. – P. 59-75.
 19. Dahl M, Thommessen M, Rasmussen M, Selberg T *Feeding and nutritional characteristics in children with moderate or severe cerebral palsy.* 1996.
 20. Gestreau C, Dutschmann M, Obled S, Bianchi AL *Activation of XII motoneurons and premotor neurons during various oropharyngeal behaviors. // Respir Physiol Neurobiol.* – 2005. – P. 149 – 159.
 21. Deonna TW, Roulet E, Fontan D. *Speech and oromotor deficits of epileptic origin in benign partial epilepsy of childhood with rolandic spikes (BPERS) // Neuropediatrics.* – 1993. – P.7.
 22. Lespargot A, Langevin MF, Muller S. *Swallowing disturbances associated with drooling in cerebral-palsied children // Dev Med Child Neurol.* – 1993. – P. 35.
 23. Siegel LK, Klingbeil MA. *Control of drooling with transdermal scopolamine in a child with cerebral palsy // Dev Med Child Neuro.* – 1993. – P.33.
 24. Jongerius PH, van den Hoogen FJ. *Effect botulinum toxin in the treatment of drooling: a controlled clinical trial // Pediatrcs.* – 2004. – P.114.
 25. Sancar C, Mundcur U. *Cerebral palsy-deficition classification, etiology and early diagnosis // Department of Developmental Pediatrics, Bangalore Childrens Hospital, City centre, Bangalore, India. bchrc@vsnl.com*
 26. Waterman E.T., Koltai P.J., Downey J.C. *Swallowing disorder in a population of children with cerebral palsy // International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology.* – 1992. – P.63-71.
 27. Sullivan MA, B Lambert, M Rose *Prevalence and severity of feeding and nutritional problems in children with neurological impairment // Oxford Feeding Study 674 Developmental Medicine & Child Neurology.* – 2000. – P.674 -680.
 28. Johnson CB, Deitz JC *Time use of mothers with preschool children: a pilot study // American Journal of Occupational Therapy.* – 1985. – P.83.
 29. Reilly S, Skuse D, Poblete X. *Prevalence of feeding problems and oral motor dysfunction in children with cerebral palsy: a community survey // J Pediatr.* – 1996. – P.29.
 30. Krick J, Van Duyn MA. *The relationship between oral-motor involvement and growth: a pilot study in a pediatric population with cerebral palsy // Journal of the American Association.* – 1984. – P.9.
 31. Russell DM, Leiter LA, Whitwell J.) *Skeletal muscle function during hypocaloric diets and fasting: a comparison with standard nutritional assessment parameters // American Journal of Clinical Nutrition.* – 1983. – P.8.
-
-

-
-
32. Efthimiou J, Fleming J, Gmes C *The effect of supplementary oral nutrition in poorly nourished patients with chronic obstructive pulmonary disease // American Review of Respiratory Disease.* – 1988. – P.82.
 33. Stoch MB, Smythe PM, Moodie AD *Psycho-social outcome and CT findings after gross undernourishment during infancy: a 20-year developmental study // Developmental Medicine & Child Neurology.* – 1982. – P.36.
 34. Patrick J, Boland M, Stoski D *Rapid correction of wasting in children with cerebral palsy // Developmental Medicine & Child Neurology.* – 1986. – P.9.
 35. Stallings VA, Charney EB, Davies JC.) *Nutrition related growth failure of children with quadriplegic cerebral palsy // Developmental Medicine & Child Neurology.* – 1993. – P.38.
 36. Sanders KD, Cox K, Cannon R. *Growth response to enteral feeding by children with cerebral palsy // Journal of Parenteral and Enteral Nutrition.* – 1990. – P.6.
 37. Evers S, Munoz MA, Vanderkooy P, Jackson S *Nutritional rehabilitation of developmentally disabled residents in a long-term-care facility // Journal of the American Dietetic Association.* – 1991. – P.3.
 38. Wright CM, Parkinson KN, Drawett RF. *Department of Child Health, Glasgow University, Glasgow United Kingdom.* 2006 Apr;1262-9.charlotte.wright@clinmed.gla.ac.uk
 39. Sullivan PB, Juszczak E, Bachlet AM, et al. *Gastrostomy tube feeding in children with cerebral palsy: a prospective, longitudinal study // Dev Med Child Neurol.* – 2005. – P.47 – 77.
 40. Smith SW, Camfield C, Camfield P *Living with cerebral palsy and tube feeding: A population-based follow-up study // J Pediatr.* – 1999. – P. 135.
 41. Tin W, Wariyar U, Hey E *Changing prognosis for babies of less than 28 weeks gestation in the north of England between 1983 and 1994 // British Medical Journal.* – 1997. – P.11.
 42. Crichton JU, Mackinnon M, Whith CP *The life-expectancy of persons with cerebral palsy // Developmental Medicine & Child Neurology.* – 1995. – P.76.
 43. Brant CQ, Stanich P, Ferrari AP Jr. *Improvement of childrens nutritional status after enteral feeding by PEG: an interim report // Gastrointest Endosc.* – 1999. – P. 50 – 83.
 44. Kong CK, Wong HS. *Weight-for-height values and limb anthropometric composition of tube-fed children with quadriplegic cerebral palsy // Pediatrics.* – 2005. – P.116.

РЕЗЮМЕ

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТРЕСС, СОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА. МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ.

А.М. Есеркепова, И.А. Доценко, А.Ж. Кадырова, Б.А. Рахимбаева

В современной медицине раздел психосоматики представляют исследования, освещающие роль стресса в патогенезе соматических заболеваний, связь патохарактерологических и поведенческих особенностей с чувствительностью или устойчивостью к определенным соматическим заболеваниям, зависимость реакции на болезнь от типа личностного склада, влияние некоторых методов лечения на психическое состояние.

Ключевые слова: психиатрия, психосоматика, пограничные состояния, психосоматические заболевания, психосоматические расстройства, возникновение, механизм, формирование, вегетативная нервная система, стресс, патология, болезнь,

ПЕРВИЧНАЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕЛЕРАДИОКОММУНИКАЦИИ

В.В. Титова

В статье рассматривается модель первичной профилактической и консультативной психотерапевтической помощи, реализуемой посредством специализированной телевизионной и радио программы. В 2008 г. на базе Санкт-Петербургского телеканала «ТВ 100» и радио «Балтика» была создана еженедельная программа в прямом эфире телевидения и радио «Час психотерапевта». В рамках программы происходит взаимодействие психотерапевта с телезрителями и радиослушателями, позвонившими на программу и заявившими свою актуальную проблему. Кроме того, у телезрителей есть возможность задать специалисту любой вопрос через SMS-портал (анонимно и бесплатно), телефонного редактора, специально созданный форум на сайте телеканала или по электронной почте. С 2010 г. в структуре программы открыта прямая телефонная «Линия доверия», где ежедневно дежурят психотерапевты и психологи. В целом, реализованная модель социальной психотерапии позволяет охватить широкий сектор населения, а также существенно снизить материальные и временные затраты на оказание первичной психотерапевтической помощи.

Ключевые слова: психотерапия, социальная, первичная, телепрограмма, помощь.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГАЛЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОИДНОГО СИНДРОМА В ПРАКТИКЕ СТАЦИОНАРНОЙ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Н.Н. Логачева

В статье представлена разработка четких критериев дифференциальной диагностики различных нозологических форм галлюцинаторно-параноидного синдрома, имеющая принципиальное значение для судебных экспертов психиатров при решении экспертных вопросов.

ЗАТЯЖНЫЕ ПСИХОГЕННЫЕ ДЕПРЕССИИ В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Ж.С. Татыходжаева

С целью выявления прогностически неблагоприятных факторов, способствующих затяжному течению психогенных депрессий, развивающихся в условиях судебно-следственной ситуации, проведен анализ 22 наблюдений подэкспертных лиц, проходивших стационарную судебно-психиатрическую экспертизу. Установлено, что к предикторам затяжного течения депрессивных расстройств относятся психопатические черты характера и резидуально-органическая недостаточность головного мозга.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДА ШИЗОФРЕНИИ

А.О. Темиргалиев, З.Х. Жанабаева, Ж.А. Молжанова, А.В. Кузнецов

В статье проанализированы клиническая картина, течение и исход наиболее социально значимого психического заболевания – шизофрении.

Ключевые слова: шизофрения, течение, исход.

«ЗАШТОРИВАНИЕ», «МАСКИРОВКА» НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ФИЗИЧЕСКИМИ ИЛИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

А.А. Абетова

В статье обсуждается проблема диссимуляции наркологического заболевания, проводится детальный анализ различных форм отношения больных алкоголизмом и наркоманией к своей болезни.

К ВОПРОСУ ОБ ОСНОВНЫХ ФОРМАХ ПАТОЛОГИИ ЛИЧНОСТИ

А.О. Темиргалиев, З.Х. Жанабаева, Ж.А. Молжанова, А.В. Кузнецов

В статье проанализированы основные формы патологии личности в свете положения о том, что «психические болезни есть болезни личности».

Ключевые слова: личность, патология, расстройство.

ФИЛОСОФИЯ И МЕТОДОЛОГИЯ ПСИХОЛИНГВИСТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

А.И. Семенова

В статье представлены методы звуковой дыхательно-энергетической гимнастики саморегуляции для детей и целебной творческой психолингвистики. Также в статье излагается о направлении психолингвистической психотерапии, теории психоиммуно-системогенеза. В век глобальных информационных технологий, на цивилизационном разломе остро встает вопрос о взаимодействии субъекта, личности с объективно существующей знаково-символической системой, как некой самостоятельной ментальной сущностью. Станет ли её идеей объединение или окончательное разъединение, отчуждение человека от его природы зависит от его воли, мысли, самосознания. Обсуждаются вопросы о методах психолингвистического структурирования внутренней реальности, о путях формирования творческого самосознания, экологического, толерантного мышления.

Ключевые слова: родство, сопричастность, искренность, естественность, спонтанность, восприимчивость, импровизационный тренинг, творческое самосознание, знаково-символическая система, центральные информационные системы организма, психолингвистическое структурирование реальности.

ВОПРОСЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДЕЕСПОСОБНОСТИ В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ

А.А. Терлоев

Вопросы восстановления дееспособности граждан, ранее признанных недееспособными, являются актуальными и требуют своего дальнейшего изучения в Республике Казахстан.

ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

О.В. Тюменцева, Т.П. Ершова, А.Е. Жанарбаева

Роль психотерапии при лечении психосоматических расстройств является одной из важных, широко используемых методов лечения.

Ключевые слова: психиатрия, психосоматика, пограничные состояния, психосоматические заболевания, психосоматические расстройства, психотерапия соматических расстройств.

НАРУШЕНИЕ ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ (литературный обзор)

Л.М. Устинова

В статье представлен ряд исследований, определяющих степень распространенности и тяжести нарушения питания и кормления у детей с тяжелой неврологической патологией в различных географических регионах, а также приведены данные, позволяющие рассмотреть определенные трудности, связанные с кормлением у таких детей. Результаты данных исследований показывают значительную корреляцию между степенью тяжести неврологических нарушений, статусом питания и процессом кормления. Правильное питание и кормление для детей с тяжелой физической и умственной инвалидностью является жизненно важным и имеет практическое значение для улучшения качества жизни и социального функционирования у такой категории детей, требующих особого внимания.

THE SUMMARY

PSYCHOLOGICAL STRESS, SOMATIC DISORDERS. PSYCHOTHERAPY METHODS.

A.M. Eserkepova, I.A. Dotsenko, A.ZH. Kadyrova, B.A. Rahimbaeva

In modern medicine psychosomatic medicine section the researches shining a role of stress in a pathogenesis of somatopathies, communication pathocharacterological and behavioural features with sensitivity or fastness to certain somatopathies represent dependence of reaction to illness on type of a person, influence of some methods of treatment on a mental condition.

Keywords: psychiatry, a psychosomatic medicine, borderline cases, psychosomatic diseases, psychosomatic disorders, occurrence, the mechanism, formation, vegetative nervous system, stress, a pathology, illness.

THE PRIMARY PSYCHOTHERAPEUTIC HELP WITH USE OF TELEVISION AND RADIO COMMUNICATION

V.V. Titova

In V.V. Titova's article the model of the primary preventive and advisory psychotherapeutic aid effected by means of specialized television and a radio programme is considered. Since 2008 on the basis of the St.-Petersburg TV channel «TV 100» and radio «Baltica» the weekly live broadcast programme «Psychotherapist's Hour» has been run. During the programme the psychotherapist interact with the audience who are calling in air and declare their actual problem. Besides, any televiewer has the possibility to ask the expert any question by way of SMS-portal (anonymously and free of charge), or through the telephone moderator, or specially created forum on the site of TV channel or by e-mail. From 2010 the programme structure includes the direct telephone line, «trust line», where psychotherapists and psychologists are daily on duty. As a whole, the realized model of social psychotherapy allows covering the wide range of population sectors as well as lowering material and time expenses for rendering of the primary psychotherapeutic aid essentially.

Keywords: psychotherapy, social, primary, TV programme, aid.

CLINICAL IMPLICATIONS OF A HALLUCINATORY PARANOID SYNDROME IN PRACTICE OF STATIONARY JUDICIAL-PSYCHIATRIC EXAMINATION

N.N. Logachyova

The development of the clear criterion of the differential diagnostics different nosology forms hollucination-paranoia of the syndrome has principle importance for judicial expert psychiatrist at decision of the expert questions.

PROTRACTED PSYCHOGENIC DEPRESSION IN FORENSIC PSYCHIATRIC PRACTICE

J.S. Tatyhodzhaeva

In order to identify adverse prognostic factors contributing to the protracted course of psychogenic depression developing in a forensic investigation of the situation, an analysis of 22 patients podekspertnyh held inpatient forensic psychiatric examination. Established that the predictors for a prolonged duration of depressive disorders are psychopathic traits and residual-organic brain impairment.

CURRENT AND OUTCOME OF SCHIZOPHRENIA

A.O. Temirgaliev, Z.H. Zhanabaeva, Z.A. Molzhanova, A.B. Kuznetsov

In article the clinical picture, a current and an outcome of most socially significant mental disease – schizophrenias are analysed.

Keywords: schizophrenia, a current, an outcome.

«MASKING» OF NARCOLOGICAL ILLNESS BY PHYSICAL OR NEUROLOGIC DISORDERS

A.A. Abetova

Some of the clinic option concisions disturbance at the narcological distortion.

TO A QUESTION ON THE BASIC FORMS OF A PATHOLOGY OF THE PERSON

A.O. Temirgaliev, Z.H. Zhanabaeva, Z.A. Molzhanova, A.B. Kuznetsov

In article the basic forms of a pathology of the person in the light of position that «mental diseases are illnesses of the person» are analysed.

Keywords: the person, a pathology, disorder.

PHILOSOPHY AND METHODOLOGY OF PSYCHOLINGUISTIC PSYCHOTHERAPY

A.I. Semenova

In article methods of sound breath-power gymnastics of self-control for children and curative creative psycholinguistics are presented. Also in article it is stated about a direction of psycholinguistic psychotherapy, the theory of psychoimmuno-systemogenez. In a century of global information technology, on cevilisational break acutely there is a question on interaction of the subject, the person with objectively existing sign-symbolical system, as a certain independent mental essence. Whether there is its idea an association or definitive separation, alienation of the person from its nature depends on its will, thought, consciousness. Questions on methods of psycholinguistic structurization of an internal reality, on ways of formation of creative consciousness, ecological, tolerant thinking are discussed.

Keywords: relationship, participation, sincerity, naturalness, spontaneity, a susceptibility, improvisational training, creative consciousness, sign-symbolical system, organism Central Information Systems, psycholinguistic structurization of a reality.

QUESTIONS OF RESTORATION OF CAPACITY IN CIVIL PROCESS

A.A. Terloev

The questions of the reconstruction to capacity of the people earlier recognized unable to function is actual and require its further study in Republic Kazakhstan

PSYCHOTHERAPY AT SOMATOPATHIES

O.V. Tjumentseva, T.P. Ershova, A.E. Zhanarbaeva

The psychotherapy role at treatment of psychosomatic disorders is one of important, widely used methods of treatment.

Keywords: psychiatry, a psychosomatic medicine, borderline cases, psychosomatic diseases, psychosomatic disorders, psychotherapy of somatic disorders.

DISTURBANCE OF A FOOD AT CHILDREN WITH A SERIOUS NEUROLOGIC PATHOLOGY
(The literary review)

L.M. Ustinova

In article a series of the researches defining degree of prevalence and gravity of disturbance of a food and feeding at children with a serious neurologic pathology in various geographical regions is presented, and also the data is cited, allowing to survey the certain difficulties bound to feeding at such children. Results of the given researches show appreciable correlation between severity level of neurologic disturbances, the status of a food and feeding process. The eutrophy and feeding for children with serious physical and mental physical inability is vital and has practical value for improvement of quality of life and social functioning at such category of children demanding special attention.

БИБЛИОГРАФИЯ К ЖУРНАЛУ «ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ» ЗА 2010 ГОД

Редакторские статьи

- Катков А.Л. Социальные эпидемии (аналитический обзор), Том XVI, № 1, 2010
- Катков А.Л., Ережепов Н.Б. Динамика показателей качества жизни и социального функционирования у зависимых от опиоидов, получающих противорецидивную и поддерживающую терапию после завершения стационарной МСР, Том XVI, № 2, 2010
- Катков А.Л., Ережепов Н.Б. Динамика редукции основных психопатологических синдромов у зависимых от опиоидов, получающих противорецидивную и поддерживающую терапию после завершения амбулаторной МСР, Том XVI, № 2, 2010
- Катков А.Л., Ережепов Н.Б. Экономическая эффективность экспериментальных программ противорецидивной и поддерживающей терапии, Том XVI, № 2, 2010
- Катков А.Л., Иманбеков К.О. Сравнительная динамика основных психопатологических синдромов у зависимых от опиоидов в период прохождения амбулаторной МСР и на этапах формирования ремиссии, Том XVI, № 1, 2010
- Катков А.Л., Иманбеков К.О. Сравнительная динамика формирования ремиссии у зависимых от опиоидов после прохождения амбулаторной МСР, Том XVI, № 1, 2010
- Пак Т.В. Индикаторы реализации Концепции реформирования медицинской науки, Том XVI, № 1, 2010
- Пак Т.В. Основные принципы совершенствования управления медицинской наукой, Том XVI, № 1, 2010

Психотерапия

- Джарбусынова Б.Б., Кудьярова Г.М., Красникова В.С. Применение кетилепта (сероквеля, кветиапина) в условиях психотерапевтического отделения, Том XVI, № 3, 2010
- Есеркепова А.М., Доценко И.А., Кадырова А.Ж., Рахимбаева Б.А. Психологический стресс, соматические расстройства. Методы психотерапии. Том XVI, № 4, 2010
- Катков А.Л. Социальная психотерапия (концепция, метамодел, практика), Том XVI, № 3, 2010
- Катков А.Л., Макаров В.В. Интегративное движение в психотерапии (методология, достижения, перспективы), Том XVI, № 3, 2010
- Нургазина А.З. Особенности психотерапии шизофрении, Том XVI, № 3, 2010
- Нургазина А.З. Психотерапия неврозов у детей, Том XVI, № 3, 2010
- Павлов И.С. Воздействие на биологические основы психической деятельности, как один из факторов комплексного развития психотерапии, Том XVI, № 4, 2010
- Скляр С.В., Садуакасова К.З. К вопросу о роли семейного воспитания подростков, больных шизофренией, при проведении семейной психотерапии, Том XVI, № 1, 2010
- Титова В.В. Первичная психотерапевтическая помощь с использованием телерадиокоммуникации, Том XVI, № 4, 2010

Психиатрия

- Базарбаева Л.Е. Взаимосвязь клиничко-психопатологических и судебно-психиатрических аспектов у больных шизофренией, совершивших общественно опасные действия, Том XVI, № 1, 2010
- Базарбаева Л.Е. Комплекс биологических и социогенных причин, влияющих на опасное поведение больных шизофренией с аддитивными расстройствами, Том XVI, № 1, 2010
- Берсенева Ю.А. Клиническая структура расстройств личности и поведения у психически больных с внутрибольничной агрессией, Том XVI, № 3, 2010
- Даненова М.А. Эффективность преамбулаторности круглосуточных стационаров и стационарозамещающего отделения на опыте работы Костанайской областной психиатрической больницы, Том XVI, № 2, 2010
- Искакова Б.М. Анализ социально-клинических параметров пациентов Семипалатинского региона с психическими и поведенческими расстройствами, Том XVI, № 3, 2010
- Искакова Б.М. Анализ суицидальных тенденций у пациентов Семипалатинского региона в рамках депрессивных расстройств, Том XVI, № 3, 2010
- Искакова Б.М. Изучение депрессивных расстройств в экологически неблагоприятном Семипалатинском регионе, Том XVI, № 3, 2010
- Искакова Б.М. Мониторинг психических и поведенческих расстройств пациентов Семипалатинского региона, Том XVI, № 3, 2010

-
-
- Искакова Б.М. Сравнительное изучение депрессивных расстройств в экологически неблагоприятных регионах Республики Казахстан (Семипалатинский и Аральский регионы), Том XVI, № 3, 2010
- Искакова Б.М. Структура депрессивных расстройств у пациентов, проживающих в экологически неблагоприятных регионах, Том XVI, № 3, 2010
- Кожанова Ж.Т., Сармантаева К.Р., Кузнецов А.В., Сысоева Н.П., Никитенко В.И. Клиническая характеристика бреда ревности шизофренического спектра, Том XVI, № 4, 2010
- Ланда И.Э. Работа психиатрической службы Северо-Казахстанской области в условиях реформирования здравоохранения, Том XVI, № 3, 2010
- Логачева Н.Н. Клинические проявления галлюцинаторно-параноидного синдрома в практике стационарной судебно-психиатрической экспертизы, Том XVI, № 4, 2010
- Макиев Х.Д. Опыт применения зосерта в лечении депрессивных состояний, Том XVI, № 3, 2010
- Нургазина А.З. Депрессия и депрессивные расстройства - болезнь XXI века, Том XVI, № 3, 2010
- Оспан Т.Б. Опыт оказания психиатрической помощи больным острыми психотическими эпизодами на дому, Том XVI, № 1, 2010
- Оспан Т.Б., Темиргалиев А.О. Варианты реформирования психиатрической службы, Том XVI, № 1, 2010
- Оспан Т.Б., Темиргалиев А.О. Опыт применения Велаксина в лечении депрессии у больных шизофренией, Том XVI, № 1, 2010
- Рудич Н.Л. Клинический опыт в использовании психотропных препаратов нового поколения в психиатрической практике, Том XVI, № 1, 2010
- Сармаев Е.Т. Применение нормотимических препаратов в структуре комплексного лечения аффективных расстройств в условиях психиатрического стационара, Том XVI, № 3, 2010
- Сармантаева К.Р., Кожанова Ж.Т., Кузнецов А.В., Никитенко В.И., Шаронова С.И. Применение иксела (милнаципра) для лечения больных депрессиями в условиях областного психоневрологического диспансера, Том XVI, № 4, 2010
- Сейсебаева Г.Т. Типология психически больных, совершивших внутрисемейные агрессивные деликты, в зависимости от объекта агрессии, Том XVI, № 1, 2010
- Сулейменова А.К. Изучение соотношения расстройств личности (психопатий) и преступности, Том XVI, № 3, 2010
- Татыходжаева Ж.С. Затяжные психогенные депрессии в судебно-психиатрической практике, Том XVI, № 4, 2010
- Темиргалиев А.О. Установочное поведение в судебно-психиатрической практике, Том XVI, № 3, 2010
- Темиргалиев А.О., Жанабаева З.Х., Молжанова Ж.А., Кузнецов А.В. Особенности течения и исхода шизофрении, Том XVI, № 4, 2010
- Турлубекова Ж.Ж. К вопросу о современных подходах к лечению биполярного расстройства, Том XVI, № 3, 2010
- Цыганков Б.Д., Берсенева Ю.А. Клиническая структура органических психических расстройств у больных с внутрибольничной агрессией, Том XVI, № 3, 2010
- Шаповалова Т.Г. Поддерживающее противорецидивное лечение психических заболеваний в амбулаторных условиях, Том XVI, № 1, 2010
- Шаповалова Т.Г. Профилактика социальной дезадаптации психических больных в позднем возрасте, Том XVI, № 1, 2010

Наркология

- Абетова А.А. «Зашторивание», «маскировка» наркологической болезни физическими или неврологическими расстройствами, Том XVI, № 4, 2010
- Аймакова Э.М. Особенности формирования никотиновой зависимости в социо-демографическом аспекте, Том XVI, № 2, 2010
- Алтынбекова Г.И. К вопросу о роли личностных расстройств в динамике наркомании, Том XVI, № 1, 2010
- Алтынбекова Г.И. Психологическая идентификация личностных расстройств при опийной наркомании, Том XVI, № 1, 2010
- Ережепов Е.В., Катков А.Л. Динамика редукции синдрома анозогнозии у зависимых от опиоидов, получавших и не получавших первичную наркологическую помощь, в ходе прохождения стационарной МСР и постреабилитационном периоде, Том XVI, № 2, 2010
- Ережепов Е.В., Катков А.Л. Динамика формирования ремиссии у зависимых от опиоидов, получавших и не получавших первичную наркологическую помощь, в ходе прохождения стационарной МСР и постреабилитационном периоде, Том XVI, № 2, 2010
- Ережепов Н.Б. Динамика редукции синдрома анозогнозии у зависимых от опиоидов, получающих противорецидивную и поддерживающую терапию после завершения амбулаторной МСР, Том XVI, № 2, 2010

-
-
- Ережепов Н.Б. Динамика стадий терапевтических изменений у зависимых от опиоидов, получающих противорецидивную и поддерживающую терапию после завершения стационарной МСР, Том XVI, № 2, 2010
- Ережепов Н.Б. Динамика формирования ремиссии у зависимых от опиоидов, получающих противорецидивную и поддерживающую терапию после завершения амбулаторной МСР, Том XVI, № 2, 2010
- Ережепов Н.Б. Динамика формирования факторов психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от опиоидов у пациентов, получающих противорецидивную и поддерживающую терапию после завершения стационарной МСР, Том XVI, № 2, 2010
- Ережепов Н.Б., Катков А.Л. Динамика показателей качества жизни и социального функционирования у зависимых от опиоидов, получающих противорецидивную и поддерживающую терапию после завершения амбулаторной МСР, Том XVI, № 2, 2010
- Ережепов Н.Б., Катков А.Л. Динамика стадий терапевтических изменений у зависимых от опиоидов, получающих противорецидивную и поддерживающую терапию после завершения амбулаторной МСР, Том XVI, № 2, 2010
- Ережепов Н.Б., Катков А.Л. Динамика формирования факторов психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от опиоидов у пациентов, получающих противорецидивную и поддерживающую терапию после завершения амбулаторной МСР, Том XVI, № 2, 2010
- Идрисова А.М. Использование лазерного терапевтического аппарата «Мустанг-2000» с матричным излучателем при реабилитации больных хроническими гепатитами вирусной и токсической этиологии в стационарных условиях, Том XVI, № 1, 2010
- Идрисова А.М. Миллиметроволновая терапия воздействием аппарата «КВЧ-НД» на больных с токсическим поражением почек в результате употребления алкоголя в условиях отделения физиотерапии, Том XVI, № 1, 2010
- Иманбеков К.О., Катков А.Л. Сравнительная динамика синдрома анозогнозии у зависимых от опиоидов в период прохождения амбулаторной МСР и на этапах формирования ремиссии, Том XVI, № 1, 2010
- Иманбеков К.О., Катков А.Л. Сравнительная динамика стадий терапевтических изменений у зависимых от опиоидов в период прохождения амбулаторной МСР и на этапах формирования ремиссии, Том XVI, № 1, 2010
- Катков А.Л., Ережепов Е.В. Динамика показателей качества жизни и социального функционирования у зависимых от опиоидов, получавших и не получавших первичную наркологическую помощь, в ходе прохождения стационарной МСР и постреабилитационном периоде, Том XVI, № 2, 2010
- Катков А.Л., Ережепов Е.В. Динамика редукции основных психопатологических синдромов у зависимых от опиоидов, получавших и не получавших первичную наркологическую помощь, в ходе прохождения стационарной МСР и постреабилитационном периоде, Том XVI, № 2, 2010
- Катков А.Л., Ережепов Е.В. Динамика стадий терапевтических изменений у зависимых от опиоидов, получавших и не получавших первичную наркологическую помощь, в ходе прохождения стационарной МСР и постреабилитационном периоде, Том XVI, № 2, 2010
- Катков А.Л., Ережепов Е.В. Динамика формирования факторов психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от опиоидов у пациентов, получавших и не получавших первичную наркологическую помощь, в ходе прохождения стационарной МСР и постреабилитационном периоде, Том XVI, № 2, 2010
- Молчанов С.Н. Социальное сопровождение бывших потребителей инъекционных наркотиков, Том XVI, № 1, 2010
- Мукашева К.К. Применение авторской методики «Кобызотерапия» в лечении и реабилитации зависимых от ПАВ больных, Том XVI, № 1, 2010
- Прилуцкая-Сущенко М.В., Кусаинов А.А., Маликов М.К. Клиника патологического влечения, Том XVI, № 3, 2010
- Прилуцкая-Сущенко М.В., Кусаинов А.А., Маликов М.К. Патогенез патологического влечения при опийной наркомании, Том XVI, № 3, 2010

Пограничная патология

- Байкенова Б.С. Особенности нервно-психических расстройств у сотрудников правоохранительных органов, Том XVI, № 1, 2010
- Жолдасова Ж.А. Вегетативная дисфункция как проявление соматоформной патологии, Том XVI, № 4, 2010
- Перевалова С.В. Применение препарата фенотропила в лечении астенических состояний, Том XVI, № 3, 2010
- Темиргалиев А.О., Жанабаева З.Х., Молжанова Ж.А., Кузнецов А.В. К вопросу об основных формах патологии личности, Том XVI, № 4, 2010

Пограничные расстройства

Жексембиев Ж. Т. Влияние лекарственных препаратов на профессиональные качества водителей транспортных средств, Том XVI, № 1, 2010

Имангазинов С.Б., Каирханов Е.К. Повреждения двенадцатиперстной кишки у осужденных с девиантными поведениями, Том XVI, № 1, 2010

Мурзахметов Б.Т. К вопросу о клинико-динамических особенностях соматоформных расстройств (на примере синдрома гипервентиляции), Том XVI, № 3, 2010

Мурзахметов Б. Т. К вопросу о психопатологическом компоненте соматоформных расстройств, Том XVI, № 3, 2010

Мурзахметов Б. Т. К вопросу о факторах формирования соматоформных расстройств, Том XVI, № 3, 2010

Цыганков Б.Д., Евдокимова Т.Е. Особенности личности шахтеров с невротическими расстройствами, Том XVI, № 3, 2010

Чуркин А.А., Евдокимова Т.Е. Особенности личности шахтеров с соматоформными расстройствами, Том XVI, № 3, 2010

Психология здоровья. Валеология.

Аяганова Д.Е., Самиева А.К., Смагулова Г.С. Выход в самостоятельную жизнь выпускников детских домов на примере проекта "Отличный старт", Том XVI, № 4, 2010

Нургазина А.З. Современные подходы к оценке качества жизни, Том XVI, № 3, 2010

Шарапатова К.Г., Калматаева Ж.А. Некоторые аспекты образа жизни и репродуктивного поведения школьников старших классов, Том XVI, № 1, 2010

Информация и обзоры

Бабатаева Р.С. Организация и содержание медико-социальной работы за рубежом, Том XVI, № 4, 2010

Бюрабекова Л.В., Кайдарова А.Т., Алпысбекова Г.М., Ашикбаева Д.Б. Государственный контроль в сфере оказания медицинских услуг, Том XVI, № 3, 2010

Ережепов Е.В. Экономическая эффективность экспериментальной программы первичной наркологической помощи (ПНП), Том XVI, № 2, 2010

Ережепов Н.Б. Исследование эффективности противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от опиоидов, Том XVI, № 2, 2010

Ефимова В.И. Необходимость восстановления работы лечебно-трудовых мастерских, Том XVI, № 3, 2010

Ефимова В.И. Работа с родственниками психически больных, Том XVI, № 3, 2010

Имангазинов С.Б., Байгалиев А.А., Коновалов Е.Н. Отношение медицинских работников к проблеме распространения вирусного гепатита С, Том XVI, № 1, 2010

Кожанова Ж.Т. Комплайенс с больными шизофренией, Том XVI, № 4, 2010

Кудьярова Г.М. Воспитание будущего врача, Том XVI, № 3, 2010

Мурзахметов Б.Т. К вопросу об особенностях формирования соматоформных расстройств, Том XVI, № 3, 2010

Мурзахметов Б.Т. О соматоцентрическом подходе к объяснению изучению соматоформных расстройств (краткий критический очерк), Том XVI, № 3, 2010

Мурзахметов Б.Т. Особенности формирования соматоформных расстройств (обзор литературы), Том XVI, № 3, 2010

Надыркулов Ж.А. Выявление факторов риска ИБС, Том XVI, № 2, 2010

Нуркимбаев М.К. Инволюционные психозы, Том XVI, № 2, 2010

Нуркимбаев М.К. Проблема игромании с точки зрения воздействия её на здоровье человека, Том XVI, № 2, 2010

Павлов И.С. Психотерапия, её настоящее и будущее, Том XVI, № 4, 2010

Рудич Н.Л. Краткие рекомендации для родственников лиц, страдающих шизофренией, Том XVI, № 1, 2010

Сейсебаева Г.Т. Социально-демографические особенности психически больных, совершивших внутрисемейные агрессивные действия (обзор литературы), Том XVI, № 1, 2010

Семенова А.И. Философия и методология психолингвистической психотерапии, Том XVI, № 4, 2010

Терлоев А.А. Вопросы восстановления дееспособности в гражданском процессе, Том XVI, № 4, 2010

Тюменцева О.В., Ершова Т.П., Жанарбаева А.Е. Психотерапия при соматических заболеваниях, Том XVI, № 4, 2010

Устинова Л.М. Нарушение питания у детей с тяжелой неврологической патологией (литературный обзор), Том XVI, № 4, 2010