

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

**ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ**

\*\*\*\*\*

**Том XVII**

**№ 1**

**2011**

**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); кандидат медицинских наук Н.Б. Ережепов (Павлодар); доктор медицинских наук, профессор В.Ю. Завьялов (Новосибирск); 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

### ПСИХОТЕРАПИЯ

#### УЧРЕДИТЕЛИ:

Профессиональная  
Психотерапевтическая  
Лига

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

Том XVII  
№ 1  
2011 год

выходит  
4 раза в год

Бектеген Т.К., Смағұлұлы С., Нәбиеев К.А. Абай және ЖТБ (NLP). Репрезентативтік жүйелер.	7
Бектеген Т.К., Смағұлұлы С., Сейілханова Г.Ш. Қазак психотерапиясы, практикалық психологиясы тұрғысындағы ой түрткі	8-9
Бектеген Т.К., Смағұлұлы С., Серікбаев А.Ж. Мағжан және гештальт	9-10
Бектеген Т.К., Смағұлұлы С., Серікбаев А.Ж. Шәкәрім және ЖТБ	10-11

### ПСИХИАТРИЯ

Бекарисова Ш.С., Дихамбаева Г.Б. Некоторые аспекты аффективных расстройств у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями	12-13
Бекарисова Ш.С., Дихамбаева Г.Б., Калекенова Б.Ж. Особенности медикаментозного лечения некоторых психопатий	13-15

### НАРКОЛОГИЯ

Мұсабекова Ж.К. Тұтынушылық жағдайы тұрғысынан уәждемелік әңгіме өткізу ерекшеліктері	16-21
--	-------

### ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Гончар О.Н. К вопросу амбулаторного лечения расстройств поведения детского возраста	22-23
Жолдасова Ж.А., Нургазина А.З. Изменения адаптационных возможностей при соматоформных расстройствах	23-25
Шалабаева К.А. Поведенческие особенности детей, перенесших травму	26-34

### ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

Сысоева Н.П. Некоторые методы восстановления психоэмоционального равновесия	35-37
--	-------

### ИНФОРМАЦИЯ И ОБЗОРЫ

Гончар О.Н. Особенности обслуживания детского населения в психиатрическом участке	38-39
--	-------

---

---

<i>Гончар О.Н.</i>	
Опыт применения препарата энкорат-хроно в комплексном лечении больных шизофренией	39-40
<i>Гончар О.Н., Каирбаева С.В.</i>	
Опыт применения антидепрессанта велаксина в лечении депрессивных состояний	41-42
<i>Гончар О.Н., Каирбаева С.В.</i>	
Особенности назначения Галоперидола деканоата в амбулаторной практике	42-43
<i>Жолдасова Ж.А., Нургазина А.З.</i>	
Особенности патогенеза и некоторые методы лечения соматоформных болевых расстройств	43-45
<i>Жолдасова Ж.А., Нургазина А.З., Абетова А.А.</i>	
Дизрегуляционное воздействие эмоций на органы и системы	45-47
<i>Нургазина А.З., Жолдасова Ж.А.</i>	
Нейроиммунные особенности соматоформной патологии	48-50
<i>Сауранбаев Е.А.</i>	
Основные принципы организации психиатрической помощи в Жамбылской области	50-52
<i>Семенова А.И.</i>	
Философия и методология психолингвистической психотерапии (окончание)	52-71
<i>Шац Н.Н., Шац М.М.</i>	
Здоровье населения Якутии (медицинско-экологические аспекты и пути улучшения)	71-75
<i>Резюме</i>	76-77

---

---

---

---

# VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

## CONTENT

### PSYCHOTHERAPY

#### FOUNDERS:

<i>Bektegen T.K., Smagululy S., Nabihev K.A.</i>	7
Abay and NLP. Representative systems.	
<i>Bektegen T.K., Smagululy S., Seyilhanova G.SH.</i>	
The Kazakh psychotherapy, interpretation about practical psychology	8-9
<i>Bektegen T.K., Smagululy S., Serikbaev A.ZH.</i>	9-10
Magzhan and a Gestalt	
<i>Bektegen T.K., Smagululy S., Serikbaev A.ZH.</i>	10-11
Shakirim and NLP	

#### Professional Psychotherapeutic League

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

### PSYCHIATRY

<i>Bekarisova SH.S., Dihambaeva G.B.</i>	
Some aspects of depressions and cardiovascular diseases	12-13
<i>Bekarisova SH.S., Dihambaeva G.B., Kalekenova B.ZH.</i>	
Features of medical treatment of some of psychopathy	13-15

### NARCOLOGY

<i>Mussabekova ZH.K.</i>	
Features of motivational interview from position of requirement condition	16-21

### BOUNDARY FRUSTRATION

<i>Gonchar O.N.</i>	
To a question of out-patient treatment of frustration of behavior of children's age	22-23
<i>Zholdasova ZH.A., Nurgazina A.Z.</i>	
Changes of adaptable possibilities at somatoform frustration	23-25
<i>Shalabaeva K.A.</i>	
Behavioural features of children who have transferred a trauma, and methods of work with them	26-34

### HEALTH PSYCHOLOGY. VALIOLOGY.

Volume XVII  
№ 1  
2011

Published 4 times  
in a year

<i>Sysoeva N.P.</i>	
Some methods of restoration of psychoemotional balance	35-37

### THE INFORMATION AND REVIEWS

<i>Gonchar O.N.</i>	
Features of service of the children's population in a psychiatric site	38-39

---

---

<i>Gonchar O.N.</i>	
Experience of application of a preparation Encorate chrono in complex treatment sick of schizophrenia	39-40
<i>Gonchar O.N., Kairbaeva S.V.</i>	
Experience of application of an antidepressant Velaksin in treatment of depressions	41-42
<i>Gonchar O.N., Kairbaeva S.V.</i>	
Features of appointment of the Haloperidol decanoate in out-patient practice	42-43
<i>Zholdasova ZH.A., Nurgazina A.Z.</i>	
Features of a pathogenesis and some methods of treatment of somatoform painful disorders	43-45
<i>Zholdasova.ZH.A., Nurgazina A.Z., Abetova A.A.</i>	
Disregulatory influence of emotions on organs and systems	45-47
<i>Nurgazina A.Z., Zholdasova ZH.A.</i>	
Neuroimmune features of somatoform pathologies	48-50
<i>Sauranbaev E.A.</i>	
Main principles of the organization of the psychiatric help in Zhambyl area	50-52
<i>Semenova A.I.</i>	
Philosophy and methodology of psycholinguistic psychotherapy (termination)	52-71
<i>Shats N.N., Shats M.M.</i>	
Health of the population of Yakutia (medico-ecological aspects and improvement ways)	71-75
<i>Summary</i>	76-77

---

---

## ПСИХОТЕРАПИЯ

### АБАЙ ЖӘНЕ ЖТБ (NLP). РЕПРЕЗЕНТАТИВТІК ЖҮЙЕЛЕР.

Т.Қ. Бектеген, С. Смағұлұлы, Қ.А. Нәбиев

Қызылорда к.

Жүйелік-тілдік бағдарламалау (ЖТБ-НЛП - нейролингвистикалық бағдарламалау) өткен ғасырдың 70-ші жылдары АҚШ-ның Санта-Круз қаласында пайда болды. Оның негізін қалағандар математика мен есептеу техникасына маманданған жас ғалым Ричард Бэндер мен гештальт-терапия маманы Джон Гриндер.

Бұл екі ғалымның бірлескен зерттеулері нәтижесінде ЖТБ деп аталатын психологиядағы жаңа құбылыстың негізі қаланды. Біз бұл макалада ЖТБ-ны терең таратып айтпай-ақ оның репрезентативтік жүйелерінің Абай өлеңдерінде қалай көрініс тапқандығы туралы сөз көзгамакпаз.

Біз өз сезім ағзаларымызды сыртқы тәсілмен, әлемді қабылдау үшін және ішкі тәсілмен, күйзелістерді өзімізге өзіміз «репрезинтерлеу» (кайта елестету) үшін пайдаланамыз.

ЖТБ-да миымыздағы ақпаратты алатын, сактайтын және кодқа айналдыратын жолдар: суреттер, дыбыстар, сезімдер, иістер мен дәмдер – репрезентативтік жүйелер ретінде белгілі. Репрезентация біздің тәжірибеліздің қалай ұйымдастырылғанын және әлемді қалай суреттейтінімізді аныктайды.

Бұл сезімдермен (кинестетикалық жүйе), образдармен (визуалдық жүйе), дыбыстармен (аудиалдық жүйе), білім жинағы ретінде (рационалдық немесе дискреттік жүйе), немесе сирек колданылатын ііс пен дәм түріндегі сенсорлық сезімдермен білінеді.

Біздің әлемді ішкі суреттеуіміз қатынаста, біздің ым және ишараттарымызда қолданылатын сөздерде өз көрінісін табады.

Қазақ әдебиетінің класигі Абай (Ибраһим) Құнанбаевтың әдеби мұраларында, ол жазып қалдырыған шығармаларда оқырманға өз ойын жеткізу үшін ол ЖТБ-дан хабары болмаса да, оны ұтымды пайдалана білгенін аңғарамыз. Жалпы Абай шығармалары психологиялық тұрғыда зерттеуге тұрарлық казына дегіміз келеді.

Біз Абай өлеңдерін ЖТБ бойынша талдау барысында ондағы визуалды жүйені майлар әріппен, аудиалды жүйені курсив әріппен, кинестетикалық жүйені әріптің астын сызып көрсетеміз.

Мысалы ретінде кеңінен белгілі «Желсіз тұнде жарық ай» атты өлеңін ЖТБ бойынша талдау көрелік.

Желсіз тұнде жарық ай  
Сәулесі суда дірілдеп.  
Ауылдың жаны терең сай,  
Тасыған өзен күрілден.

Қалын ағаш жапырағы  
Сыбырласып өзді-өзі  
Көрінбей жердің топырағы,  
Құлпырған жасыл жер жүзі.

Тау жаңғырып, ән қосып  
Үрген ит пен айтаққа.  
Келмел пе едің жол тосып  
Жолығуға аулакка?

Таймандарай тамылжып  
Бір сұнып, бір ысып  
Дем ала алмай дамыл ғып  
Елен қағып, бос шошып.

Сөз айта алмай бөгеліп,  
Дүрсіл қағып жүрегі,  
Тұрмап па еді сүйеніп,  
Тамаққа кіріп иегі?

Данышпан, кеменгер Абайдың осы бір ел ішінде кең тараған өлеңін талдау арқылы оның ЖТБ талаптарымен тонның ішкі бауындағы біріккен сабактастығын көреміз. Өлеңдегі «жарық», «дірілдеп», «терен», «қалың», «жасыл», «тамаққа кіріп иегі» сөздері визуалдық (образдар) жүйесі болса, «желсіз», «күрілдеп», «сыбырласып», «жанғырып», «ән қосып», «үрген», «айтаққа», «елең қағып», «бос шошып», «дүрсіл қағып» аудиалдық (дыбыстар) жүйесіне және «сұнып», «ысып», «дем ала алмай», «сөз айта алмай» кинестетикалық (сезімдер) жүйесіне жатады.

Демек, Абайдың осы бір өлеңінің өзі ЖТБ талаптарына сәйкес жазылып, беретін мәліметтің, жеткізетін ақпараттың толық қабылдануына жол ашады.

Қорыта келгенде казақ халқының мол әдеби мұрасын, ауызша және жазбаша әдебиеттің терең казынасын заманауи практикалық психология ағымдарына сәйкестендіріп, табысты пайдалануға болады.

Бұл қазақ тілді психологияқа өз клиенттерінің бойындағы қалаулы өзгерістердің туындау үрдістерін анағұрлым женілдетеді.

*Пайдаланылған әдебиеттер:*

1. Құнанбаев А. (Ибраһим). Шығармаларының екі томдық жинағы. - «Ғылым» баспасы, 1977.
2. Алдер Г. ЖТБ технологиясы. - Санкт-Петербург, «Питер», 2002.

## ҚАЗАҚ ПСИХОТЕРАПИЯСЫ, ПРАКТИКАЛЫҚ ПСИХОЛОГИЯСЫ ТҮРФІСІНДАҒЫ ОЙ ТҮРТКІ

Т.Қ. Бектеген, С. Смағұлұлы, Г.Ш. Сейілханова

Қызылорда к.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сактау Министрлігі нашакорлықтың медициналық-әлеуметтік проблемалары республикалық ғылыми-практикалық орталығының (НМӘПР ФПО) 2009 жылғы талдау есебіне сүйенсек, еліміздегі наркологиялық салының оңалту бөлігінде 22 психотерапевт бар. Олардың ең көбі аты аталған орталықта (5). 14 медициналық психологтың 9-ы Оңтүстік Қазақстан, 4-і Солтүстік Қазақстан және 1-і Ақтөбе облысына тиесілі. Психологтар саны – 59. Ең көбі Қарағанды облысы (11) мен Павлодар (7) облыстарында және НМӘПР ФПО-да (8). Орталық талдауы бойынша еліміздегі жалпы наркологиялық медициналық мекемелердегі аталған мамандармен қамтылу ахуалы калыпты деп есептеледі.

Республика қолемінде психиатрия, психотерапия және наркология салалары бойынша дипломнан кейінгі білім берумен айналысатын 8 оку орны бар.

Бұл медальдің бір жагы. Ал екінші жагы, яғни бұл мамандардың қаншасы қазак тілінде өз ұлт екілдеріне сауатты көмек бере алады және оларды дайындау деңгейі қандай деген мәселе.

Республиканың негізін құрайтын қазак халқы. Қазак тілін игеру мәселесі алдағы 10 жылда түбегейлі шешілмекші. Дегенмен, қазак ұлты көп коньстанттанған облыстарда білікті де білімді психотерапевтік жәрдемге және психологиялық кенеске зәру ададардың бар екендігін есте ұстауымыз керек.

Өмір көрсетіп отырғандай қандастарымыз психологиялық денсаулығы сыр бергенде «пси» деген жалғауы бар мамандарға барып кеңес алуға шет елдегідей емес онша құлышыз. Алайда бұл көмектің көрсетілуі тиіс. Оны елдегі өзіне қол жұмысау, пси-ланкестік (басқа дінге, секталарға өтү), ПБЗ заттарға тәуелді және шекаралас психикалық ауытқулары бар тұлғалардың жеткілікті саны көрсетеді. Сонымен катар емхана мен аурұханалардағы өмделушілердің жартысынан астамының психосоматикалық және соматопсихикалық бұзылыстары бар екендігі де даусыз.

Не іstemек керек?

Өзінен өзі құранып тұрган мәселе шешімі ұлттық психотерапия, практикалық психология, жалпы менталдық медицина салаларының түйткілді тұстарын жете зерттеп, оны ғылыми тұрғыда даңғыл жолға түсіру.

Медициналық салаға келетін психологтар негізінен университеттердегі «Педагогика және психология» факультетін бітірушілер. Олардың медицинаға бейімделуі үшін қайта даярлау кажет. Естіміз бойынша Шығыс Қазақстанда практикалық психолог дайындайтын арнайы факультет бар екен. Алай-

да қазақ тілді практикалық психологка медицина мекемелері де, білім ордалары да зәру.

Медициналық жоғары оку орындарын бітірушілер медициналық психолог, психотерапевт маманды болуға онша көп ынта таныта бермейді. Өйткені бұл мамандық ұдайы окуды және ізденуді талап етеді, жалақысы көп емес, психикалық жүк ескеріле бермейді, қазақ ортада жұмыс істеу үшін жанжақты болуын, қазақ тілін жетік білуін керек және с.с. Оған коса өз саласы бойынша кітаптар, оқулыктар мен мерзімді басылым, «Интернет» ресурстар мүлдем аз.

Қазақ тілі өте бай тіл. Сонымен катар қазақтың ауыз және жазба әдебиетінде аталған салаларға қажетті материалдар жеткілікті. Тек соны қазіргі заман талабына сәйкестендіріп, адамзат жинаған мол қазынамен (шет ел психотерапиясы, практикалық психологияясы) байытып, қазақ менталитетіне сәл ыңғайлау керек.

Кезінде қазакта психотерапевт, практикалық психолог рөлін билер, шешендер атқарған. Бір ауыз сөзімен, дауды да шешкен, соғысты да болдырманған. Абай, Шәкәрім және т.б. даналардың дүниелерінен де мол мағлұмат алуға болады.

Ірі қалаларда, тіпті кейбір облыс орталықтарында психотерапевтік, практикалық психологияялық орталықтар (гешталт, жүйкелік-тілдік бағдарламалу, коучинг және т.б.) ашылған. Өткінішке орай, олардың қазақ тілді клиенттеріне қаншалықты жақын екендігін дөп басып айту киын.

Оңтүстік Қазақстандағы психотерапия және практикалық психология Евразиялық институтының филиалында «практикалық психолог» мамандығына қазақ тілінде оку жүргізілетінін сайтынан білдік. Дегенмен бұл елімізге аздық етеді.

«Интернеттегі» қазақ тіліндегі психологияялық сайттар да саусақпен санаарлық. Оларды негізінен әнтуазистер құрастырған. Ал көрші ел Ресейдің бұл бағыттағы ізденістеріне қызыға да, қызғана да караисын.

Оймызды корыта келе өз тарапымыздан мынадай үсыныс білдіреміз:

- Елімізде қазақ психотерапевтерін, практикалық психологтарын дайындау мәселесіне тез арада көніл бөлу. Оку орынын белгілеп, қайта дайындау ісін де колға алу;
- Психиатрия, психотерапия, практикалық психология, наркология салалары мәселелерін қамтитын қазақ тілінде арнайы журнал ашу;
- Аталған мәселелермен тікелей айналысатын институттердің, ғылыми-практикалық орталықтарының міндетті түрде қазақ тілінде «Ин-

- тернетте» сайттарының болуын және оның түрліктерін жүмсіс істеуін камтамасыз ету;
- Окулықтар шығару, шет елдік мамандардың еңбектерін қазак тіліне аудару. Бұған жазушыларды, журналистерді, тіл мамандарын тар-

Көлданылған әдебиет:

1. Нашақорлықтың медициналық-әлеуметтік проблемалары республикалық гылыми-практикалық орталығының «Қазақстан Республикасындагы 2009 жылғы наркологиялық ахуалдың» талдаулық есебі.

туға болады. Бұл іске мемлекет тарарапынан колдау көрсету.

Сөз соңында бұл ой түрткіге журнал оқырмандары өз пікірлерін, ұсыныстарын білдіреді деген үміт қыламыз.

## МАҒЖАН ЖӘНЕ ГЕШТАЛЬТ

Т.Қ. Бектеген, С. Смағұлұлы, А.Ж. Серікбаев

Қызылорда қ.

Мағжан Жұмабайұлы (1893-1938) – қазак поэзиянда Байрон, Пушкин дәстүріндегі романтикалық поэзияның, оның ішінде жаңа сипаттағы поэмалың негізін қалаушы ақын болып табылады. Жартығасырдан аса атын да атауга рұқсат етілмей келген ақының ақынның шығармаларын психологиялық тұрғыда талдауга жетелеген бір жағынан оның сол кездегі поэзиядағы жаңашылдығы болса, екінші жағынан қазақ тілінде «Педагогика» атты кітап жазып, оның негізгі арқауын психология құрауы болды. Онда оның өз заманындағы мықты орыс психологтарының шығармаларымен танысып, психологиялық негізгі ұғымдарды қазақ оқырмандарына жатық тілмен жеткізуі бізді тәтті етті. Эрине сол кезеңден бері психология, әсіресе шетелдік психология, оның практикалық саласы қарыштап алға дамыды.

Жүсіпбек Аймауытов «Мағжанның ақындығы туралы» (Ташкенттегі қазак студенттеріне етілген баяндама) атты мақаласында: «Мағжанның ақындығын сынауға біліміміз, күшіміз кәміл жетеді деп айта алмаймыз; толық сынау үшін, оның алды артын орап, өрісін арылтып шығарлық сегіз қырлы, негізді білім керек» деумен бастауы тегін емес. Демек, Мағжан адам жанының қыр-сырымен танысып, өз замандастарынан дүние таным бойынша ілгері тұрды.

Ол «Ауру» деген өлеңінде «Жан дауасын кім табады?» деген өзіне сауал қояды.

... Дене ауырса, дұрыс-ақ,  
Дәрігер, бақсы ем қылар,  
Жан ауырса, ойлап бақ,  
Жанға емді кім қылар?

Уланды жүрек, жан күйді,  
Ішім толған қызыл шок.  
Не себептен, тәнірі ие,  
Денеге ем бар, жанға жоқ?! – дейді.

Мағжанның жан дертін ұғар ол кезде елімізде психологиялық қызмет жоқ болатын, калыптаспаган

еді. Әрі қарай ақынды жан кеселі мазалап, жан толғанысының дene дертіне қарағанда ауыр екендігін сезеді:

... Амал не көнбей? Сонда да

Бір өкпем бар Аллаға:

Сезгіш жүрек, ұшқыр жан

Неге бердің пендене?!

Мағжан творчествосына терендеу үнілуге қазіргі заманғы практикалық психологиядан гештальт-терапия тәсілі келінкірейтін сиякты. Бұл әдісті америкалық психолог және психотерапевт Фредерик Перлс өткен ғасырда ойлап тапқан және негізін қалаған. Мағжан гештальттағы бүтіннің бөлігі «Мен» концепциясын «Пайғамбар» атты өлеңінде айқын білдірген:

... Құнбатыста қараңғылық қаптаған,

Жалғыз жан жоқ қараңғыда лақпаған.

Білген емес иман деген не нәрсе,

«Қарын» деген сөзді ғана жаттаған.

... Тұн баласы өмірінде араз таңменен,  
Қабыл ұлы ауызданған қанменен,  
Табынатын құр денеге жануар  
Болған емес жұмысы оның жанменен.

... Құншығыстан таң келеді – Мен келем,  
Кек күңіренеді: Мен де көктей күңіренем.  
Жердің жүзін қараңғылық қаптаған,  
Жер жүзіне нұр беремін, күн берем!

Мағжан елдің дene камын ойлап, жанды ұмытканына налиды, тіршіліктің бір белігі ретінде «Мен» деген ауыр жүкті өз жауапкершілігіне алады.

«Гештальт» сөзінің өзі (немісше кескін, көрініс, түр, форма) – біртұтасқа біріккен беліктердің конфигурациясын білдіреді. Гештальттың қалыптасуы мен аяқталуының негізгі шарты – адамның осы сәттегі түйсінуі, саналы ұғыу мен оған ден кою қабілеті. «Осы жердегі және қазіргіден басқа ештеге жоқ – деп оқытып, үйретті Перлс. Қазір деген бүгінгі... Өткен енді жоқ. Болашак әлі келмеген». Бұл

принцип гештальт-терапияда маңызды болып есептеледі. Организмнің өзін реттеуі бүгінгін түсінү дәрежесіне және осы жерде және қазір толыққанды өмір сұру қабілетіне байланысты. Мағжан бұл принципті өз шығармаларына да арқау еткен.

«Келешек» пенен «кешесі» - анық,  
«Бүгін» - деген бір бу гой.  
Бұлт басқан бетін нұрланаң,  
«Келешек» деген күн анық.

Өткен «кешесі» ұрланаң,  
Естен кетпес бір у гой...  
«Келешек» пенен «кешесі» - анық,  
«Бүгін» деген бір бу гой – деп жазады «Келешек», «Кеше», «Бүгін» атты өлеңінде. Бұл жерде Мағжанды гештальт-тұрғыда кате ойлады деп кіналай алмаймыз. Өйткені ақын сезім жетегінде, ерекше творчестволық жай-куйде отырып, өзінше толғам жасап өзіне аса ауыр осы сәттегі, қазіргі толғанысынан қашады «Бүгінгін», яғни қазіргісін бу сиқты елестетеді, солай кабылдайды.

Дегенмен, басқа өлеңдерінде («Алдамшы өмір») Мағжан:

... Кешегі күн – койнымдағы сұм киял,

#### *Пайдаланылған әдебиеттер:*

1. Жұмабаев М. Шығармалары. - Алматы, «Жазушы» баспасы, 1989.
2. Соловьев С.Л. Психотерапия. Практикалық психологияның жаңа анықтамалығы. - Мәскеу, Санкт-Петербург, «Үкі» баспасы, 2005.

Бұғін алыс менен, сылқ-сылқ күледі – деп Перлстің «Өткен енді жок» деген тұжырымына жақындаиды. Сондай-ак «Қоркыт» дастанында:

... Ол күндер көз жетпейтін ерте күн гой,

Ерте күн – ертегідей ерке күн гой.

Өткен күн – ұстаптайтын сұлу сағым.

Жалғыз-ак желден жүйрік жетеді ой – деп осы сәттің, қазіргі ойланудың маңызды екендігін бәрінен биік кояды. Бұл тұжырымын «Өмір» өлеңінде нактылай түседі:

... Жайнаған жаз көреді адам алдын,

Өткен күн – көнілсіз күз желді, салқын.

Куаныш қайғысымен қатар жүрмек,

Болмайды толық минут жүзі жарқын – деп толғанып, осы жерде және қазір толыққанды өмір сүреді, куаныштың да, қайғының да қатар жүретінін өз жырымен жеткізеді.

Әрине, бір макалада Мағжан сияқты ұлы ақынның қазақ практикалық психологиясымен, оның ішінде гештальт-терапиядағы негізгі ұғымдарымен өзара байланысын толық баяндау мүмкін емес. Оқырманға айтар ойымыз – ірі тұлғалы ақынның Мағжанның өлмес дүниесін әлі де зерттей түсіміз керектігін жеткізу.

## ШӘКЕРІМ ЖӘНЕ ЖТБ

Т.Қ. Бектеген, С. Смағұлұлы, А.Ж. Серікбаев

Қызылорда қ.

Ұлы Абайдың талантты шәкірті және оның дәстүрін жалғастыруши Шәкәрім Құдайбердіұлының (1858-1931) творчестволық мұрасы психологиямен, оның ішінде практикалық психологиямен байланыстылығы үшін де аса құнды. Шәкәрім өз өлеңдерінде жан мен тән ұғымдарына терең үніліп, олар турасында өзіндік жаңа жол салған, ерекше ой айткан ғұлама.

Өткен ғасырдың 70-ші жылдары Американың Калифорния штатының Санта-Круз қаласында пайда болған жүйкелік-тілдік бағдарламалау (ЖТБ-NLP) психологиядағы жаңа құбылыс ретінде бірден көзге түсті. Оның негізін қалаушы Р. Бэнделер мен Д. Гриндердің алдарына қойған мақсаттары ықпалды іс-әрекетті модельдеу болатын. ЖТБ мидың, тілдің және дененің арасындағы өзара катынасты білдіреді. Бұл жаңа психотерапевтік мектеп емес еді, дұрысы керемет терапевтердің түйсікпен (интуициямен) қолданатын жұмыс тәжірибесі мен практикалық тәсілдерінің кадам сайынғы жаксы сипатталуы болатын.

Шәкәрім ЖТБ-дағы сыртқы әлемнен сол арқылы ақпаратты алудың, сактаудың және кодқа айналдырудың жолдарын өлең жолдарымен жеткізеді:

... Тән – сезіп, құлак – естіп, көзбен көрмек,

Мұрын – иіс, тіл – дәмнен хабар бермек.

Бесеуінен мидағы ой хабар алып,

Жақсы, жаман әр істі сол тексермек.

Ой сонда неше толғау шимай салмак,  
Кайтсе жөні келер деп өлшеуге алмақ.  
Дәл солай қалайын деп, ұнағанда  
Фаділетті жүргегін бір қозғалмак.

ЖТБ бойынша окулыктарда репрезентативтік (кайта елестету) жүйелерін дәл Шәкәрімдей өлеңмен жеткізген ешкімді кездестірмегенімізді айта кеткіміз келеді. Яғни, ол «тән – сезіп» (кинесметика), «құлак

- естіп» (аудиалдық жүйе), «көзбен – көрмек» (визуалдық жүйе), сирек қолданылатын сенсорлық сезімдер «мұрын - ііс» (ііс сезу жүйесі), «тіл – дәмнен» (дәм сезу жүйесі), бәрін өз орнына кояды. Одан әрі алдыңғы үш жүйенің бірлестігін білім жиынтығы ретінде (рационалдық немесе дискреттік жүйе, сенсорлық тәжірибеге емес, түсінікке және с.с. сүйенген жүйе) ретінде ұғуға талпының жасайды. Сырттан алынған акпараттардың міда өндеуден өтіп, кодка айналдырылатынын да атап көрсетеді.

Мұны «Тәнірі мен жан» атты өлеңінде толықтыра туследі:

Көзге сеніп, ойға сенбей,  
Жанды жок деп қаңғырып,  
Адасып жүр акты көрмей,  
Көңілі соқыр көп надан – дейді.

Бұларды Шәкәрімнің өз тұсындағы психология бойынша өндектерден алуы мүмкін, дегенмен бір жарым ғасырдан кейін пайда болған ЖТБ-дың репрезентативтік жүйелерін оның поэзия тілімен өрнектеуі бізді тәніт етті.

ЖТБ-дың іргетастық принциптерінің бірі «Карта аумак (территория) емес». Адам жаратылсы болмыска түгелдей кол жеткізе алмайды. Біздің билетініміз – бұл болмысты өзіміздің қабылдауымыз ғана. Болмыстың өзі емес, оның дәл осы біз жасаған «жүйекелік-тілдік» («нейро-лингвистикалық») карталары іс-әрекеттерінің анықтайтының және оларға мағына береді. Сонымен катар қабылдауға жалпылау, бұрмалау, тастап кету-қалдыру үрдістері де орасан зор ықпал етеді. Акпарат әр жүйе бойынша да сұзгіден өтеді. Сөйтіп бастапқысынан өзгеріп жетеді.

Мұны Шәкәрім:  
Хақиқаттың тарауы,  
Түгел жетпей қалмайды,  
Әр түрлі боп қарауы,  
Көбі анықтай алмайды.  
Немесе:

Шыннан өзге құдай жок.  
Анық құдай – шын құдай.

*Пайдаланылған әдебиеттер:*

1. Шәкәрім. Шығармалары. - Алматы, «Жазушы», 1988;
2. Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Практикалық психолог анықтамалығы. - «Үкі», Санкт-Петербург, «ЭКСМО», Мәскеу, 2004.

Ұқпай қалма алаң бол,  
Шын болмаса, кім құдай?

Бұрын шын бар, бүгін шын.  
Ертең шын бар – үш бөлек.  
Керегі жок бұлардың

Бұзылмайтын шын керек! – деп толғанып, түсінгө тырысады. Демек, ғұлама анықтықтың (реалдылықтың) адамға толық жетпейтінін іштей біліп отыр.

Адамның бойында ықпалды әрекет етуге барлық ресурстардың бар екендігін, қоршаган әлемнің достық пейілде болатындығын (ЖТБ пресуппозициялары) сезген Шәкәрім «Хайуан мен ақымактар» атты өлеңінде былай дейді:

Өсімді, ең құшті жан адамда тұр.  
Алдында жақсы да тұр, жаман да тұр.  
Озгенің бәрі – жалғыз адам үшін,  
Жаралып орны-орнымен ғалам да тұр.

Шәкәрім баба келер үрпақтың өз өлмес мұраларына қайта айналып бір соғарын көргенділікпен сезгендей, оптимистік ой білдіреді:

Мен кетемін,  
Келеді тағы өмірге мендей,  
Олар мінді көреді,  
Қысық жерін жөндей.  
Бара-бара айқындалып  
Актық істің анығы,  
Адасқанмен хақиқатқа  
Қоймақ емес сенбей.

Кішкене макалада мұхиттай терен ой иесі Ш. Құдайбердіұлының ЖТБ-мен сабактас ойларының бір парасын ғана тілге тиек еттік. Жалпы Шәкәрім шығармалары тұнып түрган психология, оның ішінде еліміз егемендік алғалы қолымыз жете бастаған шет елдік практикалық психологияның озық тәсілдерімен іштей үндесіп жатқан мол дүние екендігін айтқымыз келеді. Шәкәрімнің ойлау және мінез-құлық стратегиясын, модельдеу тәсілін, логикалық деңгейін және т.б. ЖТБ-дағы бар тәсілдерді зерттеу алдағы күннің міндеті.

## ПСИХИАТРИЯ

### НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Ш.С. Бекарисова, Г.Б. Дихамбаева

г. Астана

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), примерно 4% - 5% населения земного шара страдает депрессиями, при этом риск развития большого депрессивного эпизода составляет 15%-20%.

Известно, что только 20% больных ищут медицинскую помощь, причем большинство из них обращаются к терапевтам. Те, в свою очередь, не всегда готовы к правильной диагностике, вследствие чего лишь 30% депрессий (из числа 20% обратившихся больных) диагностируются своевременно, и лишь 25% пациентов получает необходимую антидепрессивную терапию. Трагичность этих цифр тем более очевидна, если учесть тот факт, что в 60%-70% случаев адекватное лечение приносит желаемый эффект.

По данным литературных источников чаще всего аффективные расстройства наблюдаются среди больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Некоторыми авторами депрессия рассматривается как независимый фактор риска развития кардиоваскулярных заболеваний. У больных с депрессией более чем на 7% в год увеличивается доля повторных коронарных катастроф или вмешательств на сердце. Депрессивный фон настроения, который описывался пациентами как «плохое настроение», не имеет выраженных

суточных колебаний, но тесно связан с дополнительными психотравмирующими обстоятельствами. Глубина депрессии увеличивается к вечеру. Для депрессии характерны нарушения сна. Депрессивный аффект нередко сочетается с возбудимостью, раздражительностью, гневливостью, которые проявляются в любой бытовой и служебной ситуации. Больные постоянно опасаются возможности возникновения в дальнейшем тяжелых соматических заболеваний. Иногда эти опасения достигают степени фобий.

Нами было проведено исследование эмоциональных расстройств у пациентов, получавших амбулаторное лечение у врача кардиолога. Исследуемая группа: 51 пациент, из них 26 мужчин, 25 женщин в возрасте от 35 до 75 лет с различными заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, постинфарктный кардиосклероз, стенокардия напряжения и др.).

Ниже представлены (таблицы 1-4) данные относительно частоты выявляемости в исследуемой группе таких симптомов как апатия, гипотимия, дисфория и тревога.

Можно отметить, что, несмотря на проводимое амбулаторное лечение, в среднем у 20% пациентов

Частота выявляемости в исследуемой группе симптомов апатии

Симптомы	Мужчины	Женщины
Нет	84,8%	88%
Эмоциональное уплощение	7,6%	8%
Эмоциональная монотонность	3,8%	4%
Безучастность	3,8%	0%

Таблица 1

Частота выявляемости в исследуемой группе симптомов гипотимии

Симптомы	Мужчины	Женщины
Нет	62%	72%
Бездостное настроение (с раздражительностью или без)	26,6%	16%
Печаль	3,8%	4%
Тоска с переживанием душевной боли	3,8%	4%
Отчаяние (безысходность)	3,8%	4%
Тоскливое возбуждение (раптус или депрессивный ступор)	0%	0%

Таблица 2

Таблица 3

*Частота выявляемости в исследуемой группе симптомов дисфории*

Симптомы	Мужчины	Женщины
Нет	73,4%	88%
Мрачность (угрюмость)	11,4%	4%
Ворчливость (недовольство)	3,8%	8%
Озлобленность (враждебность)	3,8%	0%
Гневливость (вспышки раздражительности)	7,6%	0%
Ярость с агрессией	0%	0%

Таблица 4

*Частота выявляемости в исследуемой группе симптомов тревоги*

Симптомы	Мужчины	Женщины
Нет	54,4%	52%
Внутреннее волнение	34,2%	32%
Напряжение, неясное предоощущение неприятностей	7,6%	8%
Выраженное беспокойство (предчувствие катастрофы)	3,8%	4%
Смятение, возбуждение или оцепенение	0%	4%

с сердечно-сосудистыми заболеваниями наблюдаются расстройства эмоциональной сферы с преобладанием пониженного фона настроения и тревоги.

В результате проведенного исследования выявляется связь определенных соматических состояний

с депрессивными расстройствами. Соматическое заболевание может служить предрасполагающим фактором для развития депрессивного расстройства и наоборот, общая причина – генетические и/или средовые факторы, предрасполагающие к развитию обоих состояний.

#### *Список использованной литературы:*

1. Артюхова М.Г. Особенности депрессивных расстройств у кардиологических больных // Русский медицинский журнал. – 2008. – Т. 16, № 12. – С. 1724-1727.
2. Васюк Ю.А., Лебедев А.В. Смежные проблемы кардиологии // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2007. - № 4. – С. 39-45.
3. Верткин А.Л. Применение антидепрессантов в кардиологии // Лечащий врач. - 2001. - № 7. - С. 34-38.
4. Депрессия в клинике внутренних болезней: тактика терапевта // Тезисы докладов X Российского национального конгресса «Человек и Лекарство». – М., 2004.

## **ОСОБЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ПСИХОПАТИЙ**

Ш.С. Бекарисова, Г.Б. Дихамбаева, Б.Ж. Калекенова

г. Астана

По некоторым исследованиям (Дж. Эллисон, Р. Шейдер, 1998) психопатиями (расстройствами личности) страдают 5%-10% взрослых людей. Как правило, психопатические личности не осознают своего дефекта и не обращаются к врачу. Тем не менее, у них нарушена социальная адаптация, повышен риск наркомании и правонарушений. Стойкость и глуби-

на изменений личности при психопатиях, неприятие всякой помощи, столь характерное для психопатических личностей, - всё это делает психопатии одной из самых трудных медицинских проблем.

Взгляд на психопатии как на нозологические формы, появление стандартных схем психиатрического обследования и шкал балльной оценки симп-

томов - всё это способствовало развитию медикаментозного лечения психопатий.

Медикаментозное лечение бывает результативно, если направлено на отдельные симптомы, а не на психопатию в целом. При этом один и тот же препарат можно использовать для лечения данного симптома при различных состояниях.

Некоторые врачи и больные до сих пор считают медикаментозное лечение психопатий излишним и вредным. Однако накапливается всё больше данных о том, что медикаментозное лечение позволяет уменьшить выраженность и продолжительность некоторых проявлений психопатий.

Нами было проведено исследование на группах больных, сформированных по синдромологическому принципу. Поскольку в таких группах неизбежно оказываются больные со смешанными формами психопатий, то по результатам этого исследования, вероятно, можно судить также об эффективности лекарственного воздействия на отдельные патологические свойства личности. При этом результаты лечения менее наглядны, чем при симптоматическом подходе, когда лечение направлено на устранение конкретных симптомов, каждый из которых может наблюдаться при разных психопатиях (импульсивность, эмоциональная лабильность и др.).

Поскольку одним из критерии отбора было наличие хотя бы одного психотического симптома, в группе преобладали шизотипические личности. Агрессивность - это та черта, по которой сегодня разделяют многие психопатии. В её лечении могут оказаться эффективными препараты разных групп: нейролептики, психостимуляторы, противосудорожные средства, литий, некоторые серотонинергические препараты.

В редких случаях импульсивность и агрессивность являются симптомами психоза, развившегося на фоне психопатии. Чаще импульсивное или агрессивное поведение возникает в тех случаях, когда перед человеком, не способным воспринимать мир как единое целое и стереотипно реагирующими на внешние раздражители, встаёт непредвиденное препятствие. При агрессивности на фоне психоза эффективны нейролептики, благодаря их антипсихотическому действию. У людей без психоза они также устраняют агрессивность, вероятно, благодаря

неспецифическому седативному действию. Отмечено, что галоперидол эффективнее подавляет сверхценные идеи и психотические проявления.

По некоторым данным, у агрессивных психопатических личностей имеется дефицит серотонина. На этом основано использование серотонинергических препаратов. Назначаемые нами препараты флуоксетин, флуоксамин - ингибиторы обратного захвата серотонина - были более эффективны при импульсивном поведении у лиц с пограничной психопатией. Если импульсивное поведение сопровождается изменениями на ЭЭГ или у больного в анамнезе имеются эпилептические припадки, то оправдано назначение противосудорожных средств. Так, карбамазепин использовался нами при агрессивном и импульсивном поведении при психопатиях, при пограничной и шизотипической психопатиях. Карбамазепин (в дозе 800 мг/сутки внутрь) усиливал самоконтроль, подавлял импульсивность, вспышки ярости и суицидальные мысли. Интересно, что карбамазепин был эффективен даже в отсутствие изменений на ЭЭГ. Возможно, в данном случае важен не противосудорожный, а нормотимический эффект.

Карбонат лития получали пациенты с эмоциональной лабильностью - состоянием, которое нередко в дальнейшем оказывается пограничной психопатией. Препарат уменьшал как импульсивность, так и эмоциональную лабильность.

При эмоциональных расстройствах нами так же использовались антидепрессанты различных групп. Данные о трициклических антидепрессантах были противоречивы. Амитриптилин у одних больных оказывал положительное действие, у других - увеличивал эмоциональную лабильность. Флуоксетин уменьшал страх общения, повышал чувство внутреннего комфорта. Нейролептики при тревожности применялись редко из-за побочных эффектов. Однако при тревожности на фоне пограничной и шизотипической психопатий, сопровождающихся расстройством мышления нейролептики (галоперидол, рисперидон, клозапин) в малых дозах эффективны.

Ниже приведены данные относительно динамики психопатологических синдромов у пациентов с различными проявлениями психопатии (таблица 1).

Таблица 1  
Динамика психопатологических нарушений в зависимости от проводимого лечения

Наименование синдрома	На начало лечения	На конец лечения
Расстройства мышления (аутизм, расплывчатость мышления)	33,7%	28,9%
Эмоциональные расстройства (депрессии, дистимии)	59,1%	36,6%
Астенический (неврастенический) синдром	17,8%	12,8%
Поведенческие расстройства (декомпенсация психопатий, психопатоподобное поведение)	27,5%	9,1%

---

---

Как видно из данных таблицы 1, на фоне проводимого медикаментозного лечения наилучшая положительная динамика достигнута при коррекции поведенческих проявлений психопатий, таких как импульсивность и агрессивность, а так же эмоциональной лабильности, тревожности.

Эффект лекарственных средств при психопатиях часто невелик. И всё же с помощью медикаментозного лечения можно скорректировать поведение, уменьшить несдержанность, усилить восприимчи-

вость к психотерапии. Излечить психопатию с помощью препаратов вряд ли возможно. Однако надо отметить, что, даже если врач и не видит эффекта препарата, сам больной может отмечать значительные положительные сдвиги. Эффект лекарственных средств при психопатиях часто ослабевает со временем. Это может быть обусловлено разными причинами - толерантностью, нерегулярным приемом, одновременным применением других средств, употреблением алкоголя и наркотиков.

*Литература:*

1. Авруцкий Г.Я., Смулевич А.Б., Пантелейева Г.П. *Некоторые актуальные проблемы клинической психофармакологии* // Ж. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1983. – т. 83, № 9. – С. 1345-1351.
2. Вулис А.Я., Шейфер М.С., Носенко Н.Ф., Пешков А.Б. *Опыт терапии рисперидоном психических расстройств в психиатрическом стационаре* // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – № 3. – С. 64.
3. Ганнушкин П.Б. *Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика*. – М., 1933. – С. 56-59.
4. Шейдер Р. *Психиатрия: сборник*. 2-е изд. – М.: Практика, 1998. – 485 с.
5. Brinkley J.R., Beitman B.D., Friedel R.O. *Low dose neuroleptic regimens in the treatment of borderline patients*. Arch. Gen. Psychiatry 36:319-326, 1979.
6. Cloninger C.R. *A systematic method for clinical description and classification of personality variants*. Arch. Gen. Psychiatry 44:573-588, 1984.

## НАРКОЛОГИЯ

### ТҰТЫНУШЫЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ ТҮРФЫСЫНАН УӘЖДЕМЕЛІК ӘҢГІМЕ ӨТКІЗУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Ж.К. Мұсабекова

Нашақорлықтың медициналық-әлеуметтік проблемалары Республикалық ғылыми-практикалық орталықтарының биостатистика бөлімінің жетекшісі, медицина ғылымдарының кандидаты

Адам мінезінің алғы шарты, оның қызметтік көзі – қажеттілік.

Белгілі бір жағдайға қажеттілік немесе құмарлық пайда болған кезде адам сол зәрулік туғызған құмарлықты жоюға тырысады.

Көкейін тескен қажеттік белгілі бір нейрофизиологиялық құй – мотивацияны туғызыды

«Мотивация» - бұл белгілі бір түрткінің қалыптастыру мен дамуының динамикалық жүрісі [2, 4].

«Мотивация» термині барлық әсерлі ықпалдардың жиынтығы, механизмдер мен жүрістердің түсінігіне қызмет етеді, өмір сүрге қажетті мақсатта туған, пайда болған т.б. қанағаттылықты туғызытын ынғайдағы түсінік береді [4].

Мотивация, бірінен соң бірі туындаған б кезеңнен, теориялық жүйеден тұрады.

**Бірінші кезең** қажеттіліктің пайда болуы. Қажеттілік адамда бір нәрсенің жетіспей түрғанды сезінуден басталады. Ол белгілі бір уақытта туады және сол талап етушілік адамнан қандай да болса жолын тауып жаңын жай тапқызуға жетелейді. Қажеттілік әр түрлі түрде болады. А. Маслоу оны бес топқа бөледі [8]:

1. Физиологиялық қажеттілік.
2. Қауіпсіздікке қажеттілік.
3. Әлеуметтік қажеттілік.
4. Ізеттілік қажеттілік.
5. Өзін - өзі тарату қажеттілігі.

**Екінші кезең** – қажеттілікті жоюдың жолдарын іздеу. Қажеттілік туды деген ол адамға үлкен міндет жүктейді, ол лған жетудің жолдарын іздең, ештеңеңі ескермейді.

**Үшінші кезең** – белгілі бір мақсат (бағыт) әрекеті. Адам өзінің қажеттілігін жою үшін, соған жетудің жолдарын тауып, не істеу керектігін іздең біледі. Бұл кезең 4 жағдайдың үйлесуінен болады.

- қажеттілікті жою үшін мен нені алуым керек;
- мен зәрулігімді қанағаттандыру үшін не істеуім керек;
- мен зәрулігіме жету мақсатыма жету мөлшері қандай;
- мен қажеттілігімді жою үшін қабылдайтын затымның белгілі бір мөлшер өлшемі қанша болуы тиіс.

**Төртінші кезең** – әрекеттердің іске асуы. Бұл кезеңде адам қажеттілігін жою үшін бар құшін жүмсайды.

**Бесінші кезең** – әрекеттерін іске асыру барысында ол біраз жетістігіне жетеді, әрі осы өзінің қажеттілігіне жету максатының барысында ол өзіне қажет затын табады.

**Алтыншы кезең** – қажеттілігін жою. Қажеттілікпен туған зорлығын құрту дәрежесін жою дәрменіне тәуелді болады, сонымен катар қажеттілігінен туған әрекетін жою әлсіреп немесе мотивациялық әрекеті күш алады, адам мұндай кезде жаңа құмарлығы туғанша әрекетін қояды, немесе әрі қарай құмарлығын іске асыру үшін жаңа мүмкіндіктер карастырады.

Мұндай күйде, мотивация – құмарлық шарты жүйке құрылышын белгі бір қозуына әкеледі, (функционалды жүйе) адам ағзасының белсенділігін туғызыды.

Құмарлық шартының мотивациялық құйі, мидың сол құмарлықты қанағаттандырудан туған обьектілердің параметрлерін үлгілеуді мінездейді және қажет обьектін игеру әрекетіндегі үлгіні тудырады. Бұл үлгілердегі бағдарламадағы мінез – қылыштары – іштен туғаннан не түйсіктен, немесе жеке өзінің тәжірибесінің негізінен болуы тиіс, немесе тәжірибелердің кейбір боліктерінен қайта пайда болуынан келу ықтимал. Әрекеттердің пайда болуы жетістікке жету жолындағы аралықтары мен ертеден дағдыланып қалған жетістіктерінің корытындысына салыстыру жолымен бақылауға алынады. Құмарлықты қанағаттандыру мотивациялық күшті шешеді және он эмоциясын тудырады, берілген әрекет түрі «бекітеді» (оның тиімді әдіс коры қосылғанда). Құмарлықты қанағаттандырмау кері эмоция тудырады, мотивациялық зорлық күштейеді және мұнымен катар іздеу ірекетіде күштейеді.

Мұндай күйде - мотивация – ішкі және сыртқы факторлардың ара катынасының жекелік механизмі, жеке адамның мінез – құлқын анықтау әдісі немесе амалы.

Жеке теорияға келейік.

Валентик Ю.В – ның патогенетикалық теориясымен келесілген, көп жылдық нашақорлыққа тәуелділермен жүргізген тәжірибелік жұмысы бекітіп қорытқан жіне пайымдаған, бұнда психобиологиялық деңгей, ағзада есірткі заттарының құрылуы деңгейінің шешімі бойынша метаболикалық процесстен құмарлық затын үнемі қабылдан отыру әдебі қалыптасады, бұл ПАВ түріндегі патология түрі туындаиды. Психологиялық деңгейде жеке тұлғаның жаңы ауыр-

татын тұстары мен, ойлары, мінез – құлықтарының өзгерістері қалыптасады [1].

Адамның ішкі жан дүниесінде белгілі бір диссоциация жүреді, жеке тұлғаның патологиялық бөлігі «Мен» деген патологиялық жекелікпен карама – қайшылық жекетіл статусымен карсыласады.

Жеке тұлғаның жұмыс күйіндегі психогенетикалық үлгісі, генетикалық бағдардың айналым процесіндегі аясының жүйеленіп, қалыптасу психикасы негізделеді. Бұның өзі адамның өмір сүру кезеңдерінде өзіндік психикасы мен жеке сапалы танысдылығына байланысты.

Адам өзінің өмірінде коршаған ортамен байланысты, әрі оның бір болігі болып табылады. Адамға оның жаңындағы әлеуметтік қоршаған орта ерекше мән береді, ол ортада қалыптасады, ашылады, өмірлік циклдағы этаптары өзгертіледі. Жеке тұлғаны - бұл таза адами феномен, психиканың ұйымдастырылыпжәне қоғамдық қалыпта құрылуды. Жеке тұлға болу үшін адам ұзак уақыт адамдармен араласады, тіл мен әдебиетінен дәріс алады, өзінің сана сезімін қоғамдағы мәдени ортада толыктырады.

Жекелік ЗДЛ көмегімен қалыптасады және сонымен өзара әрекет процесінде құмарлықты қанағаттандыру бағыты т.б. құш пен ақпарат, зат алмасады. ЗДЛ арқылы өзара әрекеттескен адам өзіне қажетті алып ірі қарай өмір сүруіне бейімделеді. ЗДЛ катынасының айналымы ресурстың кат немесе зәрулігіне әкеліп соғады.

Көп түрлі аспекттілі жеке тұлға өздігінен дамымайды және өздігінен ашылмайды, олардың ашылуына ЗДЛ – ге сәйкес әрекеттер әсер етеді. Мысалы, «Бала» жеке тұлғада қалыптасуы ЗДЛ «Ата – ана» - мен өзара әрекетте қалыптасады, ал «Ерекек» тұлғаныңқалыптасуы ЗДЛ «Әйел» - мен өзара әрекетті қажет және тағы баскалары. Негізгі ЗДЛ адамның жеке тұлғасына сәйкес құрылыш, қалыптасады.

П.Д. Шабанова, О.Ю. Штакельберг (2000) бакылау корытындысы бойынша алынған шешім нашақорлықпен ауырғандарда мынадай мәселелері өзінде бір нәрсенің жетіспеушілігін сезінуі, өзі - өзіне сенбешілік, психологиялық қоршаудан кашуга бейім болып келетіндіктері [5].

Бұл жұмыстың авторлары «Мен – концепция» деген тәуелдіктің түбірін шығарды және мотивациялық емі: мұнда «Мен» деген бейнеде, өзіне деген сенімсіздік, жетіспеушілік сезімі, күнені сезінуі, психологиялық көмекпен қашқалактауы, өзін - өзі бағалау тәмендігіне әкелу, мотивацияны әлсіретеді. Қолда бар зерттеу әдебиетінде сөз болған мәселе нашақорлықпен ауырғандармен жүргізілетін шаралардың іске асу факторына қолайсыз әсер әкелуі мүмкін.

Нәтижелі емдеу жағдайын жүргізу орын мен сыртқы безендірілу жағдайына байланысты әрі емделу мерзімі мотвация мен аурудың дайынды болып табылады.

## Мотивациялық психотерапия және наркологиядағы ақыл – кеңес

Мотивациялық психотерапия шешімі ПАВ тәуелді аруларды емдеу кезінде мотиваторға ауысуына кезеңмен келеді, ПАВ – дан арылу алкогольдан арылу кезеңіне шынайы ұқсас блғанмен салауатты өмір сүру салтына деген құмарлығын арттырады. Мотивациялық психотерапия әдісімен мотиватор әрекеті туындаиды. Әр жеке кезеңде психотерапияның өзі мотиватордың рөлін аткарады.

Маслоу А. Ұсынған концепцияны ПАВ –ға тәуелді аурулар үшін де қолдануға болады, әрі Д және Б деген мотивтерде де боледі.

Тапшылық түрткілер төмөн деңгейдегі физиологиялық құмарлықпен әрі жеке қауіпсіздік үшін колданған жән т.б. аяқталады. Әрі бұл ішімдікке салынған мен нашақорлық тудырған жиіркенішті аурудың субъективті пайда болуына өзгеріс әкелеп соғады.

Бұл контексте эмотивті және конвенционалды түрткілер болінүү мүмкін. Эмотивті (түйсіктелу) немесе физиологиялық, А. Маслоу бойынша түрткі ауыр наукас күйін туғызу, бұлар аурудың бойына психоматикалық күйдің өзіндік жақсару әрекетін туғызады. Сонымен катар ауру қауіпсіздікке және қорғаныска деген құмарлығын сезініп, емделуге бейімделеді, әрі дәрігерге каралып, дәрі алуға, әрі занмен және әлеуметтік құрылым корғаныстарына икемделеді.

Конвенционалды – «уағдаластық» – келісімделген мотивация негізі үағдаланған негізге сәйкес келеді – ата – аналармен немесе әлеуметтік белгідегі адамдар емдеу барысындағы жағдайларды іске асыру тиіс; белгі бір нақты «жақсылық», «ата – анасы ақша береді», «женіл автокөлік әпереді», «шетелге жолдама», «жайына қалдырады», «қатал бақылауға алмайды», «сottалмайды», т.б. Негізгі бұл мотивациялар шынайы кері әсерін тигізуі мүмкін.

(Б- мотиві) – мета – (жоғары) мотиві жеке мотивтар байлығы, нивелиралы зәрулік күйінің каншалықты үйғарымына байланысты, жеке және әлеуметтік кайта көтеру күйінің негізіне тәуелді.

Қайта қалпына келу және барлық қайта қалпына келтіру кезеңдерінде ЛРП «негізделі» жекелік негіздері («жоғарғы») метакажеттілік - шындылыққа ұмтылу, ақиқатқа, зандылыққа, окуға, жұмысқа және т.б. игі сітерге ұмтылысы оянады. Мотив байлығы оскен сайын оларды келешегі және жарқын болашағы, оптимистік түбебейлі күйге енеді. Олар аурудун адамдық және әлеуметтік тәжірибелерін қенейтеді әрі байытады, оның үстінен өзіне деген сенімділігін арттырады. Өзін -өзі белсендіру әрекеті жүзеге асады.

Жеке мінез – құлық динамикасы аурудун түйсінүү, белгілі бір жағдайға бейімделуіне ауысады, әрі ЛРП мотивациясына моральдық жағынан катынасы өзгереді. Ол деңсаулықтың қымбат екеніне көзі жетіп, емдеу орнындағы қызыметкерлерге деген сыйластық сезім оянып, өзінің отбасы мүшелеріне, окуға, еңбекке, өмірде өзіне лайықты орынға ие болу құштарлығы арта түседі.

Қанда йкезен болсада мақсатына жетіп, киындықты жеңе білуге икемделеді.

І кезеңін негізгі шешімдері – емделудің құмарлық және басына түсken қыындығы мен қоғамдастықтағы бағдары. Бұл кезеңде барлық емдеушілер есенгіреп кетеді. Тез сінісу - емделулушіде амбивалентті катынас пайда болған кезде, әрі қарай ерікті емдеуге құлқы артқан кезде өте маңызда. Бірінші кезеңде 50% емдеуші шығад олар емделуден бас тартып қайта өрлең ақталуға қалмайды. Бастанқы кезеңде біліген мұндай жайттар оларды құйретеді, тек бағыттан танбай емдеу кажет. Психотерапиялық жұмыс осында жандарға емделгісі келмейтіндерге тиімді әдісін береді, 50% шамасында көмегін тигізеді.

Емделу орталығының табалдырығын аттаған алғашқы емделушілер көкейтесті патологиялық кезеңде немесе екі аралықтағы кезеңде тепе – тендікте болады – Патологиялық және Мөлшерлі, не әсері көп мөлшерлі кезеңі басымырақ болады.

Фазалар (кезеңдер) емделушінің эмоциялық әсерлі, емделу кезінде туған ішімдік пен нашақорлық бас тарту түйсіктер мынадай:

1. Теріске шығару.
2. Агрессия (кінәләу, кінәліні іздеу).
3. Ұмырашылдықты іздеу (келісім).
4. Жабығу.
5. Адаптация (аурудың қабылдаған деректері және өмірін түбекейлі өзгерту).

Теріске шығару – психологиялық қорғаныстың ең алғашқы механизмі, өмірінде ауыр қыындық немесе ызалы болған кезде туған адамдар қолданған. Теріске шығару ішкілік пен нашақорлыққа салынған аурумен бірінші байланысқанда оның бойында прогрессировалық сезім болады.

Психолог, кеңесші немесе дәрігерлер – емделушілерме бетпе – бет алғаш сөйлескенде оған ішкілік / нашақорлықты шектен тыс қолданғанынан туған келенсіз шартты туралы айтады. Мұндай жаңалық оларға жайсыз естіліп, сосын ауру адам өз психикасын қорғауға тырысады. Емделушінің барлығын теріске шығару бөлімшеде емделу уақытында әр түрлі болып келуі мүмкін, мысалы:

- Арнайы қызметкерлердің ішімдік пен нашақорлық туралы айтқан сөздерін түсінбеушілік, т.б. бұл жайындағы шынайы ой – пікірді олар қабылдамайды;
- Жоғарыда пікірлесу кезінде немқұрайлы тыңдау, есінесі немесе ұқықтары келіп отырады (лекция, топтық дәріс және т.б.);
- Алғашқы психотерапиялық емдеу кезінде олар психоматикалық аурулармен ауырады, өйткені алғашқы ем аурулардың психикасына әсер етеді. Бұлар: сұық тиу аурулары, бас ауру, созылмалы аурулары қозады;
- Ишкілік пен нашақорлыққа қарсы әңгіме айткан кісілермен, ол жайындағы пікірлерді тыңдағысы келмейді. Әсіресе емдешулер АЛ / АН қоғамындағы мүшелерімен, бөлімшедегі лек-

ция материалдары мен сабактарын жүргізушілермен кездесу оларға жағымсыз әрекет туғызады. Әдетте мұндай кезде емдеуші бар сақтайтын кестені бұзып, карсылық көрсетіп, дәрігердің тәртібін бұзып бөлімшеден шығарып тастауға дейін барады.

- Өзіне қыындық туғызатын шартты ауру қабылдамайды да әрі түсінгісі келмейді, олар мұның бәріне кінәні өзгеден тауып тойтарыс береді.
- рационализация - шектен шыға қолданудың психоактивті заттармен түсіндіру;
- келісілген – аурулар емдеуші дәрігерлердің сөздерін өтірік тыңдал токмейіл көрсету.

Нашақорлыққа тәуліді аурулар өзін қоршаган ортамен айналасындағы адамдарды айыптайды:

- Әйел / шешесі дәрігерге әкелип тыкты, мені ішкіш не нашақор деп санайды.
- Ишкілік пен нашақорлықтан емдей алмаған дәрігрлер кінәлі.
- Психологтар кінәлі, емдеушілердің қыындығын ештеңені өзгертпей – ак шеше алмайды деп есептейді.
- Кеңесшілер тек кана емірінді өзгерт дегенмен басқаны айтпайды.
- Үкімет дұрыс жайлы өмір сүруге мүмкіндік бермейді.
- Мынадай жағдайда қалай емдеуге болады.
- Қызметкерлер нашар мамандар, оларға қалай емдеуге болады.

Бұл негізгі фразалар аурулардың бірінші этапта қолданатын себептері.

Сонымен қатар қарсылық көрсететін аурулардың өздерін кінәлі деп есептеп өзін - өзі кембагал, т.б. санайтындары болады.

Міне бұл кезеңде қарсылық пен агрессия емдеудің енгізіді жолдары, бірінші ретте оларға психотерапиялық жұмыс кажет, бұл әдіс оның психологиялық қорғанысты сезінуіне мүмкіндік береді.

Мұндай біршарттастық немесе келісім емдеушінің эмоциялық құйіндегі жайсыздықты жояды, олар өміріндегі қыындықтарын ішімдікіз немесе нашақорлықсыз шешуге болатына көзі жетеді:

- Не мүлдем тастау, не уақытша қоя түру, кашан толық емделгенше сосын біртіндеп қолдану.
- Мен толық ішкіш не нашақор емеспін 30-50% пайзы.
- Кейде мен өзімді бақылай аламын, кейде – жоқ, яғни мен аурумын, т.б.

Кейде аурулар психотерапевтермен өзара келісім жүргізеді, оларға емдегенде ауткулар болу үшін. Мысалы: ақырын ортак «сыр» тартады, шаруашылық немесе психотерапевтің жеке мәселесін шешуге көмектесетіндейтіп, сый тарту етеді, және т.б. Терапевтке ен бастысы психотерапиялық жұмыстың процесін босатпау кажет.

Адаптация кезеңі емдеуші өзіне тәуелді екенін толық мойыннату, ен бастысы емдеу әрекетіндегі өзіндік жайта өрлеу бағдарын сезіну кажет.

Мотивациялы жеке тұлғалармен жұмыс әдістері нашақорлықтан, ішкіліктен емдеу түрлерін соңғы он жылдан бастап дами бастады, соңғы жылдарды ғана емдеушілерді емдеу олардың өмірдегі он бейнелеріне келтіру, өзгерту туралы түсінік туады. Бір жағынан нашақорлықтың адамдарға көмек мотивациялық емдеу дайындығын қалыптастырып, олардың өздерінің өмірдегі қылышы мен бейнесін өзгерту көмегі қажет деп ұғынуларында.

Мотивациялық терапиялар принциптері.

Мотивациялық терапея әдісі негізінде емдеу жұмыстары Д. Прохазки, С. Диклементе, бір жағынан С. Рольника, В. Миллера т.б. еңбектері бар [6, 7, 8, 9].

Д. Прохазки, психотерапея әдістері мен көптеген көзкарастарды талдай келіп, оның бірнеше принциптерінің негізін айқындағы, соның ішінде «Өзгеру жолдары» деп атап көрсеті. Ол бул жолдардың жасып ең қарапыйм түрлерін тапты. Кез – келген белсенділік, өз ойын, өз сезімін, қылышын өзгертетін ниетіне қолданатын жолдары – бұл жол өзгеру жолы.

**Сезінудің көтерілуі:** Бұл ең көп қолданатын жолдар, өзгеру жолын бірінші болып жазып енгізген З. Фрейд психоталдамың негізгі шешімін - «есізден есті түдірү» деп бекітті. Бұтінде көптеген психотерапевтикалық әдістер емдеушінің ең жоғары өзін - өзі түйсініүне бағытталған жолын тиімді акпарлар емдеушінің өзі - өзінің қындығындағы теріс ұғымын өзертіп он шешім кабылдауына жол ашады. Сезінудің көтерілуі сезім мен ойдың тұйықтығын бақылауға шек қоймайды.

**Әлеуметтік көмек.** Бұл процес өзіне бірнеше жолдары енгізеді, біріншіден сыртқы жағдайының көмегімен адамның өзгеруінің басталуы мен әрі қарай жағластыруына септігін тигізу. Әлеуметтік көмек тек кана кейбір әрекеттерге көмек берумен қатар өзін - өзі сыйлау әрекетін көтеріп, сонымен қатар өз күшіне сеніп оның үтіне өзгеруге мүмкіндік алады.

**Еріктен тыс эмоция.** Бұл психо терапев техниктердің көбінің тегіс қолданып жүрген маңызды құралы. Ол адамға өзгеру жолындағы кедергілерді жоюға көмектеседі.

**Міндеттеме:** Егер адам толық өзгеруге бет бұрса, ол осы өзгеру уақытында өзі толық жауапкершілікті қолына алады. Міндеттеме- адам өзінің іс - әрекетіне жауапкершілігін түйсінүү, Алғашқы қадамында ол өзі міндеттеме қабылдал, айтады.

**Құмарлыққа қарсы әрекет:** «Қарсы тұру әрекеті» немесе «сыртқы қарсы тұру әрекеті» термині сау мен аурудун қосынғанын аныктайды. Біздің қылышымыз сыртқы ортага байланысты. Кез – келген дені сау белсенділік қарсы тұру әрекеті техникасына тиімді. Мұндай техникалардың көптеген түрлері бар. Ең киыны адамға дәл келетін сол техникасын табу.

**Сыртқы бақылау.** Бұл қарсы тұру сиакты, сыртқы бақылау әрекеті белгеленген. Мұндай кезде адам өзінің, ішкі әсерін игеруге талпынбайды, сонымен бірге ол сыртқы жағдайын өзгертпейді, кайта бастауға әрекет болатын шарттарын төмendetіп өзге-

реді. Сыртқы бақылау өте қарапыйм: мысады үйге наша затын не арақ ішімдігін сактамау қажет.

**Ынталандыру:** жазалау мен ынталандыру - бір медальдің екіжағы. Келеңсіз қылышты жазалау немесе әрекетін ынталандыру. Бірақ жиі жазалау киындық тұғызған шартын уақытша басуға әкеледі. Өзін - өзі бағалау - ынталандыру әрекетінің ең қарапыйм түрі.

**Демеуші қатынас:** өзін өзгерту өзінің қылышын модификациялауға талпыну. Бірақ адам өзі жалғыз өзгеруіне жол ашпау керек мұнда ол ескі әдіс, ол көппен болуы тиіс. Демеуді мамандар ғана емес, адамға достары не туыстарынан алуға болады, оларға өз сезімі туралы айтуға болады. Қомектесу бұл жай емес.

**Адам мінез – құлқының өзгеру кезені, нашақорлыққа өзгеру тәуелденуінен**

Д. Прохазка және С. Диклементе адамның басына тәуелділікten түскен киындық жолына түсудегі әрекетін өзгертуінің б кезеңін бөліп жазды [6, 7].

1. Алдың – алу кезені.
2. Ойлану.
3. Дайындық.
4. Белсенді әрекет.
5. Қорытындысын сактау.
6. Қорытынды.

1. **Алдын – алу кезені:** әдетте адам бұл кезенде өзінің басына түскен тәуелсіздігін мойындаамайды және мініз – құлқын өзгертуге ешқандай да әрекет жасамайды.

Осы кезендеңі барлық құмарпаздар өздерін өзерткісі келмейді, олар айналасындағы қоршаган ортанды өзгерту керек деп есептейді. Терапеяға олар өзіне жақын адамдардың, жарларының ажырасам деген, қоқан – лоқысымен, бастығының, қысымы жұмыстан шығарам деген, ата-аналарының қысымы, сот қызыметкерлерінің қысымдарынан қорықанынан келеді. Арнайы маманның алдына келгенде олар бір ғана нәрсені сүрайды, тек қоршан адамдар мазасын алмаса болды. Егер бұл ойы іске аспаса олар етірік емге келістін сыйай танысады, уақытша тек сырттан келген қысым басылғанша тұрады. Мұндай кезде олар тез кері жағдайға көшеді. Бұл адамдар қарсыласудың барлық түрін қолданады. Олардың киындық шарттары әңгімені бола бастаса олар әңгімені басқа жаққа бұрып жібереді, егер газетте осы тақырыпта мақала жарияланса олар басқа парагын ашып кете береді. Мұндай қарсылық бұл кезенде болуы тиіс, сонымен қатар ол сыртқы қысым күшімен ғана мойынсұнады. Адам факторға билігін жүргізе алмайтынын және бақылай алмайтынын сезінеді.

2. **Ойлану:** Бұл ойлану кезінде адамдар өзінің басына түскен киындық шартын байыппен қарап іштей ойланған бастайды. Олар ушін оның неден бастауып, неден койғанын түсініп білу өте маңызды. Бұл кезенде адамдарға белгілі бір нақты болашақта қолданатын жоспары мен әрекетін толық анықтай

алмайды. Бұл кезеңде адамдар көп уақыт бойы қымылсыз қалады. Бұл қындық шартымен боған күйін немен байланыстыратын білмей сандалады, одан құтылудың жолдарын ойлады. Ойлану кезеңі мен дайындық кезеңіне өту барысында, емделушінің ойлау қорытындылау процесінде нақты өзгерістер пайда болады. Біріншіден, ол қындығының шарты туралы емес оны шешуге байлам жасауы мүскін. Екіншіден, ол өткен күндері туралы ойлауды қояды. Ойлану кезеңінен соңында келешекке тырысып, ұмтылып белсенділікті артады.

**3. Дайындық.** Көптеген адамдар үлкен кезеңде бірнеше ойға нақты жоспар құрады, әрі өмірдегі мінез – құлқын өзгертуге түбекейлі толық даярлана-ды. Үлкен кезеңде айналасындағылардың ойы туралы сенімді түрде айта алады. Дайындық кезеңінде адамдар белгілі бір нақты шешім қабылдап, келесі кезеңге дайын болса да олар өздерінің ішкі тоғаныстарынан арылу қынға соғады. Олар өздері алғашқы қадамдарында сенімде болуы тиіс, бірақ белсенді әрекетке дайын екендітерін білдіреді. Дайындық кезеңін қалай болса солай қысқартса салмай, толық жан – жакты талдалап, әрбір бөлшектеріне дейін талқылап өткізу қажет.

**4. Белсенді әрекет:** Үлкен кезеңде адамдар өзінің мінез – құлқытарын толық өзгертуді ашыұттан – ашық бастайды. Олар алдарындағы корқынышына қарсы тұра алады және іске кірседі.

Белсенді әрекет – үлкен нағыз іске кірсетең кезең, бұған бар жігерінді салу қажет және көп уақыт алады. Үлкен кезеңдегі өзгерісті сырт адамдар тез байқайды, басқа кезеңдердегі емес бұның орын ерекше.

Адамның нашакорлыққа тәуелділігін өзгертетін кезеңдер.

Адамның өзі көздеңген максатына жету жолында қандай әрекетке дайын екендігі өте таңғалатын жағдай.

#### **Ынталы бакылау:**

Мұнда қосынды мінез – құлқыты тани байқай білу қажет, олардың емделу барысында бөгөт жа- сайтын кезеңдерін біліп, келешекте қайталамау қажет.

#### **Ұмтылыс күшімен жұмыс:**

Қосынды мінез жаңын қинағанда емделушінің әлі күші қайтпаган ұмтылыс күші күні – түні маза- сын кетіру қажет. Осы бастапқы кезеңде өзін - өзі берік ұстап, қанша ұмтылыс болса да шыдан кетсе әрі қарай емделуіне көп женилдік болады.

#### **Келенсіз ойлармен жұмыс:**

Келенсіз ойлар, сүйрөнсіз сезім сол сияқты толғаныс, ыза және жабығу келенсіз мінез – құлқытың тірері болып келеді. Ғылыми бакылау жұмысы көрсеткендегі когнитивтерапея ең тиімді психоло- гиялық үлгісі.

**Қосынды мінез – құлқыққа көніл аударған кез- дегі айналасындағылардың шешімі.**

Көп адамдар өздерінің алдағы емделуге бет бүрғандары туралы жақын адамдарына, отбасы мүшелеріне ештеңе айтпайды, олар өз шешімдеріннің орындалмайтынына толық көз жеткізе ал-

майды. Бірақ мұндауда оны коршаган адамдары қабылдаған шешімін іске асыруға көп көмек береді. Ал қысыммен не корыкканынан келген нашақорға ертеңгі күні өз шешімімен дұрыс қабылдауға кері әсерін тигізеді.

#### **5. Қорытындысын сактау**

Үлкен кезеңде ертеде кол жеткізген жетістіктер қорытындысын сактап бекіту қажет және бір уақыттағы емнің күнін өткізіп алмау қажет. Өзгеру іс - әрекетті кезеңнен бастап құбылмайды. Дәстүрлі терапия өзгеріс процесі бір орында тұрмай әрі қарай жасағаса беруі ықтимал. Өзгерісті сактау – үлкен ұзакқа созылатын процесс.

#### **6. Қорытынды**

Қорытынды кезеңі – үлкен этап барлық үзіліс кезеңдерінен етіп, көздеңгеніңе жететін соңғы жолы. Үлкен кезеңде әдетте ешқашанда өткен іс қайталанбайды деген толық сенім пайда болады. Бірақ ішкіштер мен нашақорларға мұндай сенімділік үлкен проблема (шарт). Ең тиімді қорытындысын сактау кезеңінде ұзак қалса сол пайдалы.

Толық емделдім деп айтуға әлі де болмайды.

Дайындық кезеңінде Д. Прохазка және С. Диклементе, С. Рольник бөліп жазған екі түсінік бар – қажеттілік пен сенімділік үлкен екеуі емделушіге өзгеруінің мотивациялық кезеңі туралы толық түсінік береді.

**Түсінігін қалыптастыру үшін мына тақырыптар негізінде жүргізілетін әңгімелер:**

Неге? Мағынасы неде? Неге мен істеуім керек? Өзгерістің қандай пайдасы бар? Не өзгереді?

**Өзін - өзі сенімділікті қалыптастыру үшін жүргізілетін әңгімелер:**

Қалай? Не? Менің қолымнан келе ме? Мен оны қалай істеймін? Мен А, В, С, және т.б. мен қалай күресе аламын? Жетістікке жете аламын ба?

**Дайындық кезеңін қалыптастыруға арналған әңгіме тақырыптарының кезеңі:**

Қашан? Қазір істеуім керек пе? Басқа артықшылықтар қалай болады.

Осы негіздер бойынша С. Рольник емделуші - орталық терапия мотивациясын жазып көрсетті. Ол дәрігерлерді жалпы емдеу желісінен адамдардың өзгеруі мен толық дені сау салауатты өмір салтына түс жолдарын үйретеді.

Емдеуші - орталықтандырылған терапияның ең басты кезеңдері өзара карым – катынас орнату, бағалау, сана – сезіміне көмек беру дәрігер терапевт пен емделушінің арасында сенісділік болу.

**Емделушімен алғашқы әңгіме типтік стратегиялық үлгілері**

1-нұсқа. Бүгін сіз не туралы айтқыныз келді? Біз сіздің денсаулығыңызға зиян келтіретін (темекі, ішкілік, нашақорлық) туралы және тағы басқа түйіткіл кірбің шағыныз туралы әңгімелесейік?

2-нұсқа. Бұгі біз сіздің кез – келген өзгеру мүмкіндітерінде жайлы әңгімелесейік. Немесе мүмкін сіз өзінізді толғандыратын басқа мәселе туралы айтасыз ба?

3-нұсқа. Сіз бүгін өз мәселеніз жайлы сейлесуге дайынсыз ба?

Осы сияқты тағыда емделушімен мотивациялық жұмыс істеу үшін стратегиялық жолдардың бірнеше үлгілері бар.

#### Стратегия «Кәдімгі күн»

Бұл күнде емдеуші кәдімгі бір кні туралы ғана емес, сезімі, әрекеті туралы толық суреттеп айтады.

«Кеше, бүгін, ертең» емдеуші кеше, бүгін, ертеңгісі күндері жайлы әңгіме айтады. Мұнда тек қана емдеушінің не істеп, не қойғаны ғана емес, оның ойы мен әрекетіне де көніл аудыру кажет.

Мотивация емделушіге өзгеруға жетелейді, оны сол өзгеруға байлаң қоймайды. Кейбір мотивациялық жолдар түсіндіру, жалынып айту және сыртқы міндетті колдану арқылы жүзеге асады. Мұнда мотивация өзгерісті қалыптастырылғанмен түбектелі өзгеріс бермейді.

Терапевт емделушіге тексеріліп қарауға, амбиваленттік рұқсат беруге көмектеседі.

Терапиялық катынас – бір – бірімен әріптеске үксайды. Терапевт емделушінің әрекетін сыйлау кажет.

Терапевтің басты мақсаты – емделушінің ішкі ой сана – сезімін өзгеру мотивациясына ауысу ынтысын тауып және нығайту.

Ол мұндауда өзін емделушімен бірге мәселені дұрыс шешуге қол жеткізу қажет.

Шамаланған тақырыптар.

#### Пайдаланған дерекнамалар тізімі:

1. Валентик, Ю.В. Работа с мотивацией / Ю.В. Валентик, Н.А. Сирота // Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. Москва.– 2002.– 114 с.
2. Вилюнас, В. Психология развития мотивации.– СПб.: Речь, 2006.– С.11.
3. Ильин И. Мотивация и мотивы – Психологические механизмы мотивации человека. Издательство Московского университета. – 1990.
4. Леонтьев А.Н. Деятельность, сознание, личность. М., 1975.– 327 с.
5. Шабанов П.Д. Основы наркологии. СПб.: Санкт-Петербург. Издательство «Лань», 2002.– С. 215.
6. Di Clemente CC., Marinilli AS, Singh M, Bellino LE. The role of feedback in the process of health behavior change. Am J. Health Behav. 2001 May-Jun; 25(3): –P. 217-27.
7. DiClemente C.C., Prochaska J.O. Self-change and therapy change of drugs behavior. – N.Y.: Addictive Behavior, 1982. – P. 133-135.
8. Maslow A. Toward a Psychology of Being. Litton Education Publishing, 1968. / Маслоу А. Психология бытия. М.: «Рефл-бук» – К.: «Ваклер», 1997.
9. Miller W.R. Motivational Interviewing with Problem Drinkers. In: Behavioral Psychotherapy, 1983, 11. – P. 147-172.

Мотивациялық сессия тақырыптарын әдetteтте терапевт анықтайды, бірақ емделушімен жүргізген жұмыс барысы контекст өзгешілігін туғызады.

Мәселе пішіні - жағымды және нашакорлар жағынан өте жағымсыз.

- Әдetteтің күн, нашакорлықты қолданған күн.
- Өзгеруға тиімді себептер (не сол баяғы күйінше).
- Өз өмірін өзгерту немесе қалай өзгерту көрктігі туралы ойланып, жолдарын іздеу.

Терапевпен алғашкы әңгімede емделушіге барлау сияқты болады. Ол өте маңғаз, онда екі таңдау бар, бірі мотивацияны қалыптастыру немесе ПАВ – ны колдануды әрі қарай жалғастыру. Алдында ешкімде өзінің ПАВ – дан бас тартуынан қайтпады.

Емдеудің бірінші бөлімінде әңгімeden кейін, емделуші мен терапевт екеуінің арасында өзара қызметтік катынас анықталады. Барлық деректі жинап қана қоймай, оны жинақтартып бере білу көрктігін ұмытпай қажет. Деректер жинаған кезде емделушінің мотивациясы қалыптаса бастайды. Сондыктан әңгімे жүргізген кезде терапевтің тәжірибелі мол болуы қажет.

Бірақ кейбір емделушілер емделу, сауыгу кезеңдерінің бәрінен сүрінбей аман есен өтіп келеді де бірақ осы жолда біраз қыын мәселеге жолыбып қалады. Мұндауда бір ғана қарапайым көтөлік емделуші адамдар «мен толық жазылып болдым» деп нүктесін қояды. Әдetteтте мұндауда қадам емделушінің мәселеңі дұрыс қабылданап шеше алмайтын әлсіздігін байқатады. Тиімсіздіктің корытындысы сол көп компонетті және созылмалы жабығудың шыдамауынан болады.

## ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА

### К ВОПРОСУ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

О.Н. Гончар

г. Экибастуз (Павлодарская обл., РК)

#### Введение

Лечение психических расстройств детского возраста отличается рядом особенностей. Детский организм это динамично развивающаяся макроструктура. Он очень чувствителен к воздействиям окружающей среды, к которым относятся лекарственные средства, биологически активные добавки, средства с токсическим воздействием. Терапия в выборе психотропных средств относительно ограничена, так как чаще, чем терапевтическое воздействие, проявляются побочные эффекты (холинолитические, мускариновые). Большинство психотропных средств нового поколения в этом возрасте не рекомендуют из-за отсутствия рекомендаций по назначению. Трудности подбора терапии проявляются, когда психопатологическая картина приближается к неспецифическому кругу, например, психопатоподобная симптоматика. Ранее достаточно активно были представлены эффективные препараты (неулептил, френолон), которые в настоящее время на фармацевтическом рынке не присутствуют. При подборе базовой терапии, которая может продолжаться достаточно длительно с учетом возможной хронизации клиники (к примеру, формирующиеся расстройства личности), необходимо учесть возможность наличия резидуально-органической почвы. При планировании лечебного процесса в амбулаторной практике в первую очередь нужно исходить из безопасности препарата с нейротропным действием, создания условий комплайентности, минимального воздействия на когнитивные способности.

#### Материал и методы

В течение последних трех лет автору чаще всего приходилось использовать психотропные препараты разных групп, однако родители пациентов отказывались принимать большинство из них из-за про-

явления побочных эффектов в виде сомноленции, холинолитических расстройств. Автором изучалась комплайентность нескольких видов психофармакотерапии расстройств поведения. Наиболее продолжительно принимались сонапакс (20 пациентов), энкорат-хроно (25 пациентов). Как показала практика использование сонапакса нужно начинать с минимальных дозировок (10 мг на ночь) и доводить до терапевтических доз, еженедельно повышая дозы на 10-25 мг. При резком повышении его дозировок отмечались более, чем у половины больных сухость во рту, сонливость. Для стойкого купирования психопатоподобных расстройств требовалось 100-150 мг в день, разделенные на два приема - утром и вечером, причем большая доза применялась в вечернее время, в зависимости от переносимости препарата и возраста, меньшие дозы не давали должного эффекта, от приёма больших возникали побочные эффекты (таблица 1).

Сроки приема составляли от 6 месяцев и более. Некоторые пациенты получали препарат и при передаче психиатрам взрослых территориальных участков.

Согласно выборкам из амбулаторных карт, 37 лиц с расстройствами поведения получали базовое лечение другими препаратами: тизерцин, хлопротиксен, трифтазин, однако прием длился относительно недолго от 7 до 30 дней (рисунок 1).

Энкорат - хроно использовался в дозировке 15 мг на 1 кг массы тела, что составляло 600 мг в два приема. Начальная доза составляла 300 мг, через 7 дней всем пациентам доза повышалась до 600 мг. Необходимость в более высоких дозировках отсутствовала ввиду эффективности указанной. Отказов от поддерживающей терапии не отмечено.

**Выводы.** При выборе варианта лечения врачу необходимо исходить из потенциальной комплайентности базовой терапии. По наблюдению автора наиболее перспективно использование энкората-

Таблица 1

*Суточные дозировки терапевтических дозировок сонапакса лицам с расстройствами поведения*

Дозировка	75 мг	100 мг	125 мг	150 мг	Отказ
Количество пациентов	1 чел.	4 чел.	6 чел.	6 чел.	3 чел.



Рисунок 1. Базовое лечение другими препаратами лиц с расстройствами поведения

хроно (солей вальпроевой кислоты с пролонгированным действием), что связано с удобством титрования и отсутствием выраженных побочных эффек-

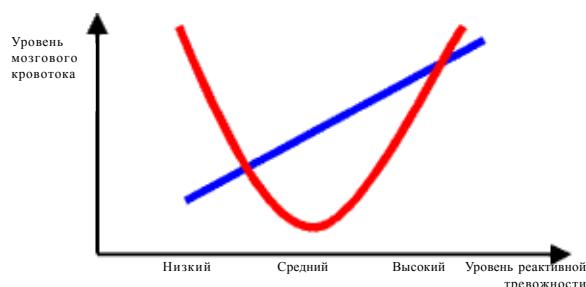
тов. Препараты с заметными побочными действиями могут быть рекомендованы для краткосрочного применения.

## ИЗМЕНЕНИЯ АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ПРИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Ж.А. Жолдасова, А.З. Нургазина

Человек, живя в сложном и постоянно меняющемся мире, обладает огромным репертуаром программ действий, которые он способен выполнять в различных ситуациях. Эти действия охватывают простые и сложные перцептивные функции (такие как оценка цвета или формы зрительного изображения), различные мыслительные операции (такие как арифметический счёт или игра в шахматы), целенаправленные двигательные акты (такие как поворот головы в нужном направлении и передвижение шахматной фигуры). В каждый момент времени человек выбирает (секлирует) из всего этого огромного набора программ действий только те, которые наиболее адекватны в данной ситуации. Мозговые процессы, ответственные за этот выбор, обычно объединяются под названием процессы управления (в широком смысле) или селективное внимание и двигательная установка (в узком смысле). В исследованиях лаборатории Кро-

потова показано, что механизмы центрального контроля разделяются на процессы вовлечения в необходимое действие (инициация, селекция сенсорно-двигательно-когнитивного акта) и процессы подавления ненужного действия. Эти два механизма связаны с прямым и обратным путями в цепях, соединяющих кору, базальные ганглии, таламус и кору в сложную петлю обратной связи. Показано, что процессы вовлечения и подавления обнаруживаются в положительных компонентах вызванных потенциалов, регистрируемых с поверхности кожи головы, причем у детей с синдромом нарушения внимания и гиперактивностью компоненты вовлечения и подавления значимо уменьшены по амплитуде. На основе результатов этих исследований можно предположить, что у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью механизмы вовлечения и подавления действий нарушены вследствие гипофункции базальных ганглиев.



**Схема изменений мозгового кровотока в левополушарных парагиппокампальной и надкраевой извилинах в зависимости от уровня реактивной тревожности.**

Обозначения: Уровень кровотока в парагиппокампальной извилине обозначен красным, надкраевой извилине - синим цветом. Статистические показатели удалены при адаптации рисунка.

---

---

Есть такое понятие как тревожность. Каждый человек характеризуется в какой-то момент определенным ее уровнем, определяемым с помощью специального и довольно простого опросника. Условно можно разбить опрашиваемых на три группы: высокий уровень, средний и низкий. Какими структурами мозга определяется этот уровень? Оказалось, что не одной структурой, а целым набором. Именно их согласованное состояние и определяет уровень тревожности. При этом логично было бы предположить, что чем выше тревожность, тем больше (или меньше) активация структуры. Действительно, в одной области уровень активации линейно коррелирует с уровнем тревожности. Зато в парагипокампальной извилине слева активация минимальна при среднем уровне тревожности, а при его повышении или понижении она возрастает. Таким образом, налицо система из большого числа структур, причем каждое звено играет свою особую роль.

Лаборатория функциональных состояний, которой руководит профессор, лауреат Государственной премии СССР В.А. Илюхина, ведет разработки в области нейрофизиологии функциональных состояний головного мозга. Каждый знает, что одно и то же воздействие, одна и та же фраза иногда диаметрально противоположно воспринимается человеком в зависимости от того, что называется текущим функциональным состоянием мозга и организма. Это похоже на то, как одна и та же нота, извлекаемая из органа, имеет разный тембр в зависимости от регистра. Наш мозг и организм - сложнейшая многорегистровая система, где роль регистра играет состояние. Практически можно сказать, что весь спектр взаимоотношений человека с окружающей средой во многом определяется его функциональным состоянием. Это касается и того, возможен ли «срыв» человека-оператора за пультом управления сложнейшей машиной и особенностей реакции больного на принимаемое лекарство.

Задачей лаборатории является исследование функциональных состояний того, какими параметрами они определяются, как эти параметры и сами состояния зависят от состояния регуляторных систем организма, как внешние и внутренние воздействия изменяют состояния, иногда вызывая болезнь, и как в свою очередь состояния мозга и организма влияют на течение заболевания и действие лекарственных средств. Показано, что, как и реакция целостного организма, реакции отдельных структур модулируются, зависят от их состояния или, по терминологии автора, от уровня относительно стабильного функционирования (УОСФ). На основе этих исследований сформулированы представления об иерархическом принципе организации мозговых систем и о роли сверхмедленных процессов, как управляющих состоянием мозговых структур. Обнаружено, что пространственное распределение

УОСФ на больших территориях мозга и удержание относительной устойчивости состояния мозга обусловлено реципрокным уравновешиванием уровней относительно стабильного функционирования зон мозговых структур. Этот феномен работает таким образом, чтобы сохранить без существенных изменений текущее состояние структуры и ряда функционально связанных структур при возможности его локальных изменений в отдельных зонах. В количественном выражении УОСФ определяется по знаку, величине, времени устойчивости значений одного из видов сверхмедленных физиологических процессов - устойчивого потенциала милливольтового диапазона (омега ( $\Omega$ )-потенциала). В условиях длительных многодневных и многомесячных исследований было обнаружено, что УОСФ определяет амплитудно-временные характеристики спонтанной мультиклеточной импульсной активности нейронов (мощность импульсного потока), тип ЭСКоГ или ЭКоГ, амплитудно-временные характеристики сверхмедленных колебаний потенциалов в диапазоне от 0,05 до 0,5 колебаний в секунду (дзета, тау, иpsilonон (Z, T, Y)-волны), регистрируемых одновременно в тех же зонах мозговых структур. Спонтанное или вызванное изменение состояния и физиологической активности зон мозговых образований отражалось в вариативности разных видов нейродинамики, что позволяло наблюдать сложноорганизованные пространственно-временные преобразования параллельно протекающих с разными скоростями нейрофизиологических процессов, их соподчиненность и относительную независимость, то есть реально наблюдать динамическую работу этой сложной иерархической системы.

При выполнении экстренных стереотипных видов деятельности (активация внимания, готовность к действию, мобилизация краткосрочной памяти) мозговые системы их обеспечения формируются из потенциально физиологически активных звеньев, то есть готовых в конкретных условиях проявить эту активность. При этом в зависимости от структуры деятельности физиологическая активность звеньев систем развертывается в определенной временной последовательности с возможным появлением реакции сначала в динамике импульсной активности нейронов и ранних фазах вызванных потенциалов (ВП). Далее, отставлено во времени (латентный период - десятки и сотни мсек) могут возникать изменения поздних компонентов ВП, слабых по интенсивности (амплитудой десятки мкВ) сверхмедленных физиологических процессов секундного диапазона (CNV, типовые фазические изменения Z-волны). Обнаружено, что звенья системы обеспечения экстренных стереотипных видов деятельности сохраняют физиологическую активность до тех пор, пока в связи с экзогенным или эндогенным воздействием не изменится их текущее состояние (УОСФ). Следует подчеркнуть, что изменение УОСФ зон мозго-

вых структур в этих условиях влечет за собой исчезновение физиологической активности одних звеньев и, наоборот, проявлением физиологической активности других.

Реципрокность изменений в различных зонах и перераспределение их активации, по-видимому, является одним из базовых свойств мозга, определяющих его устойчивость и богатство возможностей, защитные функции. Особенно ярко это проявилось в исследованиях мозгового обеспечения эмоций, проведенных под руководством Н.П. Бехтеревой в СССР в восемидесятые годы XX века. Было обнаружено, что у эмоционально сбалансированного человека при развитии какой-либо эмоции определенные сдвиги сверхмедленных физиологических процессов, определяемые по величине и знаку  $\Omega$ -потенциала в одних структурах, обычно сопровождаются противоположными по знаку изменениями этого показателя в других структурах. Этот механизм предотвращает запредельное развитие какой-то эмоции, сохраняет человека эмоционально уравновешенным и сбалансированным. При его нарушении развиваются тяжелые эмоциональные расстройства именно потому, что не работает механизм, позволяющий сдерживать чрезмерное развитие определенной эмоции. В исследованиях импульсной активности было показано, что даже при выполнении чрезвычайно монотонной деятельности при попытке полностью стабилизировать работу мозга происходят эндогенные самопроизвольные перестройки в работе его структур. Другими словами, даже при выполнении монотонной стереотипной психической деятельности система ее обеспечения непрерывно реорганизуется. Таким образом, можно сказать, что для выполнения задачи формируется как бы временный трудовой коллектив, который все время меняется, и все его члены, во-первых, тренированы для выполнения различных задач, а, во-вторых, регулярно имеют возможность передохнуть.

При учете особенностей состояний мозга и организма можно правильно делать выбор между альтернативными путями лечения. Интересно определение адаптационных возможностей человека: можно предсказать, насколько устойчив будет данный индивидуум при каком-либо воздействии, стрессе.

Оказалось, что некоторые, даже молодые люди, уже исчерпали свои адаптационные возможности и даже умеренные нагрузки могут вызвать у них патологическую реакцию. Можно выявлять таких людей и вовремя оказывать им корректирующее лечение.

Актуальной задачей занимается лаборатория нейроиммунологии. Сейчас известно, что многие нервные болезни связаны с неправильной работой иммунной системы. Нарушения иммунорегуляции часто приводят к возникновению тяжелых заболеваний головного мозга. Нервная и иммунная системы осуществляют свои защитные функции, находясь в тесном взаимодействии. Их объединяют общие принципы организации, общие молекулы-посредники, значимые для организма в целом регуляторные функции. Обнаруженные закономерности нейроиммунной реакции на чужеродный стимул позволили использовать полученные данные для диагностики и лечения ряда заболеваний головного мозга. Клиницисты и раньше отмечали, что, с одной стороны - разрушение или недоразвитие мозговых структур сопровождается иммунодефицитом, с другой стороны - первичные и вторичные иммунодефициты ведут к функциональным нарушениям или заболеваниям головного мозга. В развитии многих хронических болезней нервной системы гораздо большее значение, чем предполагалось, имеют инфекционно-вирусные и далее - иммунопатологические механизмы. А в развитии соматоформных расстройств невротического уровня играет роль формирование патологических систем, которые далее способствуют развитию нейротрофических нарушений. На этом фоне активизируется патогенная флора, которая усугубляет функциональную патологию, трансформируясь постепенно в органические изменения органов и систем и хронизирует патологические процессы.

#### Литература:

1. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. *Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков*. - СПб.: Речь, 2002.
2. Смулевич А.Б. *Психосоматические расстройства. Руководство по психиатрии / Под ред. А.С. Тиганова*. - М.: Медицина, 1999. - Т. 2. - С. 466-489.
3. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. *Соматизация – история понятия, культуральные и семейные аспекты, объяснительные и психотерапевтические модели // Московский психотерапевтический журнал*. - 2000. - № 2. - С. 5-50.

---

---

## **ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ТРАВМУ, И МЕТОДЫ РАБОТЫ С НИМИ**

К.А. Шалабаева

г. Павлодар

Личностное самоопределение является одной из важнейших задач в подростковом возрасте. Оно включает в себя самоопределение относительно социокультурных ценностей, смысла своего существования, а также формирование жизненной позиции и жизненных перспектив. Для подростков из детского дома процесс личностного самоопределения является также чрезвычайно важным, но здесь он приобретает принципиальные особенности, без учета которых воспитатель и педагог не смогут эффективно сопровождать этот процесс. А специальное психолого-педагогическое сопровождение является необходимым условием успешного личностного самоопределения. Психолого-педагогическое сопровождение процесса личностного самоопределения, в частности профессионального самоопределения подростков, которые воспитываются в условиях детского дома.

### **Адаптационные особенности детей – жертв насилия и жестокого обращения**

Следует учитывать, что когда ребенок длительное время находился в экстремальных условиях, а затем переходит в другие, казалось бы, более благоприятные условия (из семьи, где с ним жестоко обращались, – в приют, детский дом или с улицы – в реабилитационный центр и т. д.), то создается впечатление, что его адаптационные способности нарушены. На самом же деле нарушенная адаптация свидетельствует об очень хорошей приспособляемости к тем самым экстремальным ситуациям, в которых ему приходилось находиться. Как говорит один из героев кинофильма «Рембо»: «То, что вам удобнее называть адом, для него является домом».

Когда ребенок попадает в соответствующее учреждение, резко меняется весь привычный уклад его жизни. Он оказывается оторванным от дома, школы, привычного круга общения с родными и сверстниками, теряет то, к чему был привязан, в том числе игрушки, любимые занятия, людей. Взамен он приобретает непонятный для себя социальный статус, например «приютского» ребенка – одного из многих, попадает в новую для него систему отношений со своей шкалой ценностей и правил поведения, к которым бывает трудно быстро привыкнуть. Чем меньше возраст ребенка, тем ему труднее понять происходящие изменения, представить дальнейшие перспективы своей жизни. Изменившийся статус вызывает растерянность и тревогу, так как дети обычно не представляют, как решится их дальнейшая судьба, и от чего она зависит. Если ребенок, несмотря на

злоупотребления со стороны родителей, сильно привязан к ним, то его изъятие может оказаться еще большей травмой, чем те, которые он переживал в семье, со всеми ее последствиями. По понятным причинам приют или детский дом не могут дать ребенку необходимое количество тепла и внимания. Ребенок в них не всегда защищен и от насилия со стороны старших ребят или сверстников. Случается, что ребенок, сталкиваясь с новыми сложностями, начинает хотеть домой, испытывает чувство вины перед родителями, изменяет свой рассказ о случившемся. Конечно, это не значит, что ребенку было в той ситуации хорошо и не надо было ничего менять. Однако важно с уважением относиться к жизненному опыту этого ребенка, не ужасаясь, но и не отрицая его. Надежда возможна лишь тогда, когда имеет право на существование то, что уже есть. Ведь даже находясь в самых ужасных условиях, человек ценит какую-то часть своего опыта, связанную с позитивными переживаниями (возможно, это взаимоотношения со значимыми людьми, собственные достижения или что-то еще). Отрицание же этого опыта в той среде, к которой ему предстоит вновь адаптироваться, может вызвать не желание принимать новый образ жизни, ради которого нужно отказаться от лично значимых вещей. Это в какой-то степени объясняет побеги детей и возвращение в ту среду, из которой их изъяли. И, как бы ни ужасали и ни вызывали в нас чувство гнева родители, истязающие и насилиющие своих детей, мы должны принимать и давать место той любви, которую продолжает испытывать к ним ребенок. Важно, чтобы ребенок мог хранить какие-то личные вещи, принесенные из «той жизни». Это могут быть любимые игрушки, фотографии, какая-то одежда или даже просто лоскуток ткани, в который он утыкался, когда плакал. Мы не знаем, что может оказаться значимым для ребенка, поэтому всегда нужно спросить о том, что он хочет оставить, чтобы чувствовать связь со своим прошлым. И пусть нас не смущает, что, на наш взгляд, это совсем не значащая вещь, пусть не пугает ее замусоленный вид. Давайте вспомним, какие игрушки были любимыми в нашем детстве – скорее всего, это были изрядно потрепанные мишки и зайцы, которые следовали за нами повсюду. Они выдерживали наш гнев и любовь, делили с нами горести и радости, защищали нас от одиночества иочных страхов. И неважно, как игрушка выглядит и сколько ей лет, главное, что она дорога ребенку и дает ему чувство собственной непрерывности во времени и пространстве.

И, конечно же, для адаптации к новым условиям любому человеку нужно чувствовать стабильность,

последовательность, предсказуемость поступков окружающих его людей, необходимо ощущать понимание пекущихся о нем людей и иметь время для реабилитации.

Считается, что при обеспечении ребенку нормального ухода, при быстром выявлении проблемы и оказании адекватной психологической и психотерапевтической помощи его готовность к восстановлению будет достаточно быстрой, чтобы пойти на поправку. И любые взрослые, оказавшиеся рядом с такими детьми, могут помочь, если:

- признают их чувства и поведение;
- будут слушать, не осуждая;
- понятными словами заверят ребенка в его безопасности;
- убедят ребенка, что его никто не обвиняет в случившемся;
- выразят ребенку свою любовь;
- будут вести себя так, чтобы завоевать доверие;
- будут отвечать на вопросы с предельной честностью;
- помогут осознать, что все образуется, и они не всегда будут чувствовать себя так, как сейчас;
- при любых переменах постараются создать атмосферу стабильности (Дейтс, 1999).

Но для того, чтобы оказать ребенку помощь, важно суметь увидеть и услышать то, что он пытается сказать своим поведением, которое нам зачастую кажется неадекватным.

### **Типичные формы поведения, и что они могут означать**

Конечно, любое поведение может иметь много различных причин, и каждый внимательный взрослый, работающий с детьми, основываясь на своем опыте и наблюдениях, сможет дополнить приведенный ниже список.

*Поведение. Возможное значение этого поведения.*

*Плач* – Я хочу, чтобы кто-нибудь увидел, как ужасно я себя чувствую.

– Мне нужно добиться, чтобы все было так, как я хочу, и тогда я почувствую себя на высоте и буду менее уязвим.

– Возможно, вы сдадитесь, если почувствуете жалость ко мне.

*Крик* – Меня не слушают.

– Никто не понимает, как я себя чувствую.

– Я не хочу, чтобы окружающие видели, как я действительно себя чувствую, потому, что тогда я буду более уязвим.

*Запугивание других* – Я хочу чувствовать себя сильным и держать все под контролем.

– Я не хочу быть единственным, кто чувствует себя плохо.

– Мне нужно, чтобы кто-то другой чувствовал себя так же ужасно, как и я.

*Не слушает то, что ему говорят* – Я чувствую себя бессильным и должен восстановить свой контроль над вещами.

– Я хочу проверить, действительно ли вы преданы мне (заботитесь обо мне или просто манипулируете мною).

*Агрессивен и прибегает к насилию по отношению к другим* – Я хочу проверить, могу ли я таким образом оттолкнуть вас от себя, лукавите ли вы, когда говорите, что вы на моей стороне.

– Я не знаю, как еще показать свой гнев.

– Я чувствую свое бессилие, обиду, страх и т.д., но, проявляя свой гнев, я защищаю так себя от этих чувств.

*Истерики для того, чтобы добиться своего* – Я ничего не могу поделать, у меня нет сил, нет слов, но я хочу владеть ситуацией.

– Только когда я владею ситуацией, я чувствую себя в безопасности.

*Флирт* – Я хочу поступать по-своему, чтобы не чувствовать себя таким бессильным, и я не знаю, как еще получить эти силы.

– Я не знаю других способов заслужить доверие и расположение взрослых.

*Закрываются в комнате на замок* – Я должен защищать себя – никто другой за меня этого делать не будет.

– Я не могу сближаться с людьми, так как они меня могут ранить.

– Я не хочу раскрывать свою личную жизнь.

*Кражса* – Взрослые не заботятся обо мне, так что я должен обеспечить себя сам.

– Вы действительно примете меня независимо от того, что я делаю?

– Пусть все думают, что это самое плохое, что могло произойти со мной.

– Мне нужно так много всего (тепла, заботы, внимания, любви), чтобы заполнить ту пустоту, которая образовалась внутри меня.

*Борьба с другими детьми как с конкурентами*

– Если я не забочусь о своих интересах, никто за меня этого делать не будет.

– Мне нужно чувствовать, что меня любят и принимают, а это возможно только в том случае, если я буду лучше, чем другие.

– Я привык к борьбе за выживание.

*Отказ принимать участие / изолирование себя*

– Сближаться с людьми – опасно для меня, и я должен держаться с стороне.

– Я недостаточно хороший, чтобы быть с ними.

*Нанесение вреда самому себе* (например, порезы/ попытки самоубийства) – Я ужасно себя чувствую, но не знаю, как поделиться с вами этим.

– Я должен концентрироваться на физической боли – это помогает мне справляться с моим эмоциональным кошмаром.

– Я делаю это, чтобы чувствовать себя живым.

## *Курение*

- Я – взрослый и не нуждаюсь ни в ком, кто бы заботился обо мне.
- Мне наплевать на себя.
- Лучше я буду делать это, чем думать о том, что со мной произошло.

Такой анализ поведения ребенка дает возможность понять, что мотивирует его вести себя подобным образом. Важно, чтобы помогающий взрослый понял чувства ребенка, сумел отреагировать на них и научил его иным способам выражения своих чувств. Итак, что же можно сделать, чтобы помочь ребенку реагировать на окружающий его мир по-другому, не воспринимая его как на агрессивную для него среду?

## *Как справляться с трудным поведением ребенка?*

1. Концентрируйтесь на положительном поведении ребенка. Берите его за основу построения взаимоотношений, и в тех случаях, когда это возможно, не обращайте внимания на негативное поведение. Дети хотят внимания. Если вы замечаете хорошие вещи, которые они делают, это поощряет делать их чаще.

2. Укрепляйте положительное поведение через вознаграждение.

Им может быть просто ваше внимание, похвала, поощрение.

3. Критикуйте поведение, а не человека. Например: «Бить кого-то – это плохо, потому что...» Но не так: «Ты безобразный ребенок, потому что ударили...» Дети, подвергшиеся насилию, уже имеют низкое чувство собственного достоинства и очень низкую самооценку. Когда мы говорим о поведении ребенка и не затрагиваем его личность, это не унижает его и не усугубляет и без того низкую самооценку. Ребенок получает возможность увидеть себя по-другому и способность менять свое поведение.

4. Создайте возможность для обучения. Научите ребенка видеть, что делать ошибки – это нормально и что это не угроза вашим отношениям, они могут продолжаться, несмотря на произошедшее. Например: «Ты разбил чашку, так бывает, просто запомни, что в следующий раз лучше взять одну или две, а не нести так много чашек сразу».

5. Будьте последовательны. Дети должны чувствовать себя в безопасности – частично этому способствует следование правилам, установленным в группе. Составляя правила поведения для группы, определитесь в главном:

- чего вы хотите достичь ими;
- правила нужны для того, чтобы научить чему-то, а не для того, чтобы отучить;
- правила должны звучать приятно и в первую очередь говорить о том, что можно, а не о том, что запрещено;
- правила должны быть четко сформулированы и изложены понятным языком;

- правила должны быть выполнимы, и их выполнение должно иметь возможность контроля;
- правила должны быть актуальными и значимыми, и, если вы видите, что они утратили свою необходимость, замените их другими;
- объясните правила коротко, конкретно и прямо;
- поясните, для чего они нужны.

6. Лучше предупредить конфликт, чем потом с ним разбираться.

Если ребенок ведет себя нежелательным образом, особенно если это поведение мешает другим или наносит ущерб, лучше сразу вмешаться и прервать этот процесс. Когда чувства ребенка накалены, то не стоит вступать в физический контакт. Можно использовать метод прерывания:

- вступить в верbalный контакт;
- сказать ребенку о том, что он делает неправильно;
- сказать, чтобы он прекратил.

В этот момент ничему не учите ребенка, не делайте наставлений и не задавайте вопросов. Это должны быть короткие и понятные фразы, направленные на прекращение ситуации. Не надо спрашивать о чувствах ребенка в этот момент или почему он себя так ведет, об этом можно будет поговорить, когда вы увидите, что ситуация нормализуется.

Пример. Петя очень зол. Он взял игрушку и разломал ее. Теперь тянет руку к следующей игрушке. Вы можете сказать: «Петя, посмотри на меня. Ты сломал игрушку. Я не могу позволить тебе ломать еще одну. Сейчас же прекрати». Хорошо, если в первой фразе вы отметите чувства ребенка, а затем скажете о поведении. «Петя, ты злился и сломал игрушку». Далее можно предложить другой вариант поведения: «Игрушки не для того, чтобы их ломали. Но у нас есть специальное место для злости, где ты можешь...»

Важно, чтобы в группе было специальное место, где ребенок может выразить свои негативные чувства. Это могут быть «мешочки для злости», в которые можно покричать, или резиновые шарики, наполненные крупой, которые можно кидать в цель, или жестяные банки, по которым можно стучать резиновым молотком, или что-то еще, что подскажет ваша фантазия. Конечно, в этот момент надо продолжать ненавязчиво наблюдать за ребенком и, как только он разрядится, спросить, как он себя чувствует, хочет ли поговорить об этом. Если нет, то сказать, что вы всегда готовы его выслушать, если у него появится такое желание. Остальным детям можно пояснить, что Петя сейчас злиться и ему нужно побывать наедине со своими чувствами в «уголке для злости», и призвать их продолжать заниматься своими делами. Те же действия можно применять и в начале конфликта между детьми:

- вступить в контакт;
- сказать, что они делают неправильно;
- сказать, что нужно делать в данном случае;

– объяснить, как это делать.

Важно, чтобы взрослый понимал, что происходит, какие чувства испытывают дети, и находил оптимальные способы разрешения ситуации.

7. Говорите четко о том, чего вы ждете от ребенка.

Объясните, что может случиться в противном случае, если он не будет вас слушать. Не предполагайте, что ребенок хорошо знает, чего вы от него хотите, и открыто говорите, что ему нужно делать.

Например, не говорите: «Прекрати разбрасывать вещи, от тебя кругом беспорядок»; вместо этого объясните, что нужно делать, чтобы не получался беспорядок вокруг. Например: «Маша, если ты хочешь лепить из пластилина, то обязательно подстели клеенку, иначе испачкаешь стол».

8. Используйте положительные фразы.

Например, вместо фразы «Не ставь эту чашку там», лучше сказать: «Поставь чашку на стол». Это создаст вокруг ребенка среду, где не одно только отрицательное, где он действующее лицо, а не вечно во всем виноватый, это положительно влияет на формирование у ребенка чувства собственного достоинства.

9. Будьте справедливы и дайте ребенку возможность рассказать свою историю. Дети часто чувствуют себя жертвами и бессильными перед властью старших, им нужно видеть, что можно иметь отношения с людьми, которые не эксплуатируют их и не унижают.

10. Делайте положительные комментарии. Замечайте вещи, которые дети делают хорошо, и объясните, что именно им удается. Положительные высказывания помогают укрепить чувство собственного достоинства и закрепляют навыки. Например: «Наташа, у тебя сегодня очень хорошо получилась аппликация, посмотри, как ты ровно и аккуратно вырезала все детали». Или: «Коля, ты сегодня был в школе. Здорово, что тебе удалось вовремя встать и не опоздать на занятия».

11. Позволяйте ребенку быть ответственным за что-то. Поручения должны быть доступными для выполнения, учитывайте особенности интересов и развития ребенка. Это поможет ребенку иметь опыт достижения чего-то и укрепит чувство собственного достоинства.

12. Будьте внимательны к чувствам ребенка и уважайте его взгляды, даже если вы с ними не согласны. Это помогает детям ценить то, что вы ими интересуетесь и справедливы по отношению к ним. Это также помогает понять, что не нужно «разыгрывать сцены», чтобы тебя выслушали.

13. Не будьте слишком строги. Спросите себя (и будьте честны): «Если бы я был ребенком, думал бы я, что это справедливо?»

14. Используйте юмор для разрядки ситуации. Это никогда не должно быть за счет высмеивания или унижения ребенка.

15. Извинитесь, если вы неправы. Если это необходимо, можно дать объяснения тому, что вы сдела-

ли. Это показывает детям, что делать ошибки – это нормально, но важно их признавать и исправлять ситуацию. Это также помогает строить доверительные отношения между вами и ребенком, учит уважению между людьми.

16. Ведите себя спокойно и при необходимости обращайтесь за помощью к коллегам. Помните, что вы – взрослый, вы – специалист, у вас есть жизненный опыт и знания. Вы имеете право на поддержку и помочь других специалистов.

#### *Взаимодействие с детьми, пережившими сексуальное насилие*

Специалисты, работающие с детьми, знают, что помочь детям, пережившим сексуальное насилие, должна носить очень индивидуальный характер. И все же мы попытаемся рассмотреть некоторые общие рекомендации.

1. Позволяйте ребенку говорить о том, что произошло. Поощряйте открытость: «Теперь ты в безопасности. То, что с тобой произошло, ужасно, но все закончилось. Ты можешь всегда свободно говорить со мной об этом»; «Я рада, что ты говоришь со мной об этом. Говорить – это очень важно. Разговоры как лекарство. Они помогут тебе прийти в себя и справиться с переживаниями».

2. Выясняйте у ребенка, понимаете ли вы смысл используемых им слов и наоборот: «Когда ты говоришь, что дядя играл с тобой в доктора, то это означает, что он трогал твои интимные части тела и тебя это пугало?» «Ты знаешь, что такое интимные части тела? Это те части, которые мы прячем под одежду и их не принято показывать другим людям».

3. Обсуждайте на примерах, что такое «хорошие» и «плохие» прикосновения. Например: «Поцелуй любимой сестры в щечку – приятно и хорошо. А поцелуй в губы тети, которую ты боишься и недолюбливаешь, отвратителен. Ты имеешь полное право сказать «Нет». «Если учитель хвалит тебя и гладит по голове, то это «хорошее» прикосновение. Но если он оставил тебя после уроков и поглаживает твои интимные части тела, то ты должен сказать «Нет» или громко позвать на помощь». «Ты не можешь трогать других детей за интимные места, но и не должен позволять другим детям трогать твои половые органы».

4. Обсуждайте права ребенка, кто может до него дотрагиваться, а кому не стоит этого позволять, кого ребенок может трогать сам. Стимулируйте детей называть те прикосновения, которые им приятны или неприятны, учите их слушать свои чувства. Учите детей считаться с чувствами приятного и неприятного у других людей. Используйте примеры из жизни. Не запугивайте детей, а просто объясните, что определенные прикосновения недопустимы и что посторонние не имеют права трогать детей там, где хотят. Необходимо объяснить, что некоторые взрос-

лье получают удовольствие, когда дети трогают их половые органы или смотрят на них. Ребенок не должен этого делать, он может четко сказать «Нет» и убежать или громко позвать на помощь.

5. Скажите ребенку о том, что «некоторые» прикосновения могут исходить от близких людей. Объясните ребенку, что он хозяин своего собственного тела и что даже близким людям он имеет право говорить «Нет», если эти прикосновения его смущают.

6. Обучите ребенка говорить «нет» тому, кто его донимает. Например:

- посмотри прямо в глаза;
- скажи спокойно и четко «Нет»;
- скажи о том, что тебе неприятно;
- скажи еще раз четко «Нет, перестань, уходи!».

Желательно закрепить эти навыки, разыгрывая возможные ситуации.

7. Убеждайте детей в том, что они не виноваты в том, что делают взрослые. И всегда могут поговорить об этом с вами. Например: «Если к тебе прикасаются так, что тебе неприятно, ты в этом не виноват. Тебя никто не имеет права трогать, если ты этого не хочешь. Поэтому ты всегда можешь попросить помощи, если у самого не получается сказать «Нет».

8. Обязательно расскажите ребенку, кто может оказать ему помощь в вашем учреждении: воспитатель, психолог и т.д., – и к кому он может обратиться за его пределами: милиция, служба спасения, социальный работник. Если ребенок уходит из вашего учреждения, то обязательно напишите ему телефоны организаций района, округа или города, в которые он может обратиться за помощью.

9. Если у ребенка имеют место такие последствия травмы, как ночное недержание мочи, страхи, кошмары и т.д., успокойте его, скажите, что так бывает и это нормально в его ситуации. «Дети, которые пережили то, что пришлось пережить и тебе, обычно тоже потом мочатся в постель или пугаются по ночам, испытывают страхи по поводу определенных вещей. Это постепенно пройдет. Ты можешь всегда поговорить со мной о том, что тебя пугает или смущает».

У детей, подвергшихся сексуальному насилию, может быть сильно нарушена способность адекватно реагировать на те, или иные прикосновения. Например, некоторые из них научились, в обмен на внимание, заботу и тепло, исполнять сексуальные действия, несмотря на то, что они для них неприятны. Иногда они пытаются таким образом завоевать расположение других детей. Важно пресечь такое поведение, но обязательно поговорить о том, что приносит удовольствие, о его желаниях и опасениях. Например: «То, что ты делал с другими детьми, не позволено делать. Это не значит, что ты плохой, но ты больше не должен так делать. Если хочешь, то мы можем поговорить о том, как еще можно получить удовольствие и внимание от других людей».

Другие дети с подобным опытом могут не допускать вообще никаких прикосновений из-за того,

что они напуганы и полностью утратили доверие к людям. С такими детьми нужно очень бережно обращаться, рассчитывать дистанцию и соблюдать осторожность в прикосновениях.

С подростками важно говорить о сексуальных отношениях так, чтобы у них не сложилось ощущения, что это что-то грязное и связано с унижением. Но при этом желательно поощрять половое воздержание. Важно, чтобы специалист, обсуждающий темы сексуальности с подростками, имел достаточно знаний, такта и навыков в проведении подобных бесед.

Для того чтобы ребенок смог отработать свой травматический опыт и справиться с проблемами, необходимо тесное взаимодействие специалистов, обсуждение индивидуальных стратегий реабилитации для каждого ребенка, создание безопасного терапевтического пространства с четкими ясными границами и правилами и внимательным отношением к внутренним проблемам ребенка. Такое взаимодействие возможно в коллективе, где осуществляется командный подход к работе, все сотрудники руководствуются едиными принципами, а также доверяют и поддерживают друг друга.

#### *Основные принципы психологической помощи детям, пережившим травму*

Мы рассмотрели некоторые особенности поведения детей – жертв насилия. Именно знание особенностей нарушений в развитии этих детей поможет нам сформулировать основные принципы и методы их психологического сопровождения.

Выше уже упоминалось о том, что психологическая реабилитация жертвы насилия ведется не только в кабинете психолога – над этим работает весь коллектив, все окружение ребенка. Но здесь мы поговорим именно об особенностях психологического консультирования и о его влиянии на реабилитационный процесс восстановления у ребенка целостного восприятия мира, положительной оценки себя и своей жизненной ситуации.

У детей – жертв насилия, как правило, нарушены границы личностного пространства и деформирован образ собственного тела. В результате личностные границы становятся иногда слишком жесткими, но чаще всего они будут неясными, нечеткими. Ребенок, который не знает своих границ, не понимает, что ему приятно, а что нет, также не может определять и признавать границы других людей. Такие дети бывают излишне навязчивыми, могут трогать и обнимать других детей, невзирая на их протест, брать чужие вещи без спроса, позволять другим издеваться над ними. Реальный мир детей, переживших насилие, был непредсказуем и опасен, в нем не было правил, а роли были путаны и неясны. Поэтому первое, что необходимо для успешной психологической реабилитации ребенка, – это создание безопасного пространства с четкими и

---

ясными границами. Безопасность определяется условиями постоянства места, времени, обстановки, людей, предсказуемостью ситуации и обозначением границ возможного поведения ребенка, которые выясняются психологом.

### *Временные и пространственные границы в психологическом консультировании*

Необходимо, чтобы для психологического консультирования существовал постоянный специально оборудованный кабинет с удобной мебелью, играми и игрушками. Психологически правильно простроенное пространство дает ребенку ощущение большей безопасности, стабильности и защищенности, а также позволяет снять напряжение.

Желательно, чтобы для встреч с ребенком был выбран постоянный день недели и определенное время. Для этого психолог вместе с воспитателем и ребенком обсуждают, как часто будут проходить встречи, какой день и время наиболее удобны для всех. Ребенку обязательно сообщают, сколько времени будет длиться сессия (обычно это 40 или 45 минут). И на каждой встрече за 5-10 минут до окончания психолог предупреждает о том, что занятие скоро заканчивается, чтобы ребенок мог успеть завершить что-то важное, чем он был в это время занят. Усилием стабильности для ребенка, пережившего насилие, будет служить придуманный совместно с психологом какой-нибудь особенный ритуал приветствия и прощания. Это может быть какой-то жест, движение или слово, понятное только им двоим. Если в кабинете есть плакат с изображением разного настроения, то ребенок может в начале и в конце занятия показывать то выражение лица, которое соответствует его настроению. Можно сделать цветные карточки. Например, в начале занятия ребенок показывает черную карточку, что означает: «мне сейчас очень плохо», а в конце голубую: «я хорошо отдохнул». Лучше заранее договориться, какой цвет что обозначает. Например: фиолетовый – «я не хочу сегодня ничего делать», красный – «я очень зол» и так далее.

Во время занятия никто не должен стучаться, а тем более входить в кабинет.

Но для некоторых, особенно тревожных детей, дверь может оставаться слегка приоткрытой. Встреча не может прерываться телефонными звонками или другими внешними обстоятельствами. Лучше, если психолог заранее вывесит на двери табличку, предупреждающую окружающих о том, что в кабинете идет работа. А все члены коллектива будут с уважением относиться к тому времени, когда ребенок реконструирует свой внутренний мир.

Хорошо, если специалист сам является для ребенка примером обязательности: не опаздывает, не переносит встречи на другое время, не выходит из кабинета во время сессии. Иначе это будет расцени-

ваться ребенком как отсутствие интереса к нему, будет усиливать тревогу, вызывать раздражение и препятствовать установлению доверительных отношений. Если вдруг сессия по объективным причинам переносится или отменяется, то психолог обязательно объясняет причину ребенку. Дело в том, что такие дети отмену сессии расценивают как отказ от них значимого взрослого (я сделал что-то неправильно и меня не любят). Важно объяснить ребенку, что это связано с объективными обстоятельствами, а не с отношением психолога к нему. Например: «Ты знаешь, в следующий раз мы не сможем встретиться, так как я должна быть в это время в другом месте. Это никак не связано с тобой, это просто мои обстоятельства, но мне тоже грустно, что наша встреча не состоится. Я буду думать о тебе. Следующая наша встреча будет через неделю в такой-то день и в такое-то время».

Но даже, несмотря на то, что психолог обговаривает ситуацию заранее, ребенок может чувствовать обиду и злость. В таком случае хорошо, если рядом окажется понимающий взрослый, которому ребенок доверяет и который сможет поговорить с ним о его чувствах.

Например: «Я вижу, ты очень сердишься или грустишь оттого, что занятие с психологом сегодня не состоялось. Но я думаю, что это не испортит ваши отношения и следующая встреча будет точно в назначенное время». Или: «Тебя беспокоит, что психолог отменил встречу. Если хочешь, мы можем поговорить об этом». То есть еще раз донести до ребенка, что его не отвергают, просто так сложились обстоятельства. И, тем не менее, на следующей встрече ребенок, скорее всего, проявит по отношению к психологу агрессию. В таком случае психолог еще раз объясняет ситуацию и разбирается с чувствами ребенка по этому поводу. Если в тот день, когда назначено занятие, весь класс или группа идут куда-то, то важно, чтобы ребенок имел право выбора – пойти со всем коллективом или остаться одному, но не пропустить занятие с психологом. Такой выбор повышает в глазах ребенка ценность его внутреннего мира, учит прислушиваться к своим желаниям и принимать решения.

Если ребенок младшего возраста, то ему сложно удерживать в памяти время и день консультации. Хотя зачастую дети об этом прекрасно помнят, ответственность все же лежит на взрослом. Хорошо, если в кабинет психолога ребенка приводит доверенный взрослый. Важно, чтобы вечером ребенку напоминали расписание на следующий день, так как предсказуемость ситуации снижает тревогу и агрессивность ребенка.

### *Разъяснение – как путь к доверию*

Чаще всего дети не имеют самостоятельной мотивации для прихода к психологу, а дети – жертвы

насилия еще, как правило, испытывают сильный страх при встрече с незнакомыми людьми. Поэтому необходимо, чтобы взрослый, который приводит ребенка к психологу в кабинет, заранее объяснил ему, куда его ведет, и что с ним будут делать там. Один мой знакомый психолог рассказал такую историю: «К нему привели ребенка пяти лет с различными соматическими проблемами (он часто болел). Ребенок был очень напряжен, зажат и испуган. Психолог изо всех сил старался продемонстрировать ребенку свое участие, интерес и дружелюбие. Он играл с ребенком, говорил о его желаниях. Когда занятие уже подходило к концу, психолог поинтересовался, как ребенок себя чувствует и не кажется ли ему этот кабинет менее страшным, чем в начале. На что ребенок ответил: «Да я уже совсем не боюсь, можете надевать свой белый халат и делать этот противный укол». Оказалось, родители сказали ребенку, что ведут его к человеку, который знает, как сдать, чтобы дети не болели. До этого у ребенка был опыт общения только с врачами, которые его лечили. Обстановка, в которую привели ребенка, не соответствовала привычной больничной, он не знал, как этот человек собирается делать, чтобы он не болел, поэтому строил свои предположения и догадки». Таким образом, отсутствие информации или ее искажение дает ребенку повод для излишней тревоги, порождает страхи, формирует негативные ожидания и мешает установлению контакта с психологом.

Вот перечень вопросов, которые могут возникать у ребенка перед первым посещением психолога:

- кто такой психолог и зачем мне туда идти?
- накажут ли меня за то, что случилось? Я плохой?
- я болен, раз меня ведут к доктору?
- что подумают обо мне мои друзья?
- будет ли мне больно?
- как долго я там буду, и когда можно будет уйти?
- если мне не понравится, можно ли будет уйти?
- что я буду говорить и делать? Что, если я скажу что-то не то?
- неужели я должен говорить что-то плохое о своей семье?
- расскажет ли этот взрослый кому-нибудь о том, что я ему рассказал?

Ребенок может не задавать эти вопросы вслух, но они присутствуют в его голове. Хорошо, если сопровождающий взрослый может заранее поговорить с ребенком о его волнении и тем самым уменьшит его тревогу. Дети, пережившие травму, ожидают негативного от любого взрослого, поэтому важно говорить об их чувствах.

В большинстве случаев психолог на первой встрече объясняет ребенку, что такое психологическое консультирование, кто такой психолог и чего от

него можно ожидать. Например: «Я знаю, что ты волнуешься из-за того, что пришел в новое место, к незнакомому человеку. Меня зовут... Я психолог. Я здесь для того, чтобы поговорить с тобой о том, что тебя волнует и беспокоит, и помочь тебе справиться с проблемами. Я слышала, что у тебя есть сложности в школе (или что-то еще; если было насилие, то сказать, что я знаю о твоих неприятностях в жизни). Я думаю, что смогу помочь тебе справиться с этим». Психолог рассказывает о том, чем можно заниматься в его кабинете, показывает игры и игрушки, говорит о том, что здесь можно брать, а затем спрашивает, чем бы ребенку хотелось заняться или о чем поговорить сегодня. Если ребенок не знает, что ему делать, то на первых встречах можно предлагать какой-то вид деятельности, но стремиться, чтобы постепенно ребенок мог прислушиваться к своим желаниям и организовывать свою игру.

Иногда в детских учреждениях существует порочная практика использования психолога как некой исправительной инстанции («Будешь продолжать драться, отправлю в кабинет к психологу, пусть он там что-нибудь с тобой сделает»). Тогда ребенок рассматривает визит к психологу как некую несправедливость или наказание.

Дети, попадающие в приют, зачастую воспринимают психолога как часть системы, которая причиняет боль. Это восприятие усиливается тем, что на первом этапе все дети в подобных учреждениях проходят «испытание» в кабинете психолога различными тестами, которые для них непонятны, бессмысленны и безличны. В данном случае психологу понадобится очень много сил, времени и терпения, чтобы преодолеть сопротивление ребенка, завоевать доверие и подойти к решению его проблем. И тогда целесообразно приглашать стороннего психотерапевта или возить ребенка на прием в специализированные центры.

### *Поведенческие и физические границы*

Границы возможного поведения ребенка в кабинете обозначаются психологом в виде простых, четко установленных и постоянно соблюдающихся правил, которые имеют логическое обоснование. Например: «Для игры с пластилином существует специальная kleenka, на которой ты можешь лепить, не пачкай стол. Если ты не хочешь использовать kleenku, то от игры с пластилином пока придется отказаться». Ребенок, переживший насилие, будет постоянно тестировать самого психолога и будет пытаться нарушать обозначенные им границы. Ребенку важно понять, выдерживает ли его психолог или так же, как другие взрослые из его жизни, отвергает или злоупотребляет им. Это относится к любому взрослому, который будет пытаться выстроить доверительные отношения с таким ребенком. Нужно быть готовым выдерживать его гнев и агрессию. Если

ситуация становится невыносимой, то взрослый тоже может проявить свой гнев в вербальной форме. Но при этом важно разделять чувства и действия, говорить ребенку, что его не отвергают. Например: «Я очень злюсь, когда ты не реагируешь на мои слова и продолжаешь ломать игрушки в кабинете. Мне это неприятно, и я в гневе, но это не значит, что я буду запрещать тебе приходить сюда или буду с тобой плохо обращаться. Если тебе важно сейчас что-то ломать, чтобы справиться со своей злостью, то для этого у меня есть...». Для таких случаев в кабинете психолога может быть коробка со старыми сломанными игрушками, жестяные банки из-под напитков, которые можно бить и давить, чурбак для забивания гвоздей, мешочки с крупой, которые можно кидать в мишень, дротики или что-то еще.

Для детей очень важно личностное пространство, лучше, если оно обозначено вполне конкретными вещами: папка для рисунков и записей, коробочка для его поделок... Психолог говорит ребенку, что все это будет храниться в его кабинете, но на последней встрече он сможет выбрать и забрать с собой что-то, что наиболее важно для него.

Для детей, переживших насилие, большое значение имеет приемлемая физическая дистанция. Если ему хорошо на большом удалении от взрослого, то не стоит придвигаться. Ребенок, подвергавшийся сексуальному насилию от близкого человека, очень склонен к зависимости от взрослого. Он быстро и сильно привязывается к психологу. Иногда психологу очень трудно выдерживать эту привязанность, а если не давать поддержку зависимости ребенка, то это будет вызывать очень сильный гнев. Но необходимо обозначать и свои границы, если ребенок придвигается слишком близко. Например, можно сказать: «Я вижу, что ты хочешь быть со мной поближе, но я чувствую себя комфортнее на таком расстоянии, а как это тебе?» Иногда дети, пережившие насилие, в процессе занятия все время трогают взрослого, так как не знают, где заканчиваются собственные границы и начинаются границы другого. Такому ребенку необходимо говорить о том, что людям необязательно трогать друг друга, чтобы показывать свое хорошее отношение. Важно не просто говорить ребенку о том, что не надо меня трогать, а проговаривать свои чувства. Иначе ребенок чувствует себя отвергнутым, плохим и нелюбимым. Например: «Я вижу, что для тебя важно прикасаться ко мне. Но тело каждого человека принадлежит ему, и другие люди не могут трогать его без особого на то разрешения. Я здесь не для того, чтобы ты меня трогал. И я тоже не буду трогать тебя. Мы здесь для того, чтобы говорить, играть и находить способыправляться с твоими проблемами».

Здорово, если в кабинете психолога есть укромное место, куда ребенок может спрятаться, если ему это необходимо. Это может быть палатка, домик, балдахин с ковриком, в крайнем случае, какая-то

мебель или доска. Ребенку нужно позволить самому решать, когда он хочет быть открытым, а когда побыть наедине с собой в присутствии значимого взрослого. Таким образом, он понимает, что у него есть собственные границы и что есть взрослые люди, которые готовы с этим считаться. Постепенно восстанавливается его доверие к миру, в его жизни появляется безопасный взрослый, и тогда ребенок может дальше исследовать свое жизненное пространство.

Только при соблюдении всех вышеперечисленных условий ребенок может начать открыто обсуждать те травмы, которые он получил в своей жизни. Но его никогда не нужно торопить! Иногда получение нового опыта общения с взрослым человеком бывает более целебным, чем сами обсуждения травматических переживаний. Но если ребенок начинает говорить о насилии над ним (через игру или словами), то психолог спокойно обсуждает эти моменты жизни ребенка, не отрицая, но и не драматизируя их.

#### *Методы и средства психологического консультирования*

Мы уже сказали, что для психологической реабилитации ребенка необходимо создание безопасного пространства и доверительных отношений с взрослым человеком. Но также задачей психолога является предоставление ребенку средств, дающих ему возможность исследовать свой внутренний мир, выражать свои чувства, завершать незавершенные ситуации и облегчать ношу своих невысказанных переживаний. Ребенку о многом трудно сказать словами, иногда он просто не знает этих слов, но он может говорить через игру, рисунки, поделки и многое другое. Поэтому важно, чтобы у психолога было много различных средств для самовыражения ребенка. Конечно, каждому психологу могут быть более близки те или иные методы работы. Но гораздо эффективнее, когда психолог отталкивается не от своих желаний и привычек, а от желаний и потребностей ребенка. Каждый ребенок – это уникальная личность. И поэтому психологу приходится быть творческим человеком, чтобы находить именно те средства, которые помогают ребенку «открывать окна в его внутренний мир».

Детям легче говорить о себе через проекции, как будто это не имеет к ним никакого отношения. Это может быть:

- сочинение историй или рассказывание сказок;
- рисование;
- создание коллажей;
- кукольный театр;
- игры с игрушками;
- поделки из различных материалов (пластилин, глина, тесто и т.д.);
- создание историй на песке;
- чтение книг и многое другое.

---

---

И лучше, если психолог не спешит с интерпретациями, а просто входит в мир ребенка, слушает его, присоединяется к нему и говорит на его языке.

Но психологическое консультирование – это не только освобождение чувств ребенка, это также и обучение новым способам познания и выражения себя, взаимодействия с другими людьми. Ребенок учится узнавать свои чувства, чувства других людей и говорить об этом. Он узнает альтернативные способы поведения, а главное – он учится принимать свое прошлое и не бояться будущего.

Мы не будем останавливаться на психологических и психотерапевтических методах работы с детьми, пережившими травму, так как это не является целью данной статьи. Но отметим лишь то, что в организацию психологического кабинета может внести свою лепту каждый сотрудник детского учреждения. Для работы с ребенком может понадобиться множество материалов. Это яркие пуговицы, какие-то украшения, перья, камешки, различные природные материалы. Дети в поисках собственной идентификации любят переодеваться и менять свой облик. Значит, могут пригодиться какие-то забытые стильные вещички из прошлого: шляпки и галстуки, шали, платки, краски и бижутерия. Этих вещей не должно быть много, но они должны помогать быстро изменить облик и пробудить желание творчества. Расставание без слез.

Признаками исцеления ребенка, пережившего травму, будут:

- выражение своей боли;
- обвинение преступника;
- поиск доверия к себе и к людям;
- оценка отношения к преступнику (будет ли он себя чувствовать безопасно при встрече с ним);
- снятие с себя вины за все произошедшее с ним;
- принятие своего прошлого и надежда на будущее (да, это со мной было, но это еще не вся жизнь);

**Список использованной литературы:**

1. Аксенова Л.И. Социальная педагогика // Дефектология, 1997. - №2. С. 32-40.
2. Асмолов В.М., Лебединская О.И., Шапиро Б.Ю. Теоретико-методические аспекты подготовки специалистов социально-педагогической сферы для работы с детьми, имеющими отклонения в развитии. - М., 1995.
3. Бадмаев С.А. Психологическая коррекция отклоняющегося поведения школьников. - М., 1997.
4. Виноградова А.Д. Мотивация деятельности умственно отсталых школьников. - М., 1991.

- 
- 
- знание границ своего тела и умение говорить «нет»;
  - отсутствие симптомов травмы.

Детей необходимо заранее готовить к завершению занятий с психологом или психотерапевтом!

Для детей, имеющих травматический опыт, это должен быть особенно тщательно спланированный процесс. Над завершением необходимо работать несколько сессий.

Необходимо говорить о чувствах, которые возникают при прощании, строить планы на будущее. Также важно ребенка снабдить информацией о том, что многое в жизни может ему напоминать о насилии: запахи, звуки или что-то еще, от этого нельзя сразу избавить, но он постепенно учится контролировать свою тревогу. Дети думают, что психолог больше не хочет о них заботиться, поэтому важно сказать ребенку, что его не отвергают и он не лишается поддержки, что он может звонить, писать или иногда приходить, если возникнет необходимость. Желательно вместе перечислить, чего он достиг, и что изменилось в его жизни. Люди при расставании часто испытывают амбивалентные чувства: грусть, а иногда и злость, но при этом любовь и радость от ожидания чего-то нового. Детям трудно справиться со столь разными переживаниями, поэтому необходимо это выразить через рисунок, или выдуманную прощальную историю, или поделку на память. Иногда психолог заранее готовит для ребенка маленький символический подарок для «хороших воспоминаний». И обязательно дать ребенку возможность посмотреть свои поделки, рисунки, можно зачитать какие-то особенно интересные моменты из описания встреч, а затем позволить ему что-нибудь взять с собой на память.

Завершение психологической реабилитации ребенка – это не финал, это лишь начало нового этапа в жизни ребенка. Но внезапное и незавершенное расставание делает ситуацию невыносимой. Поэтому важно, чтобы все заботящиеся о ребенке взрослые серьезно относились к его чувствам, связанным с расставанием.

---

## ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

### НЕКОТОРЫЕ МЕТОДЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО РАВНОВЕСИЯ

Н.П. Сысоева

г. Павлодар

#### Введение

Никто не живет за «стеной», изолирующей от жизненных невзгод, межличностных столкновений, и поэтому нет гарантии, что сегодня или завтра не придется вновь испытывать гнев, обиду. Каждому человеку важно уметь не только предупреждать конфликты, но и гасить их последствия - эмоциональный стресс, который способен подорвать его здоровье и работоспособность. Селье и другие исследователи доказали, что самые разные вредоносные воздействия на организм («отравление» ЦНС, инфекции и др.) вызывают сходную неспецифическую защитную реакцию организма – стресс. Если защитные силы не способны справиться со своей задачей, то человек погибает (инфаркт миокарда, инсульт) или у него развиваются хронические заболевания – неврозы, болезнь желудка или 12-перстной кишки, сахарный диабет и т.д.

Современный человек особенно часто подвергается эмоциональному стрессу, то есть психотравмам, возникающим из-за межличностных столкновений. Селье предлагает руководствоваться в межличностных отношениях принципом «альtruистического эгоизма». Он считает, что «эгоизм – существенная черта всего живого, и если мы будем честны перед собой, то должны согласиться, что ни один из нас не любит так своих собратьев, как самого себя». Поэтому он указывает, что известный из библии альтруистический завет «Возлюби ближнего, как самого себя» нереален, поскольку несовместим с биологическими законами. С точки зрения Селье более разумен и важен призыв: «Заслужи любовь ближнего». Это самый лучший способ удовлетворить естественные эгоистические желания. Альтруистический эгоизм – ключ к успеху, тогда как эгоизм в чистом виде приводит к конфликтам и неустойчивым взаимоотношениям. Заслужить доброжелательное отношение окружающих – такой должна быть у человека важнейшая жизненная установка, которая придает ему оптимизм, уверенность в своем будущем. Исходя из принципа альтруистического эгоизма, Селье сформулировал следующие рекомендации относительно гигиены повседневного общения и сохранения эмоционального равновесия.

#### Методы

1. Постоянно стремясь завоевать любовь (ближнего), все же не заводите дружбы с «бешеною собакой».

2. Признайте, что совершенство невозможно, но в каждом виде достижений есть своя вершина, стремитесь к ней и довольствуйтесь этим.
3. Цените радость подлинной простоты жизненного уклада. Избегая всего нарочитого и показного, вычурно-усложненного, вы заслужите расположение и любовь; напыщенная искусственность вызывает неприязнь.
4. С какой бы жизненной ситуацией вы ни столкнулись, подумайте сначала, стоит ли сражаться.
5. Постоянно сосредоточивайте внимание на светлых сторонах жизни и на действиях, которые могут улучшить ваше положение. Страйтесь забывать о безнадежно отвратительном и тягостном.
6. Даже после сокрушительного поражения боритесь с угнетающей мыслью о неудаче лучше всего с помощью воспоминаний о былых успехах. Даже в самой скромной карьере есть что-то, о чем можно с гордостью вспомнить.
7. Если вам предстоит неприятное дело, но оно необходимо для достижения цели, не откладывайте его. Вскройте нарыв, чтобы устраниТЬ боль, вместо осторожного поглаживания.
8. Не забывайте, что нет готового рецепта для всех.

Но что делать, если все же стрессовая ситуация возникла?

Можно выделить три физиологических механизма подобного состояния и соответственно три возможных направления восстановления эмоционального равновесия человека.

*Во-первых*, в коре головного мозга сформировался стойкий очаг возбуждения, так называемая доминанта. Значит, для успокоения надо ее ликвидировать или же создать новую конкурирующую («клип клином вышибают»). Все отвлекающие приемы (чтение захватывающего романа, просмотр кинофильма и пр.) фактически направлены на формирование конкурирующей доминанты.

*Во-вторых*, в следующую фазу стресса подготавливаются условия для интенсивной мышечной нагрузки, для усиленного снабжения всех органов и тканей кислородом и питательными веществами. Но современный человек вслед за стрессом обычно непускает вход скопившуюся мышечную энергию, поэтому у него в крови еще долго циркулируют биологически активные вещества, которые не дают успокоиться нервной системе и внутренним органам.

---

---

Необходимо нейтрализовать гормоны стресса, и лучший помощник здесь – физическая культура, интенсивная мышечная нагрузка.

*B-третьих*, из-за того, что стрессовая ситуация сохраняет свою актуальность, в кору головного мозга вновь и вновь поступают импульсы, поддерживающие активность доминанты, а в кровь продолжают выделяться гормоны стресса. Следовательно, надо снизить значительность для себя этого несбыившегося желания или же отыскать путь для его реализации. Оптимальным способом избавления от затянувшегося стресса является полное разрешение конфликта, устранение разногласия, примирение. Если это сделать не возможно, то следует призвать на помощь силу логики и переоценить значимость конфликта, например: «Конечно, он оскорбил меня, но ведь его понять можно, он измучен своей болезнью, да еще в семье у него трагедия». Из приемов саморегуляции наиболее часто пользуются переключением на занятия любимым делом (чтение, музыка, посещение кино, театра и т.п.) чем увлекательнее дело, тем легче человеку создать конкурирующую доминанту. Вот почему каждому из нас не помешает иметь какое-либо хобби, которое открывает путь положительным эмоциям.

Эффективна в переключении и разрядке отрицательных эмоций музыка. Целебное воздействие музыки используется для лечения ряда функциональных заболеваний нервной системы. Для того чтобы музыка помогла избавиться от послестressовых переживаний, необходимо соблюдать ряд условий. Прежде всего, музыка должна соответствовать и настроению, и вкусу. Иногда хочется бодрящей, мажорной мелодии, иногда нежной, успокаивающей. Одни всегда черпают положительные эмоции в классической музыке, другие - в эстрадной музыке. Звучание музыки должно быть оптимальным по силе громкости.

Особенно сильное целебное действие на психику оказывает активная музыкотерапия, то есть когда человек сам исполняет ту мелодию, которую требует его настроение. Один из лучших способов успокоения, при котором включаются сразу несколько механизмов саморегуляции, является общение с близким человеком, когда можно, во-первых, излить душу, то есть разрядить очаг возбуждения, во-вторых, переключиться на интересную тему, а в-третьих, совместно отыскать путь к благополучному разрешению конфликта или хотя бы к снижению его значимости. Велика целебная сила общения с собственными детьми. Стоит поиграть с жизнерадостным смешным мальшом, как сразу же оттаивает ожесточившаяся душа, наступает и расслабление, и переключение. К сожалению, некоторые люди после эмоциональных стрессов часто необдуманно пытаются решить свои проблемы с помощью успокаивающих средств или алкогольных напитков. Но при постоянном употреблении некоторых из них (также

как и алкоголя) возникает угроза болезненного пристрастия (наркомания, алкоголизм).

Нередко эмоциональное равновесие хорошо восстанавливает сон. Однако самым мощным успокаивающим фактором является время. Оно приглушает все обиды, с годами заживаю даже тяжелейшие душевные раны. Надежда на целебную силу времени способна поддерживать дух человека после горестного события. Главное - превозмочь себя в начальном периоде психотравмы. И здесь требуется «ускорить бег времени» - отрешиться в крепком сне, хотя бы на несколько часов, от мучительных мыслей, переключиться на любимое дело, на книгу, на музыку или прибегнуть к другим многочисленным приемам.

Самый естественный и поэтому очень эффективный метод устранения после стрессовых отрицательных эмоций – это интенсивная - до усталости - мышечная нагрузка.

Также людям хорошо знакомо успокаивающее действие плавания. Смена привычной обстановки, во время хотя бы небольшого путешествия, общение с природой – так же хорошие методы восстановления эмоционального равновесия.

Обида, тоска, горе часто выливаются в слезах, особенно у детей и женщин.

Мнения специалистов – психотерапевтов относительно целесообразности этого типа разрядки эмоций противоречивы. Одни считают, что это одно из лучших успокаивающих средств, что «печаль, невыраженная слезами, заставит плакать другие органы». Другие же полагают, что облегчение при плаче происходит по механизму истощения и потому нецелесообразно. Истина в золотой середине. Если кто-то не может сдержать слезы, пусть не насищает себя, однако плач не должен стать единственным путем разрядки, успокоения.

Одним из наиболее мощных средств восстановления эмоционального равновесия является аутотренинг (АТ) – особая методика самовнушения на фоне максимального мышечного расслабления.

АТ помогает:

- а) быстро снять излишнюю нервно-психическую напряженность волнение;
- б) уснуть в любое время для кратковременного эффективного отдыха;
- в) уменьшить потребность в ночном сне;
- г) снять проявление неврозов и вегетативно-сосудистой дистонии – головные боли, вялость, раздражительность, неприятные ощущения со стороны внутренних органов и т.п.;
- д) мобилизовать все душевые и физические силы на достижение поставленной цели.

Освоить аутотренинг может практически каждый человек, но более легко ондается людям, способным вызвать в сознании яркие, живые образы, а также тем, кто преодолеет скептическое недоверие к методу.

---

---

## **Заключение**

Заканчивая разговор о способности эмоциональной разрядки и переключения, следует подчеркнуть, что в постстрессовом периоде важно привести в действие все основные рычаги успокоения: создать конкурирующую доминанту, утилизировать выделив-

шиеся активные вещества, прекратить «умственную жевачку» неприятных событий и тем самым блокировать выделения новых порций гормонов стресса.

И еще один совет - в конце каждого дня 2-3 минуты отведите на строгий анализ ошибок, допущенных в общении с окружающими, и в ближайшее время постарайтесь их исправить.

### ***Использованная литература:***

1. Аксенова И.О., Кюне Г.Е., Вовин Р.Я. *Проблема хронизации психозов преодоление терапевтической резистентности (на модели депрессивных состояний)*.
2. Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова, том 108. 8. 2008, «Медиа Сфера».
3. Кнорр В. Роль биоритмов в течении и терапии психических заболеваний.
4. Кудрявцев И.А. *Реактивные психозы*. – Киев: Здоровье, 1988.
5. Кудьярова Г.М., Зальцман И.И. *Психиатрия для семейных врачей*. – Алматы, 2000.
6. Мосолов С.К., Костюкова Е.Г. *Клиника и течение биполярной депрессии*. – М., 2009.
7. *Психиатрия и психофармакотерапия / журнал имени П.Б. Ганнушкина*, 2007.
8. *Психические расстройства в общей медицине / под редакцией А.Б. Смулевича*. - 2007.
9. *Руководство по психиатрии / под редакцией академика АМН СССР А.В. Снежневского*. – М.: Медицина, 1983.
10. Ушаков Г.К. *Пограничные нервно-психические расстройства*. – М.: Медицина, 1987.
11. *Фармакотерапевтические основы реабилитации психически больных / под редакцией Р.Я. Вовина, Г.Е. Кюне*. – М.: Медицина, 1989.

---

## ИНФОРМАЦИЯ И ОБЗОРЫ

### ОСОБЕННОСТИ ОБСЛУЖИВАНИЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ

О.Н. Гончар

Обслуживание детского населения имеет ряд особенностей. Необходимо учитывать, что детский организм - это развивающаяся, быстро обновляющаяся в определенном смысле высшая субстанция. Многие психические заболевания и расстройства детского возраста подвергаются за относительно короткое время редукции; одни заболевания скрываются под маской других, например, гипердиагностируемая умственная отсталость очень часто катамнестически проявляется как резидуально-органическое поражение головного мозга, лечение которого бывает весьма перспективным. Ранний детский аутизм в большинстве случаев выступает как проявление шизофренического процесса.

Качество обслуживания населения может поддерживаться благодаря Кодексу о здоровье народа и системе здравоохранения. Однако в настоящее время нет документов, регламентирующих работу участковых психиатров, отсутствуют периодические Протоколы диагностики и лечения психических расстройств, применительно к диспансерной службе. Для проведения исследования пациента оформляются заявления законных представителей (мать, отец или опекун): очень важно, чтобы заявления исходили от обоих родителей во избежание недоразумений. После всестороннего необходимого обследования выставляется клинический диагноз и врач уже должен решить целесообразность взятия на учет и дальнейшей тактики лечения.

Основная масса пациентов, как показывает практика, подлежит консультативному наблюдению, так как на детском участке много лиц с органическими расстройствами непсихотического характера, расстройствами поведения и другими, не чётко выраженным психическими расстройствами. Больные, имеющие выраженную патологию, пациенты с возможной прогредиентной симптоматикой подлежат обязательному диспансерному наблюдению. Группы учета регламентированы приказом по организации и рекомендованы Службой управления качеством медицинской помощи, и они соответствуют прежде изданным приказам Министерства здравоохранения Республики Казахстан (МЗ РК) по совершенствованию психиатрической помощи:

- 1 группа - это больные с ежегодными госпитализациями, частыми декомпенсациями на внебольничном уровне. Посещаются не реже одного раза в месяц;

г. Экибастуз (Павлодарская обл., РК)

- 2 группа - больные, подлежащие медико-социальной помощи, коррекции терапии, нуждающиеся на амбулаторном лечении, то есть эквивалент стационара на дому. Больные посещают врача не реже 1 раза в неделю;
- 3 группа - больные, получающие поддерживающее лечение. Явка согласно срокам выписки рецептов.
- 4 группа - больные с хорошей компенсацией, длительной ремиссией; данная группа учета пополняет консультативную группу и группу лиц, снятых с учёта со стойким улучшением и выздоровлением. Больные могут посещать врача 1-2 раза в год.

Консультативный учет предполагает кратковременные преходящие психические расстройства, которые проявляются невротической, неврозоподобной и другой не чётко выраженной симптоматикой. Как правило, данный вид наблюдения предполагает один год учета. При необходимости наблюдение продлевается, нередко больные переводятся на диспансерный учет. Следует отметить, что все вопросы взятия на учет и снятия решаются врачебно-контрольной комиссией (ВКК). Ранее вопрос снятия с учета лиц мужского пола предусматривалось решать только после призывающего возраста. Однако в настоящее время, Кодекс «О здоровье народа и системе здравоохранения» не имеет таких ссылок, поэтому снятие с учета проходит в индивидуальном порядке по отсутствию показаний к дальнейшему наблюдению.

При активных посещениях участковый врач осматривает больных только в присутствии законного представителя, и в таком случае делается запись в медицинской карте амбулаторного больного. При подборе варианта терапии, когда пациент обращается впервые с явными психическими расстройствами, обострениях и декомпенсациях, в первую очередь нужно исходить из возможностей амбулаторного обследования и лечения. Направление в стационар должно осуществляться как исключительная необходимость, так как само пребывание вне семьи в большинстве случаев для пациента равнозначно психической травме. Диспансерное отделение имеет большие возможности для этого; сложные больные осматриваются комиссионно совместно с заведующим (время консилиумов регламентировано в утвержденном графике). Амбулаторно решаются вопросы направления в отдел медико-социальной

экспертизы (ОМСЭ), проводится ВВК, только в сомнительных случаях пациенты госпитализируются.

Для повышения эффективности работы диспансерной службы необходимо для детей открыть стационары на дому, что позволит снизить финансовую нагрузку на медикаменты родителям. В психи-

атрии такой вариант стационарзамещающей помощи не предусмотрен. Это позволит в значительной степени оптимизировать койки в стационаре.

Автор считает, что за оптимально работающими диспансерными отделениями, будущее в психиатрии.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЭНКОРАТ-ХРОНО В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

О.Н. Гончар

г. Экибастуз (Павлодарская обл., РК)

### Введение

Лечение больных шизофренией является самым важным вопросом психиатрии и психофармакотерапии. Применение седативных нейролептиков, нейролептиков антипсихотического действия, антидепрессантов не всегда достигает своей цели из-за наличия побочных действий, а повышение доз нередко приводит к развитию осложнений, особенно на фоне сопутствующей соматической и резидуально-органической патологии.

Последние годы в лечении больных шизофренией с успехом применяются противоэпилептические препараты, в частности валпроаты пролонгированного действия (энкорат-хроно). Механизм действия валпроатов, в частности энкорат-хроно, связан с влиянием на функционирование шунта гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК). Соли валпроевой кислоты повышают содержание ГАМК в головном мозге, это приводит к нормализации эмоционального фона, к седативному эффекту, подавлению чувства тревоги, страха, успокоению больных, нормализации процесса сна. Очень важным является эффект потенцирования действия одновременно вводимых нейролептиков, транквилизаторов и антидепрессантов, что позволяет избежать повышения их дозировок и развития побочных эффектов.

Применение энкората-хроно следует считать показанным при наличии в структуре приступов шубообразной шизофрении депрессивных и маниакальных синдромов, состояний психомоторного возбуждения с наличием тревоги, страха, психопа-

топодобных синдромов на фоне гипомании с дезорганизацией поведения. Назначение энкората-хроно может сочетаться с назначением других препаратов с психотропным действием.

### Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением находилась группа из 29 больных шизофренией, проходивших стационарное лечение в ГУ «Экибастузский городской психоневрологический диспансер», контрольная группа из 30 пациентов. Возраст больных составлял 16-59 лет. Из них 15 мужчин и 14 женщин, длительность психического заболевания составляет 3-15 лет.

Метод исследования шкала PANSS. В клинической картине были представлены галлюцинаторно-параноидные синдромы, протекавшие на фоне депрессии или мании, аффективно-бредовые синдромы, а также психопатоподобные синдромы на фоне гипомании с нарушением влечений. Больные находились в состоянии психомоторного возбуждения со злобой, агрессией, страхом, тревогой, наблюдались нарушения сна с трудностями засыпания, частыми ночными пробуждениями (таблица 1).

Для стандартизованной оценки психического статуса использовались общепринятые шкалы PANSS. Оценка психического состояния пациентов по протоколу проводилась регулярно - 1 раз в неделю и через 1 месяц после выписки.

Для лечения вышеописанных состояний применялись нейролептики:

- галоперидол 0,5% 1-2 мл внутримышечно;

Таблица 1

Клинические группы синдромов

Синдромы	Основная группа	Контрольная группа
Галлюцинаторно-параноидные синдромы с депрессией	5 чел.	6 чел.
Галлюцинаторно-параноидные синдромы с манией	7 чел.	8 чел.
Аффективно-параноидные синдромы	15 чел.	14 чел.
Психопато-подобные синдромы на фоне гипомании	2 чел.	2 чел.
ВСЕГО	29 чел.	30 чел.

- трифтазин 0,2% 1-2 мл внутримышечно до 3-х раз в сутки;
- аминазин 2,5% 2 мл до 2-х раз в сутки.

Энкорат-хроно назначался в начальной дозировке 300 мг утром и вечером с повышением дозы каждые три дня до максимальной дозы - 900 мг два раза в сутки (контрольная группа получала аналогичную терапию без Энкората-хроно).

Применение такой комбинированной терапии быстро приводило в основной группе к побледнению аффективной окраски бредовых идей и псевдогаллюцинации при снижении их актуальности для больных, нормализации эмоционального фона при

наличии маниакально-депрессивных синдромов, упорядочению поведения при психопатоподобных синдромах, уменьшению выраженности психомоторного возбуждения. Благодаря потенцирующему эффекту энкората-хроно на психотропные препараты не требовалось повышения их доз до максимальных пределов. Это благоприятно сказывалось на психическом и somатическом состоянии больных в связи с отсутствием побочных лекарственных эффектов. Отмечалось также снижение длительности стационарного лечения, облегчалась выписка на амбулаторное поддерживающее лечение в условиях диспансерного отделения.

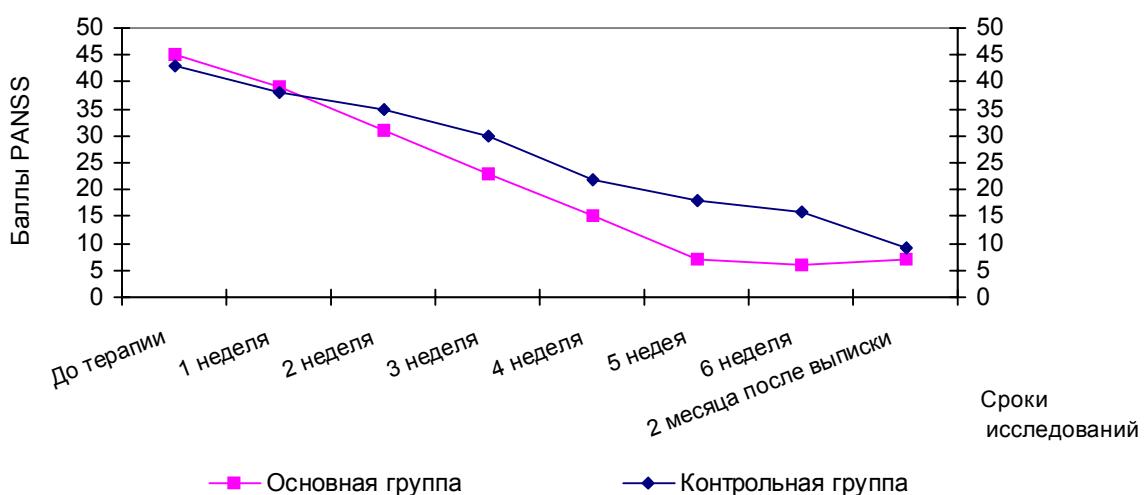


Рисунок 1. Динамика шкал PANSS

### Результаты исследования

Под влиянием комбинированной терапии (сочетание энкората-хроно с нейролептиками и антидепрессантами) у больных шизофренией отмечался положительный эффект, который проявлялся в быстрой редукции остроты симптоматики, уменьшении актуальности продуктивных синдромов, тимостабилизирующем действии, упорядочении поведения, сокращение сроков пребывания в стационаре. Каких-либо заметных побочных действий проводимой терапии отмечено не было, что позволяло добиться более качественного оказания лечебной помощи у больных шизофренией и положительного отношения самих больных к комбинированной терапии.

### Заключение и выводы

Таким образом, применение в комбинированном лечении у больных шизофренией препарата

энкорат-хроно целесообразно и приводит к заметному положительному эффекту - уменьшению выраженности психомоторного возбуждения, тимостабилизирующему действию - редукции маниакальных и депрессивных синдромов, упорядочению поведенческой активности, нормализации сна, потенцированию действия психотропных средств. Каких-либо отрицательных эффектов комбинированной терапии (психотропные средства и энкорат-хроно) отмечено не было.

### Список литературы:

1. Авруцкий Г.Я. Лечение психически больных. - М.: Медицина, 1988.
2. Тиганов А.С. Руководство по психиатрии. – М.: Медицина, 1999. - Т. 1-2.
3. Фролов С.А., Табулина С.Д. // Журнал невропатологии и психиатрии.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИДЕПРЕССАНТА ВЕЛАКСИНА В ЛЕЧЕНИИ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ

О.Н. Гончар, С.В. Каирбаева

### Введение

Депрессии и их лечение являются одной из наиболее актуальных проблем современной психиатрии. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) депрессиями страдают 5% населения. В мире 20% - 25% женщин и 7% - 12% мужчин, хотя бы раз в жизни, перенесли депрессивный эпизод.  $\frac{1}{3}$  из них лечились стационарно. Больные депрессиями совершают 60% всех самоубийств. Однозначно, что адекватно подобранное лечение при депрессии имеет большое клиническое и социальное значение.

Для лечения депрессии применяются антидепрессанты из различных химических групп. Тем не менее, правильный выбор конкретного препарата при лечении депрессивных расстройств может вызывать затруднения у практических врачей. Это обусловлено необходимостью учитывать структуру самой депрессии, клинические показания, противопоказания, побочные действия лекарственного препарата, возраст больного, сопутствующую патологию, лекарственное взаимодействие.

### Материалы и метод исследования

Изучено влияние антидепрессанта Велаксин при лечении депрессивных состояний в амбулаторной практике.

Велаксин является мощным ингибитором обратного захвата серотонина и норадреналина, а также слабо подавляет обратный захват дофамина.

Велаксин (капсулы пролонгированного действия) назначался 20 больным с депрессивными эпизодами, которые проявлялись снижением настроения и аппетита, заторможенностью, пессимистиче-

скими мыслями, нарушением сна. Начальная доза составляла 75 мг 1 раза в сутки, с возрастанием до терапевтической дозы, которая составляла 150 мг.

Вторая группа пациентов из 20 человек с идентичной депрессивной симптоматикой получала амитриптиллин в дозе от начальной 75 мг и до достижения терапевтической дозы в 150-200 мг.

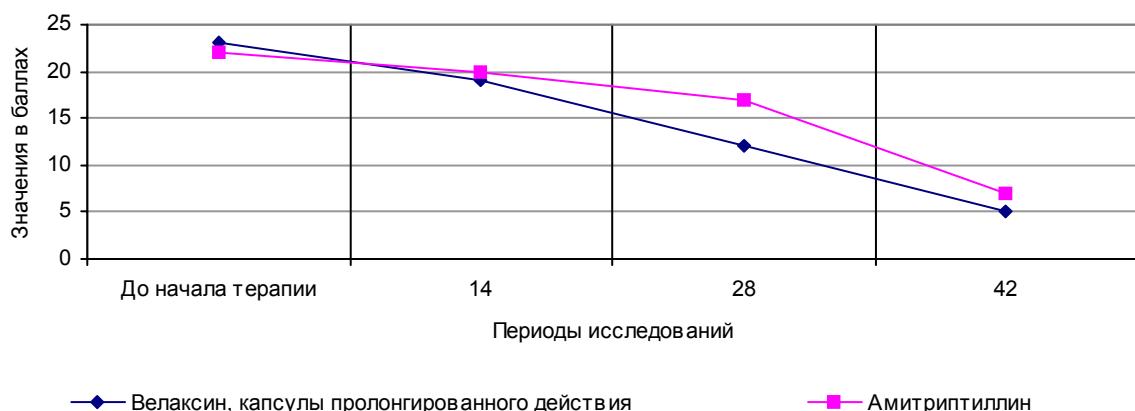
Эффективность лечения оценивалась по шкале депрессии Гамильтона на 1-й, 14, 28, 42-й дни лечения.

### Результаты исследования

Под влиянием проведённого лечения велаксином (капсулы пролонгированного действия) отмечалось успокоение больных, нормализация сна, начиная с 3-7 дня лечения. Депрессивные расстройства начинали уменьшаться с 7 дня (у десяти больных) и с 10-12 дня лечения (у десяти больных). Отмечался хороший клинический эффект – наблюдалось уменьшение подавленности, тревоги, внутреннего напряжения, улучшение сна, аппетита, ослабление пессимистических мыслей. Интенсивность симптомов депрессии плавно снижалась к 28 дню лечения. Препарата отличался хорошей переносимостью. Каких-либо существенных побочных действий не отмечалось.

У второй группы пациентов депрессивный симптомокомплекс подвергался, начиная со второй недели, обратной динамике, интенсивность симптомов депрессии проходила к началу второго месяца. У пациентов отмечались массивные побочные эффекты в виде нарушений аккомодации, сухости во рту, запоров, дизурических расстройств. Это, в целом, мешало работоспособности.

### Сравнительная характеристика клинического эффекта велаксином, капсулы пролонгированного действия, и амитриптиллина по HDMS



## **Заключение**

За период исследования, антидепрессант велаксин (капсулы пролонгированного действия) хорошо себя зарекомендовал при лечении депрессии в амбулаторной практике. Он хорошо сочетался с другими психотропными средствами. Его эффект развивается относительно быстро от начала приёма. Он отличается хорошей переносимостью, в сравнении

амитриптилином. Кроме того, велаксин обладает сбалансированным действием: он с успехом может применяться при наличии или отсутствии симптомов тревоги, заторможенности. Он не вызывает инверсию аффекта (перехода депрессии в манию). Препарат велаксин может быть рекомендован для широкого практического применения при лечении депрессий.

## **Список использованной литературы:**

1. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. *Лечение психически больных.* - М., Медицина, 1988. - с. 528.
2. Андруцкий М.П., Морозов М.А. *Комбинация антидепрессантов и нейролептиков при лечении аффективных расстройств и шизофрении // Журнал неврологии и психиатрии.* – 2000. – 11. – С. 60-65.
3. Мосолов С.Н. *Клиническое применение современных антидепрессантов».* - Спб., 1995. - С. 11-19, 155-156, 325-352.

## **ОСОБЕННОСТИ НАЗНАЧЕНИЯ ГАЛОПЕРИДОЛА ДЕКАНОАТА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ**

О.Н. Гончар, С.В. Каирбаева

В связи с многообразием клинической картины, течения и исходов шизофрении лечение больных этим самым распространенным и тяжелым психическим заболеванием остается чрезвычайно сложной задачей. Полиморфизм клинических проявлений особенно выражен в ходе терапевтического воздействия, когда взаимодействуют факторы, связанные с закономерностями прогредиентного течения самого психоза и привнесенная в клиническую картину психоза новая психопатологическая симптоматика, связанная с психотропным влиянием лекарств и психопатологическими проявлениями экстрапирамидных побочных эффектов [1]. Лекарственный патоморфоз шизофрении в последнее время особенно актуален, хронический экстрапирамидный синдром приобретает значение самостоятельной «лекарственной болезни», осложняющей психофармакотерапию. Длительная нейролепсия приводит к увеличению числа больных, состояние которых можно считать апатаобулическим. Препаратором выбора в современных условиях лечения психических расстройств в малокурабельных случаях является пролонгирующая терапия с правильно подобранными дозами.

### **Материал и методы**

В нашей работе использованы две группы больных (основная и контрольная) по 10 человек с непрерывно - прогредиентной шизофренией, параноидный этап, с длительностью болезни 7 до 15 лет, до начала наблюдения, имевшие многократные госпитализации. Все лица мужского пола от 25 до 35 лет.

Проведен ретроспективный анализ госпитализаций обеих групп с 2004 по 2010 гг.

**Цель:** влияние психофармакотерапии на количество дальнейших госпитализаций.

До начала наблюдений пациенты обеих группы получали амбулаторно галопериодола деканоат 50 мг/месяц, галопериодол в таблетках до 10 мг/сутки, трифтазин 15 мг/сутки. В основной группе больных галопериодол деканоат был назначен сразу по 200 мг (4 мл) 1 раз в 4 недели в первом квартале 2006 года, и терапию больные получают по сегодняшний день. В контрольной группе больных терапия не менялась.

Уже в течение 1 месяца на фоне лечения галопериодолом деканоатом у пациентов основной группы отмечалась дезактуализация бредовых расстройств, через 2 месяца они проявляли доброжелательность к врачам и персоналу поликлиники, критичность. А к концу первого года в основной группе наблюдалась высокая комплайентность, что выражалось в соблюдении сроков явок, поддержкой врача в дальнейшей терапии.

### **Переносимость терапии**

Из всех пациентов, получавших препарат, у 1 пациента отмечались побочные явления в виде акатизии, нечеткости зрения, мышечной слабости. Эти явления были устранины после добавления корректоров.

### **Выводы**

1. Пациенты основной группы достоверно редко госпитализировались в психиатрический стационар.

Таблица 1

*Среднее число госпитализаций в год (2004-2010 годы)*

Группы	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Основная группа	4,1	4,2	1,8	0,7	0,1	0	0
Контрольная группа	4,2	4,1	4,1	4,2	4,0	3,9	4,1

2. Галоперидола деканоат в адекватных дозах высокоэффективен при лечении больных шизофренией, характеризуется хорошей переносимостью, минимумом побочных явлений.

3. Галоперидола деканоат при монотерапии позволяет избежать развития хронического экстрапирамидного синдрома лекарственного патоморфоза шизофрении.

**Список использованной литературы:**

1. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. *Лечение психически больных.* – М.: Медицина, 1988.
2. Снежневский А.В. *Руководство по психиатрии в 2-х т.*
3. Хамитова А.И. *Актуальные вопросы поддерживающего лечения шизофрении // Журн. Медицина.* – 2003. - № 5.

## **ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА И НЕКОТОРЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СОМАТОФОРМНЫХ БОЛЕВЫХ РАССТРОЙСТВ**

Ж.А. Жолдасова, А.З. Нургазина

Изучение соматоформных нарушений имеет продолжительную историю с момента введения Кулленом (1677) в клиническую практику термина «невроз». Приблизительно с 60-х годов XIX столетия большое внимание ученых привлекала концепция спинального рефлекса, которая использовалась в качестве основы невротического феномена, что отражало значительное влияние материалистических тенденций в научных исследованиях. В частности, патологические ощущения интерпретировались терминами типа «спинальное раздражение». В последующем, по мере накопления знаний о клинике невротических расстройств, в клиническую практику вошли такие диагностические рубрики как «цереброкардиальный невроз», «цереброгастрический невроз», отражающие преимущественные патологические проявления со стороны той или иной системы организма. В различных работах, посвященных исследованию больных, страдающих различными формами мигрени, сделана попытка установить методами транскраниальной допплерографии и глубинной радиотермометрии патогенетическую связь между особенностями кровоснабжения, собственного электромагнитного излучения ткани головного мозга и субъективными признаками страдания. Результаты позволили предположить, что в каждом клиническом случае головная боль возникает вследствие нарушения стабильного баланса между транспортом межклеточной жидкости и кровенаполнением мозга; такое нарушение стабильности может

возникать, в том числе, и при функциональных регуляторных нарушениях в системе гемоциркуляции мозга. Общеизвестно, что объем межклеточной воды в ткани мозга значительно превышает объемы циркулирующей крови и ликвора. Следовательно, патогенез цефалгии в большей степени связан с чрезмерным увеличением или уменьшением уровня гидратации межклеточных пространств. Нарушение межклеточного транспорта вследствие первичных тканевых расстройств, например, при острой гипоксии, может в дальнейшем приводить к перераспределению объемов в системе гемо- и ликвородинамики, гидростатическому воздействию на ноцицепторы мозговых оболочек и кровеносных сосудов, к возможному запуску патологических сосудистых рефлексов, приводящих к вторичной болевой афферентации чисто сосудистого генеза [1].

Ноцицептивный сгибательный рефлекс (НСР) представляет большой интерес для исследования центральных механизмов боли и обезболивания. Психофизиологические исследования НСР позволяют сделать вывод, что этот нейрофизиологический феномен может служить в качестве коррелята субъективной оценки боли у человека. Нами было проведено сравнительное изучение НСР у здоровых лиц и пациентов с головными болями напряжения (ГБН) и цервикогенными головными болями (ЦГБ), а также его динамика после лечения. Полученные результаты свидетельствуют о наличии корреляционной связи ( $p < 0,05$ ) между порогом возник-

новения НСР (Пр) и порогом субъективного восприятия боли (Пб) у здоровых добровольцев. Порог рефлекса и коэффициент Пб/Пр был снижен у пациентов с ГБН ( $p<0,05$ ) и не отличался от здоровых лиц в группе ЦГБ. Уменьшение интенсивности головной боли после лечения коррелирует с повышением порога НСР в обеих группах ( $p<0,05$ ), в то время как коэффициент Пб/Пр достоверно ( $p<0,05$ ) повысился только у пациентов с ГБН.

Амитриптилин увеличивал порог субъективного восприятия боли и порог НСР. Акупунктура повышала только порог НСР. Предполагается, что анальгетическое действие антидепрессанта связано с уменьшением психо-эмоциональной реакции на хроническую боль и собственно анальгетическим действием. Акупунктурная анальгезия развивается в основном за счет стимуляции антиноцицептивных систем и торможения проведения боли [3].

У больных с кардиалгиями изучались особенности изменения фоновой и вызванной биоэлектрической активности мозга коронарогенного и некоронарогенного происхождения.

Исследования проведены у пациентов двух групп. Первую группу составили пациенты, страдающие ишемической болезнью сердца (ИБС), во вторую группу вошли пациенты с нейроциркуляторной дистонией (НЦД). Контрольную группу составили здоровые добровольцы. У всех пациентов регистрировали коротколатентные соматосенсорные вызванные потенциалы (ССВП) на стимуляцию спинного нерва, слуховые стволовые вызванные потенциалы (СВП), а также частотные и амплитудные характеристики ЭЭГ.

Сравнение ЭЭГ пациентов двух групп с ЭЭГ здоровых испытуемых лиц выявило возникновение дизэнцефальных разрядов, снижение коэффициентов межполушарной асимметрии (КМА) б-ритма в затылочных областях и увеличение КМА и- и в-ритмов в париетальных центральных и темпоральных зонах, указывающих на деформацию нормальной межполушарной топографии ЭЭГ и повышение активности в правой гемисфере по отношению к левой. Анализ амплитудно-временных параметров ССВП и СВП выявил существенные изменения, свидетельствующие о повышении возбудимости стволовых структур головного мозга у пациентов с НДС по сравнению со здоровыми испытуемыми и пациентами с ИБС [2].

В общей соматической практике алгические синдромы без органической патологии органов и систем – явление частое и с трудом поддающееся лечению. Спектр болевых расстройств чрезвычайно широк и напрямую зависит от феномена «места наименьшего сопротивления». Из-за резистентности к традиционному лечению болевых синдромов невротического генеза происходит хронизация данных состояний. Тогда как психотерапевтическое воздействие может значительно облегчить состояние.

Известно, что хронический болевой синдром (ХБС) проявляется, наряду с неврологическими симптомами, отчетливыми психоэмоциональными нарушениями. При этом ХБС может выступать в роли самостоятельного психотравмирующего фактора. В одной из работ описано наблюдение 210 взрослых больных с ХБС головы и лица, туловища и конечностей различного происхождения. У всех больных выявлены психические расстройства разной степени выраженности, имевшие невротический уровень. Регистрировались в основном 4 варианта нарушений - астенический синдром (26%), депрессивный синдром (39,4%), обсессивно-фобические переживания (27,9%), истерiformный синдром (6,7%). При комплексной оценке психических нарушений использовали также нейропсихологические исследования с помощью опросника МИНИ-МУЛЬТ (сокращенный вариант MMPI). О выраженной и динамике боли у конкретного больного судили на основании сравнительного анализа специальных «Карт боли» и альгоритмов. В дифференциальной диагностике ХБС головы и лица учитывали данные оригинальной нейрофизиологической методики определения состояния двигательной функции тройничного нерва.

Было установлено, что психические нарушения при ХБС четко коррелируют с длительностью существования хронического болевого синдрома и его интенсивностью. Расстройства психики при ХБС достоверно чаще возникают у психопатически или характерологически акцентуированных лиц [4].

В крупных промышленных городах с развитой инфраструктурой распространение болевых синдромов составило 85,3% с достоверным преобладанием у женщин. По локализации: головные боли - 56,9%, боли в спине - 54,4%, суставные - 46,0%, боли в шее - 42,2%, зубные боли - 38,8%, боли в груди - 38,6%, боли в животе - 32,7%, лицевые боли - 15,1%. Менструальные боли у женщин в возрасте до 55 лет - 34,3%. Сочетание вышеуказанных болевых синдромов, за исключением зубных и менструальных болей, встречается у 11,0% населения. Мигрень диагностирована у 11,8% опрошенных, эпизодическая головная боль напряжения - у 27,4%. Частота болевых синдромов, за исключением менструальных и зубных болей, увеличивается с возрастом. В возрастной группе от 18 до 24 лет преобладают боли в спине и менструальные боли, в возрасте старше 45 лет - головные боли и боли в спине. От 16,4 до 32,1% лиц, страдающих болевыми синдромами, дают низкую оценку своему материальному, социальному и семейному положению. Большинство из них в течение ближайших лет перенесли различные эмоционально-стрессовые ситуации.

По поводу болей предпочитают не обращаться за медицинской помощью 44,1% опрошенных лиц, многие из которых считают медицинскую помощь неэффективной и стараются справиться с болью самостоятельно.

---

---

Значительное распространение болей у населения г. Новосибирска (РФ) связано с неблагоприятными личностными ситуациями, неудовлетворительными социально-экономическими условиями жизни, а также недостатками в оказании таким пациентам адекватной медицинской помощи. Имеются обоснованные предпосылки для организации междисциплинарной медицинской альготерапевтической службы [5].

Из вышеизложенного следует, что алгические синдромы невротического уровня значительно распространены среди населения. Психопатологики эти синдромы классифицируются как сенесто-

патический синдром и достаточно эффективно купируются приемом нейролептиков и антидепрессантов. Длительный прием в течение 12-18 месяцев нейролептических и антидепрессивных средств способствует подавлению функции патологической системы, продуцирующей алгическую симптоматику. После постепенной отмены психофармакотерапии у 38% пациентов алгический синдром рецидивирует. Присоединение к лечению психотерапевтического воздействия значительно сокращает время рецидива болевого синдрома и существенно снижает количество больных с рецидивом алгической симптоматики до 14%.

*Список использованной литературы:*

1. Азин А.Л., Мякотных В.С., Кубланов В.С. Исследование патогенеза цефалгий методами транскраниальной допплерографии и радиотермометрии головного мозга // «Организация медицинской помощи больным с болевыми синдромами» Российская научно - практическая конференция. Тезисы. - 1997, Новосибирск.
2. Кукушкин М.Л., Мельникова Т.С., Майчук Е.Ю., Воеводина И.В., Габриелян А.А., Виноградова Н.Н. Особенности изменения ЭЭГ и разномодальных вызванных потенциалов у пациентов с кардиалгиями // «Организация медицинской помощи больным с болевыми синдромами» Российская научно - практическая конференция. Тезисы. - 1997, Новосибирск.
3. Амелин А.В. Клиническая оценка эффективности лечения головных болей с помощью ноцицептивного сгибательного рефлекса // «Организация медицинской помощи больным с болевыми синдромами» Российская научно - практическая конференция. Тезисы. - 1997, Новосибирск.
4. Кром В.Л., Лившиц Л.Я., Гамбург А.Л., Модик О.Г., Крутцов А.С. Значение нейропсихологических и нейрофизиологических исследований в комплексной оценке психо-неврологического статуса больных с хронической болью // «Организация медицинской помощи больным с болевыми синдромами» Российская научно - практическая конференция. Тезисы. - 1997, Новосибирск.
5. Павленко С.С., Иерусалимский А.П., Астахова Т.И., Фрицлер И.В., Позднякова Н.А. Эпидемиологическое исследование болевых синдромов у населения крупного промышленного города Сибири // «Организация медицинской помощи больным с болевыми синдромами» Российская научно - практическая конференция. Тезисы. - 1997, Новосибирск.

## ДИРЕГУЛЯЦИОННОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ЭМОЦИЙ НА ОРГАНЫ И СИСТЕМЫ

Ж.А. Жолдасова, А.З. Нургазина, А.А. Абетова

Тщательное изучение высшей нервной деятельности птиц, грызунов, хищников и приматов показало, что левое полушарие имеет преимущественное отношение к коммуникативным функциям, выученным формам поведения, тонким манипуляционным движениям, а правое полушарие - к зрительно-пространственному и эмоционально окрашенному поведению. У японских макак звуковые сигналы, подаваемые особями того же вида, лучше различаются левым полушарием. Левое полушарие доминирует по функционированию ассоциативных областей коры, правое - играет доминирующую роль в деятельности проекционных зон, обеспечивая целостное восприятие мира. Сохранение коры левого полушария существенно для исследователь-

ского поведения, которое становится менее активным после левосторонней декортикации крыс. Крысы с лучшим развитием левосторонних корковых зон быстрее адаптируются к стрессу, причем асимметрия реакций на стресс обнаружена и при регистрации активности нервных клеток.

Человек, живя в сложном и постоянно меняющемся мире, обладает огромным репертуаром программ действий, которые он способен выполнять в различных ситуациях. Эти действия охватывают простые и сложные перцептивные функции (такие как оценка цвета или формы зрительного изображения), различные мыслительные операции (такие как арифметический счет или игра в шахматы), целенаправленные двигательные акты (такие как поворот голо-

вы в нужном направлении и передвижение шахматной фигурки). В каждый момент времени человек выбирает (секретирует) из всего этого огромного набора программ действий только те, которые наиболее адекватны в данной ситуации. Мозговые процессы, ответственные за этот выбор, обычно объединяются под названием процессы управления (в широком смысле) или селективное внимание и двигательная установка (в узком смысле). В исследованиях лаборатории Кропотова показано, что механизмы центрального контроля разделяются на процессы вовлечения в необходимое действие (инициация, селекция сенсорно-двигательно-когнитивного акта) и процессы подавления ненужного действия. Эти два механизма связаны с прямым и обратным путями в цепях, соединяющих кору, базальные ганглии, таламус и кору в сложную петлю обратной связи. Показано, что процессы вовлечения и подавления обнаруживаются в положительных компонентах вызванных потенциалов, регистрируемых с поверхности кожи головы, причем у детей с синдромом нарушения внимания и гиперактивностью компоненты вовлечения и подавления значительно уменьшены по амплитуде.

При сопоставлении имеющихся экспериментальных фактов создается впечатление, что правое полушарие у высших млекопитающих животных связано преимущественно с реализацией врожденных и приобретенных автоматизмов, в то время как левое полушарие вовлекается в деятельность каждый раз, когда требуется анализ новой ситуации и поиск оптимальных в этой ситуации решений. Об определенном тяготении левого полушария к когнитивно-коммуникативным компонентам организации поведения, а правого - к мотивационной сфере свидетельствует и характер распределения медиаторных систем, о котором мы упоминали выше. Сложнее обстоит дело с регуляцией эмоциональных реакций. При выраженной «эмоциональности» правого полушария мы нередко встречаемся с преобладающей активацией левого в ситуации эмоционального стресса. Возможно, это обусловлено сложной внутренней структурой эмоциональных состояний, включающей в себя и когнитивные (информационные) и мотивационные компоненты, соответственно представленные в левом и правом полушариях головного мозга.

Интересно, что в условиях одностороннего угнетения правого полушария лечебным электрошоком больных не смущала ложность посылки, и они продолжали решать задачу, руководствуясь формальной логикой. При угнетении левого полушария больные отказывались от решения, ссылаясь на ложность исходных посылок. Иными словами, правое полушарие соотносит мысль с действительностью, но неспособно к логическим операциям.

Для понимания нейрофизиологических основ творческого мышления особый интерес представляют функции лобных долей. Для нарушения их деятельности наиболее специфичны утрата активнос-

ти речи и мышления, снижение инициативы и повышенная отвлекаемость на малозначимые события. При опухолях лобных долей в зависимости от стороны и локализации патологического процесса выделены четыре синдрома:

- 1) левосторонний конвекситальный синдром, при котором наблюдаются речевые расстройства, ухудшение словесной памяти, снижение уровня общения, замедление психических процессов, депрессивные переживания, апатия и безволие;
- 2) правосторонний конвекситальный синдром - эйфория, недооценка своего состояния, некритичность;
- 3) двустороннее поражение медиальных отделов - пассивность, неспособность к целенаправленной деятельности, случайность ассоциаций, отвлекаемость;
- 4) двустороннее поражение базальных отделов - благодушие, дурашливость, растормаживание примитивных влечений, снижение критичности.

Одной из наиболее важных функций передних отделов новой коры является их участие в прогнозировании предстоящих событий. Только у больных с поражением лобных долей время реакции не зависит от вероятности появления сигнала. Этот дефект отсутствует при поражении височной, теменной и затылочной областей. В других исследованиях было показано, что в процессах вероятностного прогнозирования наряду с лобными участвуют и передневисочные отделы. При этом левое полушарие выделяет высоковероятные события и формулирует закономерности появления сигналов, а правое оценивает неопределенность среды и прогнозирует маловероятные события. По данным Д.А. Ширяева и И.Р. Кальви, левое полушарие отражает вероятность более адекватно и чаще меняет тактики прогнозирования, чем правое полушарие. Возможно, что именно нарушением механизмов вероятностного прогнозирования объясняется отвлекаемость больных на малозначимые для них стимулы при опухолях лобных долей мозга.

Тонким тестом функциональной асимметрии может служить чувство юмора. Больным предлагали выбрать из набора сюжетных картинок самую смешную картинку. Поражение правого полушария делает юмор неразборчивым: пациенты готовы смеяться по поводу любой картинки. Юмор левосторонних пациентов более схож с юмором здоровых лиц. Х. Браунэлл с соавторами считают, что оценка вербального юмора включает в себя два компонента:

- 1) выделение неожиданного в повествовании и
- 2) сопоставление этого неожиданного с содержанием всего рассказа. У больных с поражением правого полушария сохранен первый компонент, но нарушен второй.

При нейрофизиологических исследованиях было обнаружено, что у эмоционально сбалансирован-

ного человека, при развитии какой-либо эмоции, определенные сдвиги сверхмедленных физиологических процессов, определяемые по величине и знаку Ш-потенциала в одних структурах, обычно сопровождаются противоположными по знаку изменениями этого показателя в других структурах. Этот механизм предотвращает запредельное развитие какой-то эмоции, сохраняет человека эмоционально уравновешенным и сбалансированным. При его нарушении развиваются тяжелые эмоциональные расстройства именно потому, что не работает механизм, позволяющий сдерживать чрезмерное развитие определенной эмоции. В исследованиях импульсной активности (Медведев, Кроль) было показано, что даже при выполнении чрезвычайно монотонной деятельности при попытке полностью стабилизировать работу мозга происходят эндогенные самопроизвольные перестройки в работе его структур. Другими словами, даже при выполнении монотонной стереотипной психической деятельности система ее обеспечения непрерывно реорганизуется. Таким образом, можно сказать, что для выполнения задачи формируется как бы временный трудовой коллектив, который все время меняется, и все его члены, во-первых, тренированы для выполнения различных задач, а, во-вторых, регулярно имеют возможность передохнуть.

С точки зрения психологии существуют так называемые события-стрессоры. Возникновение стресса предполагает взаимодействие между организмом и средой. С одной стороны - стресс выступает как совокупность средовых воздействий и само понятие «стресс» относится к ситуациям (хронически существующим или повторяющимся), способным вызвать нарушения адаптации. А.М. Свядош отмечает, что сила психотравмирующего воздействия определяется не физической интенсивностью сигнала, не количеством бит информации, которую он несет, а значимостью информации для данного индивидуума, т.е. зависит не от количественной, а от семантической стороны сообщения. Психической травмой обычно является не то, что обращено только в прошлое, а то, что угрожает будущему, порождает неопределенность ситуации и поэтому требует принятия решения, как быть в дальнейшем» (Свядош А.М., 1982).

В последние десятилетия особое место в исследованиях головного мозга занимают нейроиммунные процессы. Сейчас известно, что многие нервные болезни связаны с неправильной работой иммунной системы. Нарушения иммунорегуляции часто приводят к возникновению тяжелых заболеваний головного мозга. Нервная и иммунная системы осуществляют свои защитные функции, находясь в тесном взаимодействии. Их объединяют общие принципы организации, общие молекулы-посредники, значимые для организма в целом регуляторные функции. Обнаруженные закономерности нейроиммунной реакции на чужеродный стимул

позволили использовать полученные данные для диагностики и лечения ряда заболеваний головного мозга. Клиницисты и раньше отмечали, что, с одной стороны - разрушение или недоразвитие мозговых структур сопровождается иммунодефицитом, с другой стороны - первичные и вторичные иммунодефициты ведут к функциональным нарушениям или заболеваниям головного мозга. В развитии многих хронических болезней нервной системы гораздо большее значение, чем предполагалось, имеют инфекционно-вирусные и далее - иммуно-патологические механизмы.

При учете особенностей состояний мозга и организма можно правильно делать выбор между альтернативными путями лечения. Интересно определение адаптационных возможностей человека: можно предсказать, насколько устойчив будет данный индивидуум при каком-либо воздействии, стрессе. Оказалось, что некоторые, даже молодые люди, уже исчерпали свои адаптационные возможности и даже умеренные нагрузки могут вызывать у них патологическую реакцию. Особенно это выражено у лиц, злоупотребляющих наркотиками и алкоголем. Уровень их патологической реакции доходит до дезадаптации. Можно выявлять таких людей и вовремя оказывать им корректирующее лечение.

Для психотерапевта первый этап – это установление или кристаллизация реально существующей проблемы, далее психотерапевт переходит к следующему этапу – идентификации причины, которая, в свою очередь, находится еще «глубже». Этот этап соответствует глубинному «причинному» уровню. На этой стадии существующая проблема так же оценивается не как нечто самостоятельное и отдельное, а как следствие какой-то глубинной причины или нескольких причин («проблема как следствие причины»). Этап кристаллизации проблемы и идентификации причины определяет не одну, а несколько мишеней, которые подвергаются анализу. К этим мишеням и в общей и в наркологической практике относятся: личностные психосоциальные статусы пациента (ЛС); события, которые пациент определяет как стрессоры, «ранящие» один или несколько его ЛС; взаимоотношения со значимыми другими лицами (ЗДЛ), которые могут являться источником или «составляющей» события-стрессора (СС); эмоции, которые являются «ответом» какого- или каких-либо ЛС на различные СС и общение с ЗДЛ, а так же – результатом неудовлетворенных потребностей и нереализованных целей; потребности/мотивы (удовлетворенные и неудовлетворенные) и значимые цели (реализованные и нереализованные) личности (ПЦ).

#### *Список использованной литературы:*

1. Проблема исследования мозга / Книга к десятилетию института мозга человека / под ред. Медведева С. В., Институт мозга человека РАН.
2. Свядош А.М. Неврозы. – 1982.

---

## НЕЙРОИММУННЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОМАТОФОРМНОЙ ПАТОЛОГИИ

А.З. Нургазина, Ж.А. Жолдасова

Соматоформные расстройства (далее СФР) представляют собой актуальную проблему психиатрии в связи с их широкой распространностью (особенно среди пациентов первичной медико-санитарной сети). Распространенности СФР в общемедицинской практике посвящено множество эпидемиологических оценок. Большое международное эпидемиологическое исследование ВОЗ показало, что распространность соматоформных расстройства составляет 21,0% [1]. Сходные показатели приводятся в других больших исследованиях: 22,9% - по данным Golding J.M. с соавт. [2], 21,3% согласно результатам Garcia C.J. с соавт. [3]. На материале пациентов, обратившихся за помощью к семейному врачу, распространность СФР оценивается в 22,3% по критериям МКБ-10 и 30,3% по критериям DSM-IV [4]. Аналогичные показатели получены в работах Weich S. с соавт. [5] – 21,3% и Katon W. с соавт. [6] – 20,2%. Причем, как указывается в цитируемых публикациях, пациенты с СФР встречаются преимущественно в амбулаторной сети, тогда как в исследованиях, выполненных в условиях стационаров общего профиля, доли больных с СФР существенно снижаются. Так, по данным Snyder S. и Strain J.J. [7] распространенность СФР (по критериям DSM-III) у пациентов соматического стационара за период оценки с 1980 г. по 1987 г. составляет 1,8% на момент консультативного осмотра при поступлении и 2,6% на момент выписки из стационара.

На данный момент отсутствуют достоверные методы диагностики соматоформной патологии. Появляются достаточно обоснованные изменения ЭЭГ на фоне функциональных расстройств органов и систем.

Когерентность электрических сигналов мозга является количественным показателем синхронности вовлечения различных корковых зон при их функциональном взаимодействии, обеспечивающем интегративную деятельность мозговых структур. Поскольку электрическая активность мозга тесно связана с его функциональной деятельностью, то когерентность, в определенной мере указывает на вовлеченность разных зон коры в обеспечение выполнения функций мозга, т.е. является количественным выражением уровня интегративной деятельности мозговых структур. Когерентный анализ ЭЭГ считается индикатором функциональных взаимосвязей между различными корковыми областями. Уровень интеграции областей коры должен быть адекватным для оптимального выполнения функции. В реальности он может оказаться сниженным или избыточным. И то и другое не обеспечивает нормальное взаимодействие мозговых структур и сопровожда-

ется нарушением функционального состояния мозга (8,9). Значения коэффициентов когерентности (КК) варьируют от 0 до 1 - чем выше значение когерентности, тем согласованнее активность данной области с другой областью, выбранной для измерения.

При оценке когерентности у психически здоровых испытуемых все исследователи сходятся во мнении, что вне зависимости от аппаратуры и системы отведений, пик когерентных значений локализуется в передних зонах неокортекса, а по направлению к каудальным отделам значения когерентности уменьшаются. Это согласуется с современными данными об интегративной функции лобных долей («первичного ассоциативного центра» по А.Р. Лурия), которые находятся в сильной взаимосвязи с другими отделами мозга через длинные кортико-кортикальные ассоциативные волокна. Внутриполушарная когерентность для корковых зон правого полушария выше, чем для левого [10]. Это можно объяснить наличием более высокого отношения белого вещества (длинные связи) к серому веществу (короткие связи) в правом полушарии при анатомических исследованиях.

По величине когерентности можно объективно количественно оценить степень функциональной связности формирования электрических процессов на поверхности головы, то есть косвенно определить уровень внутримозговой интеграции. По скорости формирования уровня межполушарных отношений у новорожденных объективно выявляют темп психомоторного развития ребенка, а у детей с тикозными гиперкинезами и синдромом дефицита внимания объективно оценивают эффективность ослабления аксессорной симптоматики на определенных этапах лечения.

У пациентов с пограничными расстройствами из числа участников ликвидации Чернобыльской атомной электростанции (ЧАЭС) в 94% случаев выявлено снижение суммарных КК по всем областям коры. Наименьшие отклонения этого показателя от «нормы» отмечены у больных с депрессивными расстройствами, наибольшие отклонения - у больных с астенией. Снижения суммарных КК у больных с психовегетативным и неврозоподобным синдромами были близки и указывали на более значительные изменения функциональной активности левого полушария. У больных с психорганическим синдромом, наоборот, синхронность биопотенциалов правого полушария была ниже, чем левого [11].

КК, усредненный для всех ритмов ЭЭГ, по отношению к норме был наиболее снижен между лобными областями при эндогенных депрессивных расстройствах, а между центральными корковыми зо-

нами - при экзогенно-органических депрессиях. Независимо от симптомокомплекса гиперинтегративные изменения относительно «нормы» обнаружены между затылочными областями у всех пациентов с депрессивными расстройствами, что вероятно, отражает включение компенсаторных механизмов. Также акцент изменений кортикальной нейродинамики выявлен в правой гемисфере, что свидетельствует о большей чувствительности к патопластическим влияниям правополушарных структур [9].

Традиционно тесные связи психиатрии с физиологией и нейрофизиологией позволяют рассматривать динамические связи различных уровней психических расстройств. Условно эти уровни, психопатологические и одновременно патофизиологические, могут быть обозначены в следующем порядке:

- «невротический» / неврозоподобный (астенический, психовегетативный),
- витальный (витально-соматический, «психосоматический»),
- психотический, наряду с бредом и галлюцинациями, включающий волевые двигательные нарушения, изменения уровня бодрствования - сознания, сопутствующие обменно-трофические нарушения.

Современные технологические возможности должны служить важным и естественным дополнением динамического клинико-психопатологического анализа психических расстройств.

Также актуальны вопросы изменений гормонального и иммунного статуса у больных с пограничными психическими расстройствами, в частности соматоформной патологией.

Нейроиммунопатология характерна для любой нозологической формы заболеваний головного мозга. Нейроиммунологические расстройства являются не только важным звеном патогенеза, эти нарушения могут быть фактором риска хронизации процесса, его атипичного течения и формирования резистентности к фармакотерапии. Патология нервной регуляции иммунной системы может проявляться в 2 основных типах функциональных расстройств: иммунологической недостаточности (до

ИДС) или же чрезмерной активации иммунных реакций, включая аутоиммунные процессы.

Патогенез нейродизрегуляторной патологии связан с образованием в поврежденной нервной системе патологических интеграций в связи с нарушением тормозного контроля [12, 13]. Инициальным звеном этого процесса является образование агрегата гиперактивных нейронов, который продуцирует усиленный неконтролируемый поток импульсов, то есть генератора патологически усиленного возбуждения. Генератор гиперактивирует структуру центральной нервной системы (ЦНС), в которой он возник или с которой он функционально связан, вследствие чего эта структура существенно изменяет функциональное состояние других структур ЦНС и вместе с ними формирует сложную патологическую интеграцию – патологическую систему (ПС). При этом на ранних стадиях образования такая гиперактивная структура определяет также поведение ПС и обеспечивает ее стабилизацию. Она играет роль патологической детерминанты. Патологическая цепочка образования ПС после повреждения ЦНС представляет следующие стадийные механизмы: образование генератора → возникновение патологических детерминант → формирование патологической системы. Если ПС имеет выходы на периферию, то ее эффекторным звеном являются измененные соматические структуры, которые могут быть конечным звеном ПС. Таким образом, иммунологическая индукция генератора патологически усиленного возбуждения связана с типовым механизмом гиперактивации нейронов – деполяризацией мембранны, основой чего является активация натриевых и особенно кальциевых каналов.

Метод ЭЭГ, являясь неинвазивным методом прижизненной топической диагностики с визуализацией очага поражения в мозге, становится ценным источником информации о функциональном состоянии головного мозга и подконтрольной ему нейроиммунной системы. Имеется экспериментальное подтверждение зависимости характера электрической активности структур мозга от уровня иммунодефицита.

#### *Список использованной литературы:*

1. Gureje O., Simon G.E. *The natural history of somatization in primary care. Psychological Medicine.* – 1999. - V 29. - N 3. - P 669-676.
2. Golding J.M., Rost K., Kashner T.M., Smith G.R. *Family psychiatric history of patients with somatization disorder. Psychiatric Medicine.* – 1992. - V 10. - N 3. - P 33-47.
3. Garcia Campayo J., Lobo A., Perez Echeverria M.J., Campos R. *Three forms of somatization presenting in primary care settings in Spain. Journal of Nervous and Mental Disease.* – 1998. - V 186. - N 9. - P 554-560.
4. Fink P., Sorensen L., Engberg M., Holm M., Munk-Jorgensen P. *Somatization in primary care. Prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition. Psychosomatics.* – 1999. - V 40. - N 4. - P 330-338.
5. Weich S., Lewis G., Donmall R., Mann A. *Somatic presentation of psychiatric morbidity in general practice. British Journal of General Practice.* – 1995. - V 45. - N 392. - P 143-147.
6. Katon W., Von Korff M., Lin E., et al. *Distressed high utilizers of medical care. DSM-III-R diagnoses and treatment needs. // Gen. Hosp. Psychiatry.* – 1990. – V. 12. – P. 355 – 362.

- 
- 
7. Snyder S., Strain J.J. Somatoform disorders in the general hospital inpatient setting. *General Hospital Psychiatry*. – 1989. - V 11. – N. 4. - P 288-293.
  8. Болдырева Г.Н., Брагина Н.Н. Электрофизиологические корреляты вовлечения в патологический процесс таламо-гипоталамических структур мозга человека // Журнал высшей нервной деятельности. - 1993. - Т.43, Вып. 4. - С. 721-729.
  9. Жирмунская Е.А. Функциональная взаимозависимость больших полушарий мозга человека. Л.: Наука, 1989.; Иванов Л.Б. Прикладная компьютерная электроэнцефалография. М.: МБН, 2005.
  10. Thatcher R.W., McAlaster R., Lester M.L. et al. Hemispheric EEG asymmetries related to cognitive functioning in children // Cognitive processing in the right hemisphere / A. Porecman (Ed.). New York: Academic Press, 1983. P. 125-146.
  11. Мельникова Т.С., Лапин И.А., Юркин М.М., Краснов В.Н. КЛогерентный анализ ЭЭГ у больных непсихотическими психическими расстройствами // Материалы Российской конференции «Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии». - М., 2007. - С. 341-342.
  12. Абрамов В.В. Интеграция иммунной и нервной систем. – Новосибирск: Наука, 1991. – 168 с.
  13. Крыжановский Г.Н., Магаева С.В., Макаров С.В. Нейроиммунопатология: Руководство. - М.: Изд-во НИИ общей патологии и патофизиологии, 2003. – 438с.; Крыжановский Г.Н., Магаева С.В., Макаров С.В., Сепиашвили Р.И. Нейроиммунопатология. - М., 1997. – 282 с.

## ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЖАМБЫЛСКОЙ ОБЛАСТИ

Е.А. Сауранбаев

главный врач ГУ «Жамбылский областной психиатрический диспансер», г. Тараз

Теория и практика психиатрической помощи (ПП) являются постоянно развивающимися направлениями здравоохранения. В силу динамичности своего развития эти направления требуют определенной систематизации и строгой организации.

Ключевым принципом оказания психиатрической помощи является гуманистическая направленность деятельности ее структур в отношении пациентов. Философской платформой психиатрической помощи выступает индивидуально ориентированный на пациента характер деятельности медицинского персонала. Принципиальным условием оказания психиатрической помощи выступает сохранение ее социальной направленности.

Развитие психиатрической помощи в научно-практическом смысле неразрывно связано с аккумулированием и распределением значительных финансовых, кадровых, материальных ресурсов, а «удовлетворение потребности населения в высококачественной медицинской помощи и оптимизация состояния здоровья остаются приоритетными направлениями внутренней политики государства» (Назарбаев Н.А., 2006).

В этой связи становится очевидным, что деятельность медицинского персонала разных уровней и структур здравоохранения должна осуществляться на единых принципах:

- поступательное движение пациентов в направлении специализированной и высококвалифицированной психиатрической помощи;

- преемственность в оказании психиатрической помощи на всех этапах движения больного;
- минимизация этапов оказания психиатрической помощи, ограниченных по объему и материально техническим возможностям;
- нивелирование ошибок в оказании психиатрической помощи, допущенных на предшествующих этапах.

Участковая служба и специальная скорая помощь (ССП) выступают 1 этапом психиатрической помощи.

Целью этого этапа является формулировка первичной диагностической концепции, которая может строиться по нозологическому и синдромальному принципу.

Задачами этого этапа выступают первичная сортировка пациентов по степени тяжести их состояния и, как логическое продолжение действий медицинских работников, – определение тактики ведения больных.

Особенностью этого этапа является ограниченный по времени контакт с пациентом. При этом медицинский персонал отвечает себе на вопросы:

- 1) проводить ли уточнение диагноза и лечение больного на месте или ограничиться посиндромной диагностикой и купированием неотложного состояния?

Подобные действия, как правило, допустимы в отношении пациентов с хронической и хорошо известной медикам патологией больного; реактивным

состоянием, требующем купирование острой симптоматики и не нуждающемся в стационаризации.

2) осуществлять ли медикаментозную профилактику развития социально угрожающих (авто- и гетероагрессии) состояний у больного и в какой форме?

В последующем возможны два варианта развития событий.

Первый – пациент остается дома (не госпитализируется), получает рекомендации. Далее следует активное посещение этого больного участковой службой для оценки его состояния в динамике. Такая тактика применяется в большинстве случаев в отношении пациентов с хроническими заболеваниями.

Второй вариант – пациента госпитализируют в стационар согласно закону «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»;

3) Как наилучшим способом поддержать психическое состояние больного? Возможна ли транспортировка пациента в стационар, и когда это лучше сделать – незамедлительно или отсрочено, ожидая положительный эффект от выполненных лечебных мероприятий?

Подобный сценарий событий типичен в случае развития острого психоза или манифесте ранее анамнестически неизвестной патологии у больного. При явном недостатке этого этапа психиатрической помощи ограничение по времени, что влечет за собой, в первую очередь - ограничения подробного опроса пациента, этап имеет и преимущества. Первичная диагностическая концепция базируется на визуально-контактном уровне диагностики тяжести состояния больного в момент развернутой клинической картины психоза, послужившего причиной вызова врача к больному. Не редко только врачи первого этапа психиатрической помощи становятся очевидцами максимально яркой клинической картины заболевания. Поэтому суждение о диагнозе врача 1 этапа психиатрической помощи всегда ценно и не может быть проигнорировано в дальнейшем.

На практике же возникает некоторый диссонанс в формулировках диагноза на догоспитальном и госпитальном этапах. Так, около 90% случаев упоминания в направительном диагнозе врачей ССП алкоголь-связанной патологии игнорируются врачами стационара. Около 25% случаев упоминания в направительном диагнозе ССП острого психоза (чаще бредового регистра) заканчиваются сменой этого синдрома в первые часы поступления пациента в стационар без выполнения уточняющих мероприятий. Около 20% случаев направительного диагноза ССП: Делирий отвергаются на уровне приемного покоя без отражения в медицинской карте стационарного больного клинической интерпретации альтернативных причин развившейся симптоматики у пациента на догоспитальном этапе.

Причинами этого явления можно допустить, что врачи приемного покоя стационара имеют больший

клинический опыт, а врачи стационара – в большинстве случаев – молодые врачи. Во избежание таких разногласий в диагностическом плане необходимо привлекать к работе в ССП врачей с высоким квалифицированным уровнем. Другим моментом разногласий является то обстоятельство, что по современному требованию Министерства здравоохранения Республики Казахстан (МЗ РК) в карте стационарного больного отражается полный нозологический диагноз в соответствии с МКБ-10, а ССП выставляет синдромальный диагноз, который можно квалифицировать в различных рубриках, что также зависит от полноты и возможности проведения дополнительных диагностических мероприятий.

Стационар является 2 этапом психиатрической помощи.

Задачами этого этапа являются:

1) оценка тяжести состояния больного и выделение ведущего клинического синдрома, нозологической единицы, что определяет выбор профиля отделения госпитализации;

2) уточнение диагноза в приемном отделении: консультации ответственным врачом по профилю и консультации смежных специалистов; определение объема лабораторно инструментальных уточняющих диагностических мероприятий;

3) лечебно-диагностические мероприятия в специализированном отделении до нормализации состояния пациента, выздоровления или до момента достижения максимального терапевтического эффекта; определение прогноза заболевания; формулировка рекомендаций для пациента и районного врача-психиатра по месту жительства;

4) проведение дифференциального диагноза в максимальном объеме для уточнения характера имеющейся у больного патологии; формулировка наиболее вероятного клинического диагноза; консультация и (или) перевод пациента в Республиканском научно-практическом центре психиатрии, психотерапии и наркологии (РНПЦ ППН) для проведения дальнейших диагностических и лечебных мероприятий.

Проведенная внутрибольничная аудиторская проверка состояния оказания психиатрической помощи в Жамбылской области по итогам 2010 г. показала следующие результаты.

На практике существовало отклонение от описанной модели психиатрической помощи. Экспертная оценка историй болезни показывает, что в 49,4% случаев существует «движение больных по отделениям ОПНД». Только 34,3% представляют обоснованное движение пациентов по отделениям ОПНД и 23,3% – своевременное. В 19,3% происходит смена диагностической концепции за время госпитализации больных, только в 12,7% она обоснована и в 16,0% своевременна. При этом коррекция плана обследования пациентов происходит чаще смены диагностической концепции – в 31,9% случаев; только в 17,6% коррекция плана обоснована и в 16,0%

своевременна. Максимальное число переводов больных в специализированные учреждения для оказания высокоспециализированной медицинской помощи (ВСМП) приходится на 4 декаду госпитализации.

Формулировка прогноза заболевания в выписной документации отмечается в единичных случаях. Рекомендации по лечению больного после выписки не содержат информации о длительности приема препаратов и кратности осмотров участковым врачом-психиатром в раннем выписном периоде.

Реабилитация является 3 этапом психиатрической помощи.

На этом этапе используются программы физической реабилитации пациентов; социальной реабилитации, суть которых сводится к определению степени утраты трудоспособности и ограничения функций организма больного. Реабилитационные мероприятия могут выполняться в специализированных лечебно-трудовых мастерских (ЛТМ) стационарного типа, в условиях дневного стационара, в специализированных санаториях или в ЛТМ амбулаторного типа. Но на сегодняшний день страдает реабилитация лиц с психическими расстройствами в области ввиду нерешенности вопроса о возобновлении деятельности ЛТМ.

Наблюдение за пациентом участковым врачом-психиатром является 4 этапом психиатрической помощи.

В целях информационного взаимодействия и мониторинга состояния психиатрической службы Жамбылской области нами разработаны формы получения информации по всем параметрам, включая медицинские и социальные аспекты о лицах с психическими расстройствами по всем районам области.

В дальнейшем, в целях расширения объема медицинской помощи лицам с психическими расстройствами, планируем улучшение материально-технической базы (МТБ), открытие стационара для лечения пограничных состояний, палат интенсивной терапии с оснащением их современными медицинскими приборами, а также намереваемся создать суициологическую службу и оснастить более современным медицинским оборудованием физиотерапевтическое отделение.

Таким образом, процесс оказания психиатрической помощи представляет собой замкнутую, строго структурированную систему, нарушение деятельности любого из этапов этого «круга» чревато дефектами оказания психиатрической помощи больным.

## ФИЛОСОФИЯ И МЕТОДОЛОГИЯ ПСИХОЛИНГВИСТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ\*

А.И. Семенова

г. Москва

### Значение структуры и функции сознания в творческом самопостроении

Человек – это сложная, иерархически и динамически организованная, психоэнергетически заряженная система, обладающая памятью и волей. Специализированные информационные системы обеспечивают функциональную согласованность мозга и сердца, сознания и подсознания. Мозг, обрабатывая информацию, осуществляет функции синтеза, анализа, фильтрации, понимания. Каждое полушарие управляет присущими ему функциями. *Левое полушарие – логическое, словесное, дискретное, последовательное. Правое – образное, бессловесное, непрерывное, интуитивное, геометрическое.* Существует принцип асимметрии головного мозга. Когнитивные медиаторы (дофамин,  $\gamma$ -оксимасляная кислота, ацетилхолин) тяготеют к левому полушарию. Мотивационно-эмоциональные медиаторы (серотонин и норадреналин) – к правому полушарию головного мозга. Взаимодействие полушарий

головного мозга является физиологическим субстратом для диалога разных планов восприятия. Взаимодействие осознаваемых и неосознаваемых компонентов являетсянейробиологической основой творческого процесса. Над разработкой понятий о связи языка и сознания трудились многие научные исследователи (Л.С. Выготский, А.Р. Лuria, И.П. Павлов, В. Вундт и др.). Исследователями установлена связь состояния сознания с фазовым состоянием коры головного мозга. В обыденном состоянии сознания, когда головной мозг активен, доминируют понятийные смысловые связи. Тормозному состоянию коры головного мозга, возникающему при переходе от бодрствования ко сну, соответствует особое – просоночное состояние – сознания, когда просыпается подсознание и главенствует ассоциативно-образное восприятие. Психика открыта получению информации от подсознания, в содержательной структуре которого память и опыт личности хранятся в виде образов. Известно, что разные уровни единой сферы сознания находятся в

\* Окончание. Начало см. Вопросы ментальной медицины и экологии. – 2010. – Т. XVI, № 4.

---

---

беспрерывном динамическом взаимодействии. Этим обеспечена активная перестройка психической сферы.

Психиатрия работает с измененным состоянием сознания, когда поле восприятия и внимания - осознания сужено. Нас интересует расширенное творческое состояние сознания, когда обостряется чувствительность и появляется доступ к тонким сигналам подсознания.

*Малоизвестно, что иммунную систему крови называют дополнительным сенсорным органом и самой тонко настраивающейся из подсознательных систем организма. За творческий акт отвечает не только ум, интеллект, но и сердце, душа, кровь, вторая информационная система человека. Иммунной системе имманентно присуща поисковая активность. Она различает своё, чужое, энергетически эффективные способы адаптации, целесообразные пути самоизменения, формирует болезненную почву, препятствует генетическому перепрограммированию системы. Специфически построена память иммунной системы. Она запоминает встречу в предыдущих поколениях с определённым антигеном (для выработки клона антител), но она запоминает также виды адаптации в генетически заданных условиях; возможности развития адаптивных реакций, энергетически обеспеченных. Она соотносит реакцию и энергетические возможности, определяет способ расходования генетической энергии организма. Жизненные программы и формирование моделей саморегуляции опосредуются иммунной системой, формирующей иммунологическая реактивность, которая играет важную роль в выживании организма и целого вида. Типы реактивности передаются в генетическом коде. При формировании понятия о доминантах и рефлексах нервной системы надо учитывать понятие о тканевых мезенхимных рефлексах. Как центральная информационная система, иммунная система формирует индивидуальный образ мира: на что и как реагировать, как отвечать, какой мощности и специфиности энергии привлекать. Жизненная программа основана на генетической индивидуальной специфиности восприятия и ассоциативной памяти обо всех входящих обстоятельствах. При формировании Жизненного принципа в системе ключевой регуляции адекватно отражены, соотнесены, учтены интересы оперативной верховной регуляции, вековые фундаментальные адаптивные программы как способы развития и поддержания энергии напряжения, способы патологических компенсаций, степень возможности защиты индивидуальности. При построении самосознания информационные энергии динамически заряженной сферы сознания должны быть структурно упорядочены на основе опыта и тренировки. Сознание - не абстрактная метафизическая категория, но ма-*

териальное понятие. За понятием «сознание» скрываются информационные энергии, формирующие организационные принципы живого организма. Поведенческие изменения возможны, если сформированы аффективные механизмы и подготовлена структура энергетического обеспечения реакций. Социально-личностное становление является продолжением сложных процессов раннего развития эмоциональной сферы. Работа со структурой сознания и упорядочение его энергий, психолингвистическое структурирование реальности - основное побуждение данного метода. В творческих языковых играх мы имеем дело с архетипом - эволюционным типом, который развертывается через структуру личности и воплощается путем самосознания.

При рассмотрении философами феномена творчества существует теургический и антропоургический подход. *Теургия* есть действие Бога в мире. «Человек соучаствует в деле божественного творения» - писал Платон. *Антропоургия* - творчество, связанное с самосозиданием (качество, имманентно присущее человеческой природе). Творчество - прорыв в царство духа.

*Творческую личность определяет развитое самосознание, поисковая активность, дисциплина ума, упорядоченные эмоции, талант в саморегуляции, послушная гибкая энергетика.*

### Целебная творческая психолингвистика

Предложенный полимодальный метод психолингвистического консультирования и психотерапии основан на ряде новых разработок: по методологии целебной психолингвистики; комплиментарной дыхательной психотехнологии; практике языковых игр, теории самоорганизации и ключевой регуляции человека. Метод включает:

1. Описание философии и теории целебной психолингвистики.
2. Предложение способа психобиологического типирования звуков.
3. Разработку принципов структурирования звукообразов и способа организации на их основе живого действия.
4. Разработку способа комплиментарного, процессуального дыхания, из единого ряда дыхательных психотехнологий.
5. Овладение искусством творческого процесса и навыками самосознания.
6. Предложение комплексного, на рациональной и чувственной основе, способа контроля, управления, настройки состояния.
7. Полимодальный тренинг систем саморегуляции, структурную проработку природных жизненных программ.
8. Комплексный клинико-аналитический, психологический, языковый семантический анализ.

- 
9. Личностный анализ и коррекцию нарушений в сфере душевной организации (система значений, восприятия, блоки, комплексы, ценностная ориентация).

*Целебная эко-психолингвистика* – это метод структурно-функционального анализа личности, психосемантического исследования системы значений индивида, при знакомстве с его информационно-эмоциональной языковой системой.

*Метод целебной психолингвистики построен по принципу направленных на самоосмысление и самовторчество психологических языковых игр с активным моделированием жизненного процесса в специально организованном семантическом пространстве звукообразов. Психолингвистика преобразует чувственные и мыслительные категории сознания при посредстве языковых структур. Ею осваиваются способы работы с генетической и долговременной памятью, с инструментами развития ассоциативно-образного, творческого мышления.*

Целебная психолингвистика основана на представлении о человеке как открытой экологической системе, в которой сочетаются принципы биологической и информационно-энергетической самоорганизации. *Приданье особой значимости упорядочиванию жизненных программ в раннем онтогенезе, формированию эмоциональной сферы, информационной языковой системы, творческого самосознания является особенностью метода.* Целебная психолингвистика, наряду с коррекцией состояний, ставит целью активное структурирование сферы эмоциональной регуляции, личностное саморазвитие, формирование ключевых жизненных программ. Первым этапом при сотворении стабильного внутреннего образа мира нужны упорядоченные сознанием, системно организованные эмоции и энергии. Чувственно-энергетическому моделированию придаётся смысл, равный ментальному. Известно представление об эмоциях, как психических энергетических процессах. При этом доступ к жизненным ресурсам возможен, если энергия изначально правильно структурирована, *если поняты каждое чувство, каждая эмоция, и они полно и зрело нашли своё место в жизненной личностной программе.* Человеку присуще феноменологическое разнообразие: не просто принадлежность к психотипу, но психическая и эмоциональная специфичность в восприятии реакции на тончайшие нюансы бытия. Метод предоставляет свободу перемещений внутри интрапсихических процессов.

*Целебная психолингвистика, опирающаяся на дыхательные психотехнологии, имеет целью структурирование сознания: создание собственной избирательной программы самоорганизации после детального ознакомления с принципами создания таких программ. Клиент учится понимать роль неосознаваемых компонентов внутреннего опыта и доверять глубинной логике бессознатель-*

*ного. Психолингвистика связана с культурологией, так как «смыслы и намерения выражаются в терминах символических систем, связанных с языком»* (Т. Парсонс, 1998). Культура как феномен вытекает из особенностей человеческой натуры. Человек в мотивированном действии и диалоге вырабатывает культуру ума, чувств, эмоций.

*Позиционирование целебной творческой психолингвистики требует знания некоторых правил:*

- в сложных управляемых системах малое воздействие может привести к сильной реакции системы (иммунологический принцип «ключ к замку»);
- развитие мысли в психотерапии связано с изучением особых, измененных, суженных и расширенных, состояний сознания; бессознательное мыслится как первоисточник энергии, творческое жизненное начало;
- используется принцип амплификации или правило герменевтики - расширение, обогащение понятия, приближение к смыслу текста. Текст - связная и полная, внутренне организованная последовательность слов в лингвистике и знаков в семиотике, отпечаток целостной субъективности;
- переход от культуры социально-нормированных форм категоризации к нестандартным способам упорядочения внутреннего опыта включает переход от опоры на логические понятийные структуры к отражению в форме наглядно-чувственных до-вербальных образов.
- целебная психолингвистика, работая со звуками, знаками, символами, использует такие организационные и сущностные модели, как образы, архетипы, мифы, ритуалы. В сокровищнице фольклора, как в роднике, можно черпать множество элементов.

Рожденный мудростью народа фольклор – это естественная система здорового взаимодействия с собой, людьми, миром, основан на традициях и ритуалах. *По мнению Л.Д. Назаровой, в информационно-эмоциональной языковой системе фольклорной арт-терапии вместе работают законы языка, логико-аналитическое осмысление происходящего и эмоциональное чувственное включение [21].*

Для организации культурной территории на чувственно-символической основе человечество создало ритуалы, известные более при совершении религиозного таинства и обрядовых действий. Ритуал выражает определенные ценности и играет важную роль как традиционно выработанный метод социального воспитания. Ритуалы глубоко проникают в сознание, способствуют формированию духовного архетипа. *Современность требует создания ритуалов посвящения человека в многоплановость его творческого существования.* Человечество пытается сберечь синергетическую причастность Бытию.

---

## **Методическое соединение языковых и интерактивных игр**

---

В «Логико-философском трактате» (Л. Витгенштейн, 1958) предложена философия объединения логического и лингвистического анализа и функционально-игровой модели языка [3]. Языковые психолингвистические игры являются школой самоосмыслиния, самопознания; способом восстановления инстинктов жизни, навыков самоидентификации.

Языковые игры имеют ряд правил:

- а) функционально-деятельный подход к языку;
- б) понимание работы языка в практическом мышлении и поведении людей через жизнь знака в реальном действии;
- в) соотношения внешнего действия и внутреннего плана сознания.

«В языковых играх используются аналитические методы и совокупность приёмов, высвечивающих функциональность языка. Игры толкуются как укорененные многообразные формы жизни с множеством смысловых оттенков. Языковые игры работают как театральный спектакль, где в одно целое объединены сценическая площадка, акты, действия, роли, конкретные сцены, слова, жесты, звуки» (обзор А.Ф. Грязнова, 1996).

Модель данной, предложенной автором языковой игры, представляет собой формулу последовательности: «Знак → звук → семантический стимул → творческая игра на основе звукообразов → подлинная действительность → новый осознанный знак». Философ А.С. Панарин (2002) пишет о том, что формула подлинно духовного творчества («знак – действительность - новый знак») противостоит механической формуле: «Знак - обозначающий - новый знак». Произвольное обозначение реальности «субъектом» по отношению к «объекту» мистифицирует, симулирует информацию. То же можно сказать о произвольной трактовке звуков в играх с именами.

*Интерактивные игры – это метод глубинной психотерапии, обогащающий опытом создания душевной организации. Работа с внутренней реальностью проводится на основе углубленного внимания к себе, своим действиям и реакциям на разнообразные сигналы. Предлагается имеющая правила сюжетная игра с предложением ситуации, организацией взаимодействия и дальнейшим обсуждением атмосферы, самоощущения участников. Целевые упражнения направлены на выработку коммуникативных способностей, создание доверительного отношения к себе и миру. В их числе игры, стимулирующие любознательность, повышение самоуважения, доверие к людям, дружелюбие, умение вступать в контакт, сочувствие, чувственное восприятие. Включено обучение полезным навыкам и психотехникам. Используются, предложенные К. Фо-*

пелем (1998), способы усиления выразительности действия, мультимедийные технологии, ролевые игры, психологические разминки, упражнения [41].

Целебная психолингвистика использует интерактивные игры. Например, такие как:

- Упражнение 1. «Колокол». Воображаемая картина: солнечное утро, свежий воздух, молодая зелень деревьев. Маленькая деревенская церковь. Ясный и веселый звон колокола доносится по воздуху. От этого звука ты становишься бодрым и радостным. Легко, спокойно, празднично на душе. Анализ упражнения: слышал ли ты звон колокола «внутренними ушами»? Можешь ли ты пропеть, изобразить голосом тот звук, от которого почувствуешь гармонию во всем теле?
- Упражнение 2. «Быстрые превращения с помощью волшебного слова». Вопросы к обсуждению: *Какие преимущества у большого (маленького) существа?* Чтобы ты сделал, став меньше, больше, совсем огромным? Если бы ты мог превратиться в другого человека, кем хотел бы стать? Как выглядит добродушный, сердитый, грустный, веселый человек? Что должен сделать другой, чтобы ты мог ему доверять?

### **Процессуальное наблюдение при проведении языковых игр**

В звукообразно-семантической и структурно-лингвистической технологии мы работаем с многоцветной шкалой состояний, примеряя на себя разные роли и функциональные состояния, создаем среду для развития личностного потенциала, комфортный стиль работы. Важный момент - построение игр на основе полутонов и нюансов. Это относится ко всем проявлениям - к голосу, движению, дыханию. А. Менделл (1997), предложивший метод духовной, процессуально-ориентированной терапии, пишет: «Имея дело с едва уловимым чувственным уровнем работы, вы вовлекаетесь в духовную, творческую реальность, поднимая чувства до уровня метанавыков, которые можно и должно изучать и развивать».

В процессе занятий обращается внимание на спонтанность и активность, инициативу, свободную концентрацию внимания во время занятий, свободу участия в трансакциях, эмоциональную вовлеченность в процесс, плавность, лёгкость, гибкость, ритмичность, изящество, энергетику движения. *Также на занятиях оценивается качество воспроизводимых звукообразов (легко или с затруднением), синергизм движения и сопряженного дыхания.* Изучается мимика и артикуляция при демонстрации разных эмоционально окрашенных состояний.

Поскольку звукообразы психологически и эмоционально не однозначны, мы можем судить о ка-

честве переживаемых эмоций, избирательном внимании к ним, эмоциональных, энергетических и функциональных блоках. Лёгкое и непринужденное выполнение одних звукообразов и явное затруднение в освоении других позволяет сделать вывод о жизненной энергии, системе предпочтений, оси распределемых напряжений.

Важным является наблюдение за проявлением эмпатии, непроизвольного внимания к состоянию других людей. Анализируется выбор формы проявления эмоций, соотношение мысли и речевой интонации.

Психотерапевтический дискурс, важный для представления об участниках коммуникации, организуется в единстве верbalного и невербального речевого контакта, цельного связного действия и поведения.

С точки зрения Н.Ф. Калина, в статье «Анализ дискурса в психотерапии», лингвистически центрированная психотерапия имеет целью моделирование внутренней реальности и коррекцию нарушений в системе отношений. Субъективная психическая реальность клиента объективизируется в дискурсе, при структурно – семиотико - лингвистическом анализе. Методики и техники дискурса - совокупность процедур, основанных на герменевтических правилах глубинной психологии. Данная точка зрения близка и понятна автору. Терапевт использует стратегии семантического моделирования, направленные на понимание интенции клиента и трансформацию смыслов и значений. Лингвистический психотерапевт придерживается 4 принципов: принципа субъективности, диалогичности, интенциональности и исследования актов личностной активности.

### **Стратегии и тактики целебной творческой психолингвистики**

Основные стратегии метода:

- работа с разными уровнями сознания, подсознанием, творческим самосознанием;
- работа с разными сферами эмоциональной регуляции;
- наставничество в целях формирования толерантного, экологического (ноосферного) мышления;
- создание ритуала посвящения в многоплановость творческого, человеческого существования (ответ природе человека);
- содействие позитивной эволюции.

Основные тактики целебной психолингвистики:

- a) комплексный клинико-аналитический, лингвистический, психосемантический анализ;
- b) функционально-деятельные языковые и интерактивные игры;
- v) психозондирование и психо-семантическое моделирование системы значений, восприятия, представлений;

- г) ознакомление с принципами создания программ самоорганизации и разумного структурирования индивидуальных программ.
- д) формирование устойчивых поведенческих механизмов, освоение психотехнических приемов саморегуляции, создание устойчивого интереса к ним - у детей.

*Целебной творческой психолингвистикой используются многие элементы психотерапевтических, риторических, фольклорных, нарративных, культурологических, наставнических тактик. Также в рассматриваемом методе используются предложенные В.В. Александровым(2004) «конструктивно неявные, имплицитные технологии» и «синтетический подход - такое построение информационного сообщения, когда содержание развертывается в процессе самоопределения элементов, понятий и связей между ними, образуя семантические связи и смысловые значения».*

### **Составные части метода**

1. Новый способ *психобиологического типирования* звуков алфавита родной речи на *лингвосемантической основе*.
2. Разработка структурных принципов создания звукообразов и способа организации на их основе живого действия с *раскрытием физиологической сущности звука*.
3. Проведение языковых интерактивных игр, включающих психотерапевтический дискурс, на психо-лингво-семантической основе. Структурирование психосемантического поля звукообразами.
4. Психолингвистическая терапия творческим самосознанием, организованная на базе научной и художественной проработки дыхательно-энергетических звукообразов.
5. Эвристический, импровизационный способ организации творческого избирательного и сквозного действия. Соединение работы с образом, движением, дыханием, звукообразующим комплексом.
6. Комплексный, на рациональной и чувственной основе, способ контроля, управления, настройки состояния. Полимодальный, гимнастический, телесный, психотерапевтический тренинг систем саморегуляции.
7. Работа с базальной системой эмоциональной регуляции. Выявление уровня проявления эмоциональных нарушений (ритмов, гармонии, экспансии, эмпатии) и механизмов, на *дефицитарность* которых указывает симптом.
8. Новый способ обучения процессуальной дыхательной гимнастике на основе звуков алфавита и новая комплиментарная дыхательная психотехнология. Тактика восстановле-

- 
- 
- ния автоматизма экономного, естественного дыхания.
9. Творческая идентификация себя на всех уровнях подобия – себе *самому*, социуму, природной основе человека.
10. Соединение рациональной и иррациональной функций человека: мысли, чувства, интуиции, ощущения. Организация системы проводников процесса от сознательного восприятия к бессознательному.
11. Структурная проработка природных жизненных программ на основании представления цельных, информационно связанных, функционально активных состояний на основе звукообразов. Рассмотрение множественных составных элементов, типов *психофизической*, душевной организации, адаптивных программ.
12. Личностный анализ и коррекция нарушений в сфере душевной организации (система смыслов, значений, восприятия, ценностная ориентация, блоки, комплексы).
13. Выполнение психотерапевтом задач психолога-наставника и режиссера, организующего проведение занятия в творчески расширенном - измененном состоянии сознания, в психологически безопасной, эмоционально насыщенной, игровой атмосфере
14. Использование элементов психотерапевтических техник, программ риторики, физволокализации, работы с качеством голоса.
15. Способ обучения детей раннего возраста аутогенной тренировке на основе образов.
16. Знакомство с каналами восприятия и воспроизведения внешней и внутренней реальности. Раскрытие творческого потенциала, формирование нового, толерантного мышления.
17. Использование артистических психотехник и упражнений: на тренировку внимания, сосредоточения, развитие непроизвольного внимания, фантазию, наивность, интуицию, чувство атмосферы, освоения сквозного действия и целостного мироощущения, усиления выразительности, развития творческой поисковой активности.
18. Использование музыкальных и фольклорных хороводных, песенных упражнений.
19. Соединение *западных* и *восточных* методов углубленной самоорганизации. Поясняющие психотерапевтические тактики:
- развитие ассоциативной памяти и образного мышления;
  - осознание особенностей эмоционального состояния, переключения, моделирования состояний, стимуляции положительных эмоций;
  - внимательное отношение к своим чувствам, ощущениям, ритмам, движениям;
- внимание к интенсивности полевого воздействия (атмосфере);
- стимуляция не только высшей сферы переживаний, но и низших, фоновых уровней;
- приток аффективных впечатлений, тонической регуляции эмоциональной системы;
- поддержка фантазий, инициативы, активности, поиска;
- смещение от отрицательной доминанты к положительной, связанной с успехом;
- ориентация на состояние другого через налаживание совместных действий в игровой ситуации;
- организация дискуссий, взаимодействия;
- обогащение репертуара предметно-практических действий;
- стимуляция чувства удивления через их необычность и неожиданность;
- стимуляция телесных контактов;
- использование положительного подкрепления;
- использование разных стратегий с учетом состояния.

Метод творческой психолингвистической психотерапии – это оздоровительное погружение в творческое интегративное состояние сознания как в человеческий план существования. Это - комплексный метод управления психофизическим состоянием, заключающийся в использовании специфических настроев на атмосферу, ритм, эмоции, внутреннюю пластику и динамику образов, построенных на основе звуков алфавита русского языка. Используются *психосоматические*, телесные выразительные средства при проигрывании образов. Включается активное воображение с вниманием к атмосфере и тонким сигналам. Осваивается способ тонкого управления комплиментарным дыхательным процессом: настройка ритма, тона, интенсивности, всех *нюансов* дыхания при прочувственном, осознанном произнесении звуков. Используется техника процессуального наблюдения.

Лечебный эффект *метода творческой психолингвистической психотерапии* заключается в коррекции блоков, комплексов, неэффективных жизненных программ.

Результатом *метода творческой психолингвистической психотерапии* является становление базальной системы эмоциональной регуляции; структурирование сознания, укрепление энергетики тела. Личность оценивается как субъект и феномен самоорганизации. Она погружена в пространство культурных, исторических, символических процессов. Оценивается структура, потенциал, уровень ментального, эмоционального интеллекта, языковая культура личности, её стремление к саморазвитию, осмыслинию жизненных явлений, взаимодействие с символическими формами.

*Методом творческой психолингвистической психотерапии* используется принцип амплифика-

ции - максимального приближения к смыслу при многомерном личностном анализе. В занятия включены импровизационные техники и концептуально-понятийный, интерпретирующий подход. Звуки - знаки предельного обобщения процессов и явлений. Фоносемантика обращает внимание на обертоны в оборотах речи: «я (же) тебе говорил», «ну, и как ты считаешь?». Можно использовать разработанные в фольклористике структурно-семантические методы (сказочная семантика).

*Сформировать душевную организацию - это значит воспитать сопричастность живому, тонкость восприятия сигналов, свободу фантазии, мышления, богатство чувств, поисковую активность, иммунитет личности к нарочитым конфликтогенам (сарказму, упрекам, менторскому, снисходительному, игнорирующему отношению). Важно вернуть доверие к собственной внутренней мудрости, наслаждение жизнью, умение исследовать реальность, видеть мир глазами других, различать различные проявления любви. Рассматривается соотношение Я - означающего и Я - означаемого. Терапевт руководит процессом, использует те или иные технологии, исходя из (душевного, физического, эмоционального) состояния участников творческого процесса. Важно исключить механическое воспроизведение звукообразов. Семантический сигнал является поводом для раскрытия процесса и явления.*

*Пример организованного дискурса: звукообраз «А» даст нам возможность обсудить разносторонность понятий, неоднозначность проявлений, широкий диапазон состояний души, от горя до радости. Что понимается под состоянием радость? Когда это чувство воспринимается полно, углубленно? Радость - душевная наполненность и открытость, вдохновение, приятная взволнованность, заинтересованность, чувство полета, предощущение любви. Предпосылка радости - ощущение единения, своего места в ряду других, понимание и приятие тебя другими. Радость - ощущение «Я» во всей полноте раскрытого потенциала. Понятие радости ассоциируется с понятием соборности: « Я - в себе» и «Я - со всеми». Радость имеет материальный и нравственный компонент. Это хорошо построенная энергетическая структура. Открытый, энергетически сильный человек согревает других. Чувство радости проявляется в открытом жесте, при разведении, распахивании рук. Вспомнить наиболее чистое (без осадка) проявление радости. Какие дополнительные чувства и ощущения сопряжены с ними? В оппозиции к радости – состояние страдания. Восприятие горя или радости более органично, свойственно душе человека? Почему отчаяние считается смертным грехом? Возможно ли просветленное страдание, облегчающее душу смыслом, верой? Как дышится, какой голос и разнообразные интонации*

речи у состояний радости и безнадежности? Звуки наделяются свойствами живой сущности.

Мы можем рассматривать иные состояния человека. Например, когда экологическая система человека находится в состоянии бифуркации, самоочищения, в поворотный момент (сингулярная точка). На примере звукообраза «Б» можно обсудить непростое понятие и явление «свобода» (не анархия). На примере звукообраза «Р» можно обсудить понятие самодисциплины и внутренне строгой проработки внешних сигналов в момент неудовольствия, горячности. Каждый из звукообразов позволяет ведущему занятие раскрыть его жизненное мировоззрение, использовать накопленный багаж знаний.

### **Физвокализные тренировки**

В звуковой гимнастике используются артикуляционные упражнения. Известны центральные (кора, подкорка, ствол, нервные проводные пути) и периферические органы речи. Речевой аппарат имеет функциональные отделы: энергетический (дыхательный); генераторный, голосо-образующий (с заинтересованностью гортани и голосовых связок); резонаторный, звукообразующий (заинтересованы глотка, полость рта и носа). С подкорковыми образованиями связаны ритм, темп, выразительность речи. С полостью рта связаны отчёливость, сила, окраска, громкость звука. Полость носа определяет звонкость, полётность, обертоны звука. Шумовой вибратор – это щели между губами, языком, нёбом, альвеолами. Тоновой вибратор колеблет голосовые связки (М.В. Фомичева, 1981). Интонация – это совокупность звуковых средств языка, которые фонетически организуют речь и позволяют выражать чувства. Интонация имеет элементы: ритм, мелодику (понижение, повышение тона), темп (скорость), тембр, логическое ударение. Формирование качества звука, его окраска и энергетическое насыщение функционально связаны с дыхательным процессом, дыхательными мышцами, диафрагмой. А.И. Поповым разработан метод физвокализа, который очень интересен автору и применяется как одна из методик на проводимых им занятиях. Физвокализ – Методика, включающая способ гармонизации звукообразующего комплекса человека и упражнения с использованием голоса, сочетающиеся с определёнными действиями в горле, воздействие на голос тренировкой мышц конкретной части тела, с оптимизацией межмышечной координации. В процессе физвокализа прослеживается явная связь звукообразования с конкретными частями тела человека.

В звуковой дыхательно-энергетической гимнастике саморегуляции (ЗДЭГС) способ образования и произнесения звука (артикуляция) является одним из инициаторов цельного действия при формиро-

вании образа. Пример работы со звукообразом «С». Нам известно, что в артикуляции звук «С» - *щелевой и при произношении этого звука язык приближен к губам*, что создает сопротивление потоку выдыхаемого воздуха (длительный выдох с сопротивлением). При воспроизведении звук «С» требует определённого усилия со стороны мускулатуры дыхательных органов, являясь сильным диафрагмальным звуком. Однако воспроизведение звука и работа диафрагмы облегчаются, если мы введём в качестве пособия действию звука одновременное мягкое, вкрадчивое, бережное движение вперёд с вытянутой, совершающей гибкие волнобразные движения, рукой. Лучше использовать движение «китайский шаг»: действие предварительно зарождается и импульс как бы передается из одной ноги в другую. Ощущение состояния - затаённости, природной устойчивости (вода вечна). *Психоэмоциональное восприятие звука - волевого, зрелого дей-*

ствия (символизируемого зеленым цветом). Особенности артикуляции и дыхания связаны с раскрытием образа звука, эмоциональным вовлечением в действие, генерацией состояния тонизирующей релаксации. Этот принцип инициации и соответствия касается всех звуков. Важный этап работы - изучение типа и способа звукообразования и дыхания при произнесении каждого звука, преобразованного в звукообраз. В таблице 1 представлено восприятие звуков.

### **Описание сущности действия и движения звукообразов**

Внутренне воспроизводимое действие и движение сопряжено. Рассмотрим действия и движения звукообразов, характерные для звукообразов. В таблице 2 приведено описание действий и движений, характерных для звукообразов.

Таблица 1

#### *Цветовое и эмоциональное восприятие звуков алфавита*

Звук	Цветовое восприятие	Эмоциональное восприятие
А	Красный, цвет спелой малины	Радость, наслаждение, активность, достижение успеха, целенаправленность
Б	Жёлтый, цвет полуденного солнца	Оптимизм, раскованность, боевитость
В	Серо-голубой	Спокойствие, безмятежность
Г	Жёлто-зеленый	Жизненный тонус, упорство, устремление
Д	Коричневый	Ритм задаёт здоровье
Е	Оливковый	Прислушивание
Ж	Чёрно-коричневый, иссиня-чёрный	Напряженное приятие ситуации
З	Золотистый	Цвет надежды, лёгкость восприятия
И	Синий	Сензитивность, эмоциональная чувствительность, вовлеченность
К	Сиреневый	Спокойствие и созерцание
Л	Оранжевый, солнечный	Жизненная сила
М	Белый	Все цвета радуги (полнота чувств).
Н	Болотный	Пассивная оборонительность, очищение, неопределенность
О	Небесный	Душевная глубина, спокойствие
П	Бежевый	Подготовка к действию
Р	Дымчатый	Отстранённость
С	Зелёный, изумрудный, малахитовый	Затаённость, зрелость, собранность
Т	Телесный	Интимность
У	Густо- зелёный	Воля к жизни, упорство, призыв, просьба о помощи
Ф	Цвет языков пламени	Автономность, импульсивность
Х	Серебристый, переливчатый	Потребность в успокоении, отдыхе
Ц	Насыщенный лимонный	Глубокое созерцание, умиление
Ч	Хаки	Отстаивание собственных позиций
Ш	Цвет моря	Потребность в понимании, затаенность, удержание позиции
Щ	Фиолетовый	Фантазийность, оригинальность
Ы	Чёрный	Напряжённое усилие
Э	Рыжий, цвет кленового листа	Активность во взаимодействии
Ю	Палевый	Лёгкость в общении
Я	Розовый	Самососредоточение

Таблица 2

*Действия и движения, характерные для звукообразов*

Звук	Действия	Движения
А	Распахнутые, обнимающие мир	Пластичные, округлые, широкие, экспрессивные
Б	Собранности, компактности	Синхронные, неспешные, волевые
В	Рассеивающие, приводящие стихии в движение.	Широкие, размашистые, плавные, ненапряженные
Г	Устремляющиеся, обжигающее, намеренное	Олицетворяющее его движение - быстрое, проворное, мягкое, энергоемкое
Д	Упорядочивающее, определяющее	Ритмично-организованные
Е	Рассеянности в момент отдыха	Воздушные, мягкие, слаженные, ленивые
Ё	Закрытости	Закрытости
Ж	Внутреннее действие неприятия, напрягающего ожидания, риска	Компактные, с концентрацией, чередованием напряжения и расслабления
З	Созерцательности, успокоения ума	Волнообразные, плавные, гибкие
И	Вовлеченные, имитации, наблюдения со стороны, неоднозначности восприятия	Синхронные, раскачивающиеся
К	Размыкающее, отграничивающее	Быстрые, объемные, отрывистые, бесшумные.
Л	Зовущие, вовлекающие	Активные, волнующиеся, с тонизацией
М	Саморасторения	Внутренние, сопровождающиеся самопроизвольной тонической вибрацией.
Н	Недоступности сокровенного смысла, пассивной обороны	Скупые: общая релаксация и парциальное напряжение
О	Целеустремленные, влекущие	Плавно-параллельные, гибкие, глубокие, свободные
П	Сосредоточенности, преподготовки	Короткие, нарастающие, вскипающие, собранные, активные
Р	Внутренней отстраненности, сдержанности	Энергичные, активные, однотипные, крутящиеся, катящиеся
С	Затаенные, успокоения, всматривания	Скользящие, волнообразные, гибкие, мобилизующие
Т	Телесной функциональности, внутренней ритмичности	Синхронизирующие, с постепенной сменой мышечного тонуса и ритма
У	Призывающие, вовлекающие, обращающие	Тонического оцепенения, с синхронностью внутреннего и внешнего импульса
Ф	Проявлена автономия самовыражения	Импровизированные, импульсивные, колеблющиеся, пассивно-активные
Х	Глубокой распахнутости, открытости	Тонические, подвижные, открытые, размашистые
Ц	Собирающие, прикрывающие, умортворяющие,	Лёгкости, подскакивания
Ч	Имитация привычного, стереотипного действия	Подпрыгивающие, вкрадчивые
Ш	Захватывающие, поглощающие, мобилизующие	Спокойные, убаюкивающие, сопрягающие, вовлекающие, волнообразные
Э	Спокойно отражающие	Медленно нарастающего напряжения
Ю	Скользящего внимания	Внутренние - типа «пульсар-статуя»
Я	Замыкающие	Ласкающие

**Сопоставление методов структурного анализа**

*Классический трансактный анализ*  
(Э. Берн, В.В. Макаров)

1. Анализ фиксированных экзистенциальных позиций и эмоциональных установок, базового представления человека о себе и окружающем мире.

2. Структурный анализ составных частей личности и их взаимодействие, осознаваемое и неосознаваемое.
3. Изучение вариантов меж- и внутриличностного взаимодействия с анализом психологических игр.
4. Осознание человеком его жизненного сценария, освобождение от обусловленностей, принятие ответственности за свою жизнь,

переструктурирование сценария (В.В. Макаров, 2000).

#### *Психолингвистический метод творческого самосознания на основе звукообразов*

1. Невербальный метод анализа и проработки эмоциональных состояний как экзистенциальных, природных данностей человека, возможный в связи с универсальным характером психологического содержания звуков алфавита и звукообразов.
2. Структурный анализ личности и психоэмоциональных состояний, соотнесенный с изучением зрелости, структуры уровней и механизмов базальной системы эмоциональной регуляции.
3. Творческое самосознание личности, формирование и переструктурирование жизненной адаптивной программы; коррекция комплексов и дефицитарностей, освоение культурно-оздоровительных психотехнических навыков.

#### **Риторический, нарративный, наставнический подходы в целебной творческой психолингвистике**

В настоящее время в психологии развиваются экологически ориентированные дисциплины. Такова экофасилитация: метод управления открытой динамической системой личности с целью поддержания ее в состоянии саморазвития (П.В. Лушин, 2002). Коучинг, как психологический метод наставничества, создающий среду для развития потенциала личности, заявляет о экологичности метода. В русле экологии, изучающей адаптивные стратегии человечества, развивается множество новых дисциплин. В психотерапии выделяется психопрофилактическое направление, в том числе связанное с изучением этноязыкового сознания, с задачей формирования умений и навыков, позволяющих реализовать и корректировать межкультурные коммуникации (И.В. Привалова). Человек творчески строит потенциально заложенную в нем жизненную программу.

В Академии риторики изучаются теория и искусство речи, мысле-речевое творчество, речевое воспитание и речевые коммуникации в информационном обществе, речевые свойства личности (участие в диалогах, быстрота реакции, точный выбор слов, актуальность содержания речи, ее богатство и выразительность). Риторика имеет нравственную цель - воспитание жизненной позиции.

Представляет интерес нарративный подход в психотерапии, использующий качественное исследовательское интервью. Структурирование смысла в нарративе – это разработанное повествование, построение последовательной истории из множества разных событий, с выявлением структуры, сюжета, временной последовательности, узора событий, общего смысла, развертыванием скрытого потенциала. Интерпретация вычленяет структуры и смысловые отношения, которые невозможно увидеть в тексте с первого взгляда. Контекст восстанавливается при помещении в более широкую систему координат (в зависимости от методической и теоретической позиции врача). Мышление терапевта должно быть толерантным, без доминирующих тенденций, потому что ни одна личность не обладает всей полнотой реальности. Страх, тревога, вина рассматриваются в контексте совместного рассмотрения личной истории, с опорой на индивидуальный уникальный опыт пациента. Целесообразна экстернализация проблемы, выведение её извне, рассмотрение вблизи, но не в самом личностном поле (М. Уайт, Д. Эпстон, 2010) Обсуждение в форме интервью не имеет оттенка серьёзной трагичности, а носит метафорический импровизационный характер. Создаётся семантическое (чувственно-смысловое) пространство, удобное для изложения и развития историй.

В психолингвистической, семантической психологии мы структурируем личностное пространство звукообразами. Образ раскрывается в атмосфере, дыхании, движении, цельном, завершённом действии. В процессе работы мы изучаем уникальный способ восприятия реальности человеком. Личносно структурированные, звуко-пластические упражнения развивают творческое самосознание. Внимание к себе, творческое постижение себя - уже психическое оздоровление. Работая с тонким проявлением реакций на разнообразные сигналы, мы воздействуем на жизненную программу человека.

#### **Звуки и ментальность народов**

В оживлении всех звуков алфавита есть рациональное зерно. Звуки рождались и осваивались нацией в мире живых явлений и событий, отражая сложную психоэмоциональную жизнь людей и лаконичность их ментальной структуры. Р. Штейнер, создатель эвритмии (1927), считал, что *гений немецкого языка - скульптурная пластика движений*. В его системе целительства звук, прежде всего, связан с пра - движением. Следуя за звуком, в движении выражается душа.

Что отражено в русском языке? Видимо, безбрежность просторов, дыхание перемен пейзажей и ощущений. Переполняющие эмоции не успевают за структурой. Думаю, что *гений русского языка - в пластике дыхания, сопряженного с эмоциями и энергетикой. Но, может быть, наша главная проблема - в том, что функции не хватает структуры*.

С состоянием, какого звукообраза можно символически связать наше национальное самосознание? Велика роль *символического «А» - состояния в русской ментальности*. Эмоциональная жизнь со-

отечественников колеблется в крайних пределах (вдохновение или отчаяние). Русские философы, рассматривая вопросы национального самосознания, писали о неизбытном стремлении к поиску смысла и вместе с тем, о неупорядоченности эмоциональной жизни, проявлении в её крайних вариантах. Тонкому построению структуры психической организации традиционно уделяется мало внимания. «Смирение- единственная форма дисциплины личности». А если не сформировано понятие об уважении обществом личного достоинства каждого человека, то движется человек по волнам жизни от низости до святости, мимо начала человеческого (Н. Бердяев, 2004). Инструментом душевного строительства является культура (в том числе культура символов). В целебной психолингвистике - с целью здоровой самоидентификации - акцент делается на усвоение символического языка, структуры и энергии коммуникаций, на самоисследование и само выражение. Звуки, духовно воспринятые, формируют душевную организацию. Этому можно сознательно учить.

Функционально-деятельный подход к языку имеет две возможности: организацию языковых игр с упрощенческим практическим (но не механическим) и философским подходом.

### Экологическая философия психолингвистической психотерапии

Сильным смысловым аспектом психолингвистики является её философский компонент. Психолингвистика тяготеет к *междисциплинарности*. Современные проблемы человека мы обсуждаем с позиции экологии человека, биосемиотики, *психосемиотики*, психосемантики, психогерменевтики, культурологии, психоэкологии, психоиммuno-генетики, квантовой, кибернетической психологии и прочего - с одной стороны. В них соединены эволюционные теории и идеи системного подхода. С другой стороны - для понимания принципов личностной самоорганизации, саморегуляции, техник психокоррекции привлекается знание известных психотерапевтических школ и направлений: аналитического, психодинамического, гуманистического, трансактного, клинического, телесно-ориентированного, *психосимволического* глубинного психоанализа, дыхательных психотехнологий, *нейролингвистического программирования* (НЛП), гештальт-терапии, фольклорной арттерапии и др. Сопоставляются коррекционные методы психотерапии и целевые методы оккультизма и Восточной медицины.

Сложность представления психолингвистического метода в психотерапии связана в первую очередь с необычной специфичностью терминологии, понятий, структурой решаемых проблем. Индивидуально-психологическое языкознание сложилось в конце XX века. Ассоциалистское направление про-

анализировало человеческую коммуникацию с позиций лингвистики и информатики, изучая стимулы, реакции, механизм ассоциации. Сторонников трансформационистского направления интересует проблема *владения человеком языка* с учётом сложного комплекса взаимодействующих социальных и биологических факторов. Мы живём в век быстро меняющегося времени и сознания. Человек прошёл путь от желания общаться, объединяться, приобрести информационную компетентность до позыва разъединения, разделения, отчуждения. Коэволюция человека и биосферы нарушена. Спокойный дарвиновский период эволюции сменился изменением в виде катастрофических скачков с не-предсказуемыми последствиями» (Н.Н. Моисеев, 1994). *Человечество не создало инструмента, чтобы вписаться в природу, но делало всё, чтобы подняться над нею, победить её. Цивилизационный кризис связан с непониманием человеком своей природы.*

Человек – это саморегулируемая, саморазвивающаяся, самоуглубляемая система. Слабым местом в его представлении о себе является дуализм существования. Подлинное равновесие может быть достигнуто только при развитом, структурированном сознании, при гармоничном взаимодействии всех его уровней. Человек с неразвитым сознанием ощущает свою двойственность болезненно, считает свой изначальный проект неудачным. На бессознательном уровне он не принимает первичных данностей своего существования. Путь к болезням начинается, когда человек теряет ощущение подобия себе подлинному и нарушения в сознании и мышлении отрабатывает на уровне тела. При врожденном и недостаточном прижизненном структурировании психической энергии появляется динамическое искажение в поле сознания. Центральная информационная система даёт сигнал о дистармонии. Развивается невротическая тревога, *апокалиптическое*, мессианское самосознание. Симптомы *апокалиптического* невроза: затяжная и хроническая безрадостность, тоска, скука, потеря способности любить, спокойной уверенности в праве рассуждать, гнетущее ощущение несовершенства и безысходности, скованное мышление, энергетическая неэффективность жизнеобеспечения. Главный природный конфликт - между духом человека и Логосом, одухотворяющим началом, осознание хаоса в социуме и сознании как Вселенского хаоса. По степени распространённости страх жить в контакте со своим бессознательным – воистину универсален. Человек боится своего сознания, голоса Господа наедине с собой. Он готов отказаться от дара сознания - главного свойства, создавшего его природу. *Апокалиптический* невроз имеет вкрадчиво ползучую форму и подбирается к интимным механизмам человеческого существа. Экзистенциальный невроз является этапом на пути развития невроза апокалипси-

ческого, когда развивается конфликт с первичной природой человека - страх осознать полноту Бытия. Болезни сознания - катастрофический, ядерный недуг человечества. Энергетическая неэффективность вследствие дезинтеграции разных сфер сознания ощущается как состояние дефицитарности, обойдённости, неполноты, незаконченности. Противоборствуют истина и ложь, чужеродность и сопричастность, механистическое и живое. И. Ялом (2000) пишет о смысле как об ощущении целостности, связности, порядка.

Вернёмся к природе саморегуляции и экологическим основам человека. Необычайными темпами идёт объединение научных дисциплин. Синергетика пытается раскрыть единые принципы самоорганизации в живых и неживых системах. Кибернетику интересует универсальность процессов управления. Исследуются общие принципы управления и способы их использования в технике и биологии (психологическая, биологическая кибернетика). «Самоорганизующиеся системы - те, которые способны при изменении внешних и внутренних условий функционирования и развития сохранить или совершенствовать свою организацию с учётом прошлого опыта, сигналы о котором поступают по каналам обратной связи» (В.М. Глушков, 2010).

Разработаны три взгляда на информацию:

- 1) информация как степень упорядоченности системы, внутренне ей присущая; количество информации в системе есть мера организованности системы;
- 2) информация как форма мышления;
- 3) информация как мера распределения материи и энергии, мера разнообразия (обзор В.Е. Оленивой, 2006).

Кибернетика предложила теорию распознавания образов и теорию игр для самообучающихся и самоорганизующихся систем. Квантовая психология ввела понятие о параллельных эввевтовских мирах или реальностях, создаваемых самим наблюдателем. Все мы видим часть истины и от упорядоченности нашего сознания и владения информацией зависит степень погружения в тайну природных явлений (С.Х. Волински, 1997). Информация - пронизывающая все сеть в глобальном мире. Реально важно умение работать с ней: воспринимать, понимать, различать, находить ассоциативные связи, перекодировать, передавать. Знание смысла знаков есть жизненная необходимость для увеличения зоркости, понимания смысла правил. «Точность и скорость восприятия сигналов должна увеличиваться при увеличении скорости развития цивилизации» (С. Дарстотов, 2007). Образование без развития культуры восприятия действительности равнозначно единению воли и действия без участия сердца и чувства. Человек теряет жизненные ориентиры. Сознание отчуждается от тела, от образов и чувственного восприятия как условий мысли.

Вопросы о возможности подмены актуальной действительности в сознании людей мнимой виртуальной реальностью, организуемой ложной знаковой системой, тревожат исследователей разных специальностей. Знаково-символическая система способствует развитию сознания, формирует его информационную сущность. Но возможно её оппозиционное влияние: манипулирование сознанием, способы магического воздействия, подмена истинной действительности виртуальной. В связи с этим Ж. Бордийяр (1996) высказал свою точку зрения: «Если знание, выраженное в языке, творит реальность, то захват, перестройка символического универсума ведёт к потере идентичности человека, потере подлинности бытия, замене реальности знаками. Происходит глобальная симуляция, семиотизация мира». Философ В.А. Кутырев (2001) пишет о «имеющем место «лингво-семиотико-структурном, информационном повороте, информационной лингвистической революции».

Появилась необходимость защиты человека от ложных символов, от массового несанкционированного воздействия информации на него вне нравственной цензуры, исключающей волевой контроль, проникающей беспрепятственно в подсознание, подобно неуловимой сущности. Человек, в процессе социо-культурного развития построивший для себя специфическую информационную реальность (знаково-символическую среду), должен развить способность понимать её всесторонне, научиться взаимодействовать в её атмосфере. В ином случае знаково-символическая среда нарушает внутреннее экологическое пространство человека. Предложено поставить в центр изучения психолингвистики человека, презентирующего содержание своего сознания в знаково-символической системе (В.Ф. Петренко, 1989). На основе теории психолингвистики развивается этнолингвистическое, когнитивное, маркетинговое направление. В психолингвистике развиваются этнолингвистическое, когнитивное, маркетинговое направления. И несколько задержалось, с точки зрения автора, психопрофилактическое (экологически ориентированное) целебное, творческое, наставническое направление. *На психолингвистическом базисе человек может изучать свою подлинную природу, поскольку в построении языка и речи задействованы все сферы сознания и все системы жизнедеятельности человека.*

Психолингвистикой принята онтологическая, герменевтическая философия. Герменевтика из науки о толковании старых текстов становится наукой о создании, понимании, постижении знаково-символических систем. Она осваивает искусство интерпретации, моделирования явлений, построения диалога через призму естественного языка и используется при построении моделей постижения глубинного смысла явлений общественной жизни.

*Наверное, самой укорененной в подсознании всего человечества является философское сакральное, метафизическое понятие о Логосе. Логос – это смысловой план строения мира. Логос – слово и смысл, сквозная смысловая упорядоченность бытия и сознания, закон бытия. В свете Логоса мир – единое целое, гармония внутри всеединства, где всё имеет свойство перетекать из одного в другое. Вещи и субстанции перетекают друг в друга, но равным себе остается ритм взаимного перехода и законосообразного взаимоотношения.* Поэтому, на основе учений Гераклита, Лао-цзы, Дао при всем динамизме, катастрофизме мир остается стабильным и гармоничным. В христианстве Логос – слово жизни Бога незримого. П.А. Флоренский трактует Логос как эманации умопостигаемого мира, регулирующего и формирующего чувственный мир.

Сознание человека, обеспеченное его культурой, его символикой, отстает от реалий, построенных технической цивилизацией. При этом степень упорядоченности в душе и теле человека не может противостоять выстроенной хаотичности социального мира. Психолингвистика дает выход на онтологию, на истинную действительность и нуждается в представлении новой естественнонаучной картины мира. Борьба за код сознания человека – это, вместе с тем, борьба за доступ к энергетическим ресурсам. Человеку нечего противопоставить негативному влиянию мира, кроме своих генетических данных, своей укорененности в природе.

### **Биосемиотика и психоиммуногенетика**

Научным базисом современной технической цивилизации являются информационные технологии. Психолингвистика является одной из главных научных дисциплин, создающих ракурс для исследования познавательных и информационных процессов. Более общей по отношению к ней является *семиотика* – наука о знаках, кодирующих предметы и явления, знаковых системах и семиотической реальности. *Современная семиотика* – это синтез гуманистических, естественных, технических знаний, включающих в себя анализ феноменов жизни, разума, культуры, искусственного интеллекта.

*Биосемиотика исследует знаковые системы разных уровней:* от молекулярно - генетических (генетический код), внутриклеточных (сигнальные пептиды), межклеточных (медиаторы, иммунологическое взаимодействие), внутри-организменных (гормоны, условно-рефлекторные реакции) до межорганизменных (феромоны, атTRACTАНты) и социальных систем (А.Е. Седов, 2002) [19].

*Биополитика* – это использование биологических концепций (особенно эволюционной теории) и биологических методов исследования ради понимания политического (социального, общественного)

поведения человека (А.В. Олескин, 2005) [22]. *Стержнем концепции биополитики* является внимание к природе человека, к месту человека в планетарном многообразии жизни, к связи, родстве, сходстве, взаимозависимости человечества и всего живого – БИОСа. Разработка вопросов биополитики привлекла внимание многих русских и зарубежных ученых в конце XX века (Р. Мастерс, П. Корнинг, С. Петерсон, А. Сомит, А.В Олескин, Ю.С. Степанов, А.Т. Зуб).

Комплекс вопросов биосемиотики целесообразно рассматривать с позиций экологии человека и психоиммуногенетики. Без экскурса в экологию сложно прояснить мысль о значимости работы с информационно-энергетической сущностью человека, не прибегая к оккультным терминам. Человек – это не только биологическая, но и информационно - энергетическая биоэкосистема. По мнению Н.Ф. Реймерса, экосистема - саморазвивающаяся и саморегулирующаяся, определенным образом упорядоченная материально-энергетическая и информационная совокупность, существующая и управляемая как относительно единое целое за счет взаимодействия, распределения и перераспределения имеющихся, поступающих извне и продуцируемых этой совокупностью веществ, энергии, информации, и обеспечивающая преобладание внутренних связей (в том числе перемещений вещества, энергии и передачи информации) над внешними [32].

Способ восприятия и переработки внешней и внутренней информации записывается в информационно-генетический код человека. Как *биоэкосистема* человек подчинён информационным принципам «экологической целесообразности» (термин автора): принципу подобия (избирательного взаимодействия на основе распознавания родства); принципу максимизации энергии и информации, творческой поисковой активности, системно-динамической комплементарности, общему системогенетическому закону и ряду других принципов, описанных учёными-экологами. Предметом нашего рассмотрения является человек как биоинформационная система в глобальном информационном пространстве биосфера.

Рассмотрим положения биосемиотики с позиций иммунологии и психоиммуногенетики. Предложенная мною эволюционно-адаптационная теория иммунитета явилась результатом участия в научном клинико-эпидемиологическом иммунологическом эксперименте (института иммунологии РФ) и самостоятельного анализа результатов исследования. *Материалы представлены Ученому Совету и описаны в 3 монографиях автора (1987-2004 г.г.).* Институт по заказу государственного комитета по науке изучал эпидемиологию иммунодефицитных состояний детей СССР. Будучи врачом НКО поликлиники, я клинически изучила анамнез около 500 детей, выявляя наличие блоков, тип реактивности,

---

---

уровень иммунологического нарушения. Диагноз подтверждался лабораторными исследованиями. Только тройной анамнез, изучение качества здоровья, влияния факторов внешней среды, индивидуальных особенностей внутренних регуляторных закономерностей позволяет построить прогностический диагноз, выполнить дифференциальную диагностику при выявлении иммунодефицитного и иммунопатологического состояния. Изучая целое и частности, необходимо было переосмыслить сущее, прозреть общебиологическую и информационную суть иммунной системы, изучаемой ранее как «вещь в себе».

Мною была проанализирована многосторонняя автономная функциональная роль иммунной системы, дана системно-функциональная классификация, объяснена эволюционная роль системы в формировании и сохранении видов. Предложено гипотетическое положение о *системной должностной спецификации* иммунокомпетентных клеток и иерархическом строении иммунной системы. Расширено представление об ее функциях. Предпринята попытка системного взгляда на иммунный ответ с точки зрения целостного организма. Названы следующие ее функции: защитная, формирующая, распознающая, контролирующая, мобилизующая, координирующая. Предложена классификация ее по конституциальному иммунотипу и степени функционального напряжения, тяжести поражения. В соответствии с системно-функциональной классификацией изменения иммунной системы параллельны системным и этапным изменениям всего организма. Иммунная система- главная информативная и адаптивная система организма. *Оценена ведущая роль иммунной системы в информационном контроле и развитии системных перестроек; ее общебиологические задачи и роль в эволюции и адаптации.* Иммунная система активно участвует в формировании высокочувствительных адаптивных программ, влияя на тип адаптации и способ патологической компенсации. В популяции иммунная система участвует в обеспечении процессов фенотипической адаптации, влияет на формирование видов. Изучение ее целесообразно в интегральном и прогностическом изучении здоровья. Необходимо с общебиологических позиций оценить ее место и роль.

*Новое представление об эволюции и адаптации человеческого вида связано с раскрытием информационной сущности иммунной системы, раскрытием экологической роли явления иммунитета.* Иммунная система предоставляет модель для изучения принципов существования живых систем. Иммунная система – это центральная информационная система организма, наряду с информационной *нейроэндокринной* системой. Она не подчиняется ей по линии прямой и обратной линейной связи, а частично конкурирует с ней в использовании

генетической энергии, имея разные функциональные задачи. Процессы психо- иммуно- энергетической и *нейроэндокринной* регуляции находятся в постоянном динамическом взаимодействии, взаимовлиянии (равно как янская и иньская системы). Задача нервной системы - жизнеобеспечение, сохранение постоянства гомеостазиса. Задача иммунной системы – организация работы организма по принципам подобия, системно-динамической комплементарности, максимальной энергетической эффективности. *Иммунная система содержит информацию-энергетический код организма и может распознавать свое и чужое. Через нее передается программа развития, наступления болезни, оздоровления.* При её посредстве формируются типы адаптации и патологической компенсации.

*Иммунология расшифровала механизмы реализации самобытности человека. Вид Homo sapiens сформировался тогда, когда появилась возможность избирательно и энергетически автономно реагировать. Ранее представление об «интеллектуальном» упорядочении биологической информации организма связывалось лишь с центральной нервной системой. Ещё не определилось очевидное понятие, что система крови, путём формирования высокодифференцированного иммунного механизма, приобрела свойства разветвленной влиятельной и, более того, главной информационной системы организма, ответственной за специфическую сферу адаптации и эволюции.* Как система контроля, она сохраняет память о родовых качествах и осуществляет контроль генетического, космического, природного единородства. В системной основе человека лежит умение формировать и охранять энергетическую индивидуальность от внешних энергий и реагировать на информацию избирательно. В структурно-функциональном строении иммунной системы, наряду с тонкой специфичностью взаимодействующих элементов, играет роль ее иерархическое, соподчиненное (с обратной связью), 3-х звеньевое строение. Каждое из сопряженных звеньев взаимодействует с разными структурами организма и отвечает на сигналы разной силы и направленности. Соответственно, эти звенья контролируют микробную, клеточную, энергоинформационную чужеродность (взаимоотношения с микромиром, биологическим, социальным миром). Иммунологическая иерархия держит на себе, наряду с *нейроэндокринной*, иерархию целостного организма и действует подобно реле напряжения.

*Иммунная система – система - код использования генетической энергии, инструмент эволюционной гармонизации, совершенствования и сохранения (и самоуничтожения) высокоорганизованного биологического вида.* Она организует процессы адаптации, эволюции организма, сохраняет память родства. *Она - зеркало гармонизации вида.* Механизм «возмущающего отклонения» и само-

---

---

уничтожения включается через дезинтеграцию, неизнавание себя.

Рассматривая человека как открытую биоэкосистему, мы изучаем экологические принципы самообеспечения живых систем, опосредуемые системой ключевой регуляции. Ключевая регуляция построена по принципу Родства - соответствия себе и контролируемого самоизменения. Человек рождается с программой генетически заданных реакций в генетически заданных условиях. Это касается как сомы, так и психики человека. *Наследуемая адаптивная программа - это способ динамического существования живого организма, имеющего избирательный способ восприятия и переработки информации, индивидуальный способ энергетического существования.* Человек получает при рождении адаптивную программу жизнеобеспечения с матрицей саморазвития и, прижизненно проверяя эффективность, структурирует ее. Человеческую модель самообеспечения характеризует избирательность и цельность реагирования. Мы можем рассматривать вопросы энергетического упорядочивания мотивируемых реакций человека, рассматривать цепь прогнозируемых событий, организуемых иммунной системой при поддержании и коррекции ею наследственных адаптивных программ. Информационное кодирование позволяет тонким (информационным) энергиям незаметно превалировать над биологическими. Генетическая сила рода и общечеловеческая энергия духа сопрягаются на уровне души. «Душа тела - в крови» (Библия, Левит 17). Эволюционное самоизменение и самосовершенствование человека опосредуется Живодействующей субстанцией. Иммунная система, обладающая автономной генетической памятью, организует тонкую системную специфичность и избирательность реакций человека. Жизненный принцип организма - это реализация его наследственных адаптивных программ, развертывающихся через механизм избирательности, специфичности.

В структуре саморегуляции человек биологический подчинен принципам «экологической целесообразности». Биологические феномены формируются в соответствии с информационными принципами биосферы. Иммунная система регулирует отношения биологического человеческого вида с Космосом. Иммунитет - не только биологическое, но экологическое явление. Подобие себе и Вселенной закрепляется в способе информационно-энергетического общения с людьми и небом (биосферой), в способе восприятия и переработки информации. Система распознавания родства сопрягает духовное и физическое начало человека. Изменения в энергетических характеристиках опосредуются сознанием. Информационно-энергетический код (код сознания) меняется в первую очередь.

*Учёными описаны два общебиологических принципа, объясняющих стратегию природы в процес-*

*сах эволюции живых систем.* 1. Ч. Дарвином представлен принцип естественного отбора и наследственной изменчивости, как движущая сила эволюции. Индивидуальное наследственное уклонение ведет в длинном ряду поколений к изменению видов в направлении их большей приспособляемости к конкретным условиям существования. 2. Н.К. Кольцов сформулировал принцип матричного воспроизведения биологически важных молекул и открыл основу молекулярных механизмов передачи и накопления информации в геноме. А.В. Тимофеев - Ресовский придал этому эволюционный смысл. Ученый предложил принцип неоднозначности наследственных влияний и матричную конвариантную редупликацию в наследственной основе - «редупликацию живых частиц, включающих наследственные вариации дискретно-построенных кодов информации».

3. Автором предлагается новая объяснительная стратегия природы и третий общебиологический принцип. Сохранение видовой устойчивости высокоорганизованных видов в эволюции обеспечено законами:

- а) постоянного совершенствования системы саморегуляции;
- б) выделения единого многофункционального механизма ключевой регуляции, с настройкой систем по доминанте индивидуальности (информационно-энергетическому коду);
- в) наследования высокочувствительных адаптивных программ, способных к прижизненной самоорганизации или дезинтеграции.

Центральный тонко специфичный механизм внутренней информационной связи обеспечивает системе высокую избирательность и толерантность, необходимый баланс внешнего реагирования и внутреннего допустимого самоизменения. Эволюция человека сопряжена с развитием осознанности, параллельно с опережающим развитием информационной системы ключевой регуляции. Организуя отношения организма с его эволюционным материалом, иммунная система охраняет индивидуальность, биологическую и духовную не позволяет изменить природный проект человека, созданный Творцом. Поэтому метафизически иммунная система - система Надсознания. Иммунитет - это экологическое явление. Природой заложен избирательный канал связи с Вселенной высокоорганизованной биоэкосистемы со способностью автономного энергетического существования. Сознание - не абстрактная метафизическая категория. За понятием сознание скрываются информационные энергии, формирующие организационные принципы живого организма. Явление, феномен укрепляется ими.

Господь дал человеку право творца, просветляющего материю: охраняющего и развивающего живое начало. Организм борется не только за жизнь.

Его важный инстинкт-предотвращение мутации вида, рода, сохранение дарованного сознания. Природа не допустит генетического перепрограммирования человеческого вида. Включается механизм геноптоза, направленного самоуничтожения. Дуалисты раздельно трактуют функции тела и души. Долго обсуждались первичность ума или чувства, сознания и материи. С точки зрения С. Вольского, человек имеет «заключенную привычку неполнопочности по отношению к целостности своего организма». Ф. Бернет пишет: «Величайший смысл иммунитета заключается в той роли, которую он играет в процессах, направленных на удержание и функционирование целостности любого сложного организма. Центральный биологический механизм организма – это механизм распознавания своего и чужого». М. Хайдеггер утверждает, что «жизнь человека – цепь величайших самоопределений и стресс борьбы с мутациями».

Для меня, как врача, понимание информационной функции иммунной системы, контролируемых ею системных программ связи между генетическим аппаратом и функцией, планируемых программ долгосрочной адаптации, типов патологической компенсации стало отправной точкой в перестройке представления о структуре самоорганизации человека. Функциональное отношение каждого организма со своим генетическим аппаратом (эволюционным веществом) определяется первоначальной информационно-энергетической заданностью (способностью сформировать эволюционную константу). Организм имеет врожденную регуляторную матричную конструкцию адаптации. *Новый раздел молекулярной биологии, эпигенетика исследует наследственные признаки, не записанные в последовательности ДНК, обратимые изменения функций гена или фенотипа клетки, связанные с экспрессией генов.* По мнению Р. Паро, эпигенетические механизмы являются дополнительным вышестоящим уровнем информации по сравнению с генетической информацией ДНК. Стоит вопрос о том, что на эволюцию человека можно целенаправленно влиять. Новый век называют «веком эпигенетики». В исследовании феномена участвует масса специалистов в мире, отечественные специалисты Б.Ф. Ванюшин, А.М. Вейсерман.

Автором предлагается представление о психоиммуногенетике - экосистемной дисциплине, изучающей принципы самосохранения и самоизменения высокоорганизованного человеческого вида, принципы формирования высокочувствительных наследственных адаптивных программ, их прижизненную самоорганизацию на основе развития сферы сознания и способы информационного сопровождения этих программ. Психоиммуногенетика – это междисциплинарная область знания, исследующая особенности, потенциал и специфические энергетические возможности жизни чело-

века в ноосфере- сфере влияния разума. В сфере её интересов находятся генетические и популяционные аспекты взаимоотношения человека и биосфера, изучение автономной функции иммунной системы, ее эволюционной роли и экологической функции, принципы формирования наследственных адаптивных программ. На основании положений психоиммуногенетики многие привычные понятия биологии должны быть пересмотрены: теория о неспецифической природе адаптации и целесообразной редукции напряжения Г. Селье, теория о тотальной самозащите, центральной гомеостатической природе саморегуляции. Психотерапия связана с биосемиотикой в поиске объяснения ресурсной метапозиции, способов достижения для человека принципа максимальной энергетической эффективности. Русская философская школа всегда поддерживала философию родства, богочеловечества, духовной самодисциплины, свободы в творческом самовоплощении.

Психотерапия XX века проявила внимание к Эго - сознанию человека и открыло завесу к бессознательно протекающим процессам. Интерес к Эго - сознанию в XXI веке сменяется интересом к Этно - сознанию и Эко - сознанию человека. Человек воспринимается под эгидой приоритета живого.

Рассмотрим природу конфликта Эго и Эко личности человека. Известный психолог И. Ялом (2000) сопоставляет структуру конфликтов при аналитическом исследовании. Динамическая структура конфликта по З. Фрейду: влечеение – тревога - защитный механизм. В экзистенциальной психотерапии данная структура заменена следующей структурой: сознание конечной данности – тревога - защитный механизм.

Рассмотрим по аналогии динамическую структуру конфликта внутри Эко - личности: нарушение осознавания подобия (самоощущения родства, самоидентификации) - тревога - защитный механизм (А.И. Семенова, 2004). Тревогу вызывают не конечные данности, а потеря первичных данностей, отчужденность, разделенность, расколотое самосознание. В связи с дуалистическим представлением о душе и теле формируется одностороннее, ложное мышление, предполагающее закономерным хаотичность и разлад с собственным бессознательным, проявляющийся в ощущении отчужденности, тотальном страхе самосознания. Это- конфликт не с «отцом» или «конечными данностями существования», а конфликт с породившим духом - Логосом, с первичной природой человека. Человек вступил в конфликт с собственной природой. Ум с сердцем не в ладу. Цивилизационный экологический кризис в первую очередь касается фигуры самого человека. Можем ли мы регулировать стихийные природные процессы? Человек имеет программу самоуглубления (совершенствования ключевой саморегуляции) и генетически программируемого самоунич-

---

---

тожения («геноптоза»). Можем ли мы игнорировать представление об опосредующей роли информационной иммунной системы в самоорганизации и самоулучшении?

Временем продиктовано появление «вдруг» множества дисциплин, изучающих информационные процессы в живых и искусственных системах. Ученые Института информатики и автоматизации (СПИИ РАН РФ) в 2006 г. представили новое направление информатики, которое базируется на вычислительных способностях иммунной системы в обработке информации (принципах обработки информации молекулами белков и сетями иммунной системы, принципах изучения эволюции генной библиотеки и негативной селекции). Рассматривается положение о двух интеллектуальных информационных биологических системах: нервной и иммунной. Иммунная система способна обрабатывать и передавать информацию, распознавать и принимать решение в заранее незнакомых ситуациях (второй мозг позвоночных). Совет по биотехнологическим и биологическим научным исследованиям в 2007 г. предложил новый междисциплинарный подход к изучению иммунной системы с привлечением математики и физики. Предложена система контроля здоровья человека - иммунокомпьютинг. Автором в 1987 году с аналогичной целью Ученому совету Министерства здравоохранения СССР был предложен термин «иммуномониторинг».

Новое направление информатики использует вычислительную способность иммунной системы как объект для математического моделирования систем и создания компьютеров нового класса. В их плане: семиотический подход в информатике, разработка *семантических* понятий по отношению к естественно-языковому окружению в Интернете (В.С. Блюм, В.П. Заболотский).

В работе «Интеллект и компьютер» (В.В. Александров, 2004) предложена такая точка зрения: «Синтетический подход - такое построение информационного сообщения, когда содержание развертывается в процессе самоопределения элементов, понятий и связей между ними, образуя семантические связи и смысловые значения. Язык - сложная система связей между лингвистическим символом и миром персонального опыта. При информационном взаимодействии выделяют физический, логический, семиологический уровни. Семантическая парадигма анализа и синтеза сигналов - первый шаг к использованию конструктивно неявных (имплицитных) технологий» (В.В. Александров, 2004).

Автор метода экофасilitации П.В. Лушин ввёл понятие иммунитета личности. Нравственный иммунитет - совокупность личностных свойств духовного, морального, нравственного характера, направленных на конструктивную самореализацию. Иммунная система распознает деструктивную информацию и отвергает её при повторной встрече.

Экология - наука о функционировании и взаимодействии живых систем, о коэволюции человека и биосферы стала суммарной наукой о выживании человечества. Техноцивилизация не пытается вписаться в структуру живого. Современная цивилизация получает, хранит, распределяет, утилизирует энергию абсолютно не так, как делается в живой природе, нарушает принцип иерархии, системно-динамической комплементарности. Стремительно меняются основные характеристики человеческого вида. Во имя выживания надо круто менять систему ценностей, образ мысли и действий. Нужны люди, передающие память и нравственность. Нужна стратегия планетарного Разума. *Передан принцип универсального эволюционизма* (Н.Н. Моисеева).

Данные иммунологические и экологические представления сродни универсальному онтологическому положению о Логосе, смысловом плане строения мира и сквозной смысловой упорядоченности бытия и сознания. В глобальном мире информация стала *сетью пронизывающей всё*. Реально важно умение работать с ней: воспринимать, понимать, различать, находить ассоциативные связи, перекодировать, передавать. Злободневные вопросы современности: человек - субъект или объект, ремесленник, киборг (полуробот) или творец в постиндустриальном мире? Так же внимательно, как Эгличность, должна рассматриваться Эко-личность человека. Жизнь востребовано не коммерческое, потребительски ориентированное, а экологическое, ноосферное мышление. Требуют прояснения первичные духовные, эволюционные, экологические основы существования, укорененные в человеческой природе и принципах «экологической целесообразности» Вселенной.

Важной задачей психотерапии является задержание распространяющихся процессов отчуждения, разъединения, сопровождаемых психо-энергетической дефицитарностью и потерей жизненной активности. Нигилизм – это неверие в изначальную природу человека и потеря чувства гармонии, доверия к себе. Социо-психолингвистика ввела понятие о ложной информации и её представительных знаках - симулякрах, используемых для подчинения означаемого контролю означающего. Симулякр несёт ложный образ, искажающий и маскирующий базовую реальность, теряющий связь с ней, поместивший подобие снаружи и живущий игрой в бесконечные различия. Означивание - вкладывание иного, противоположного смысла в слова и поступки другого Человек не действует более как целостное телесно-духовное существо, живёт в мире иллюзий и манипуляций. Сознание отчуждается от тела, от образов и чувственного восприятия как условий мысли. Обостряются вопросы о национальном самосознании. В социуме возобладала сознательно культивируемая ложь. Но ей не дано побе-

дить, потому что действует природный экологический принцип защиты единородством. Здоровье, как и планета, - одно на всех. *Сознание укоренено в биологическом организме, а формирование генотипа связано с развитием сознания.* Возможен лишь путь возвращения к целостному себе на основе принципа подобия. Этот принцип подобия поддерживает одна из центральных информационных систем и главная эволюционная и адаптивная, иммунная система организма - его кровь, его костный мозг.

Для лечения болезни сознания нужна объединяющая теория, позволяющая объяснить патогенетический механизм состояния, соответствующий неизрому отчуждения. Объясняющие модели должны показать преходящую природу дуализма и обосновать позитивную силу эволюции, связанную с развитием сознания. Познание динамической природы сознания, природы бессознательного, сущности подобия, специфики собственной природы - всё это пути лечения осознанием. Философия оздоровления заключается в осознании природного принципа генетического, энергетического, космического единородства. *Лечение заключается в эволюционном обучении системы, раскрытии творческой потенции и активных динамик, в воздействии комплиментарными, содружественными энергиями (голос родства), в психо-лингвистическом конструировании реальности, раннем приобретении опыта самосознания.* Востребовано творческое мышление, возможное для информационно и энергетически упорядоченной системы. Развум должен быть структурирован. Сознание должно быть открыто.

#### **Принципы психолингвистической психотерапии:**

- психическо-семантическое моделирование реальности субъекта - получение объективно новой информационной реальности за счет оперирования знаково-символическими средствами, в которых могут быть представлены структурные, функциональные, генетические связи на уровне Бытия;
- работа с глубинной семиотикой, раскрываемой через сверхчувственное восприятие, в индивидуальном семантическом поле, с использованием его возможностей. При изучении структуры личности используются функциональные психо-лингво-семиотические методы:
- a) организуется дискурс с герменевтической интерпретацией внутренней логики клиента и поведенческих реакций; знаково-символическая система - продукт мыслительной деятельности, выраженной в знаковых формах и продукт понимания, интерпретации воспринимающего субъекта; при оказании помощи важны эмпатия и смысловая сопричастность;

- оптимальной рабочей моделью целебной психолингвистики являются языковые, функционально-деятельные игры и интерактивные игры, корни которой в глубинной психологии:
- a) формула психолингвистической терапии основана на деятельном подходе и подлинном творчестве, с проникновением в тайны Бытия. Она читается как «знак - семантический стимул – звук - творческая игра на основе звукообразов - подлинная действительность - новый, осознанный знак», а не «знак – обозначающий новый знак»;
- b) целью психолингвистической психотерапии является изменение личностных установок, приобретение новой шкалы ценностей, ноосферного, толерантного мышления;
- b) сильным смысловым аспектом психолингвистики является ее философский компонент; психолингвистика тяготеет к междисциплинарности, ей близки дисциплины, в которых соединены эволюционные теории и идеи системного подхода;
- принят тезис квантовой психологии, что реальность творится в процессе измерения системы и осознания наблюдателем его результатов (состояние системы меняется):
- a) психолингвистику занимают вопросы развития, идентификации, самоуглубления человека; она занимает экологическую позицию и открыта обсуждению фундаментальных проблем выживания человеческой популяции в глобальном мире.
- экологическая позиция психолингвистического психотерапевта. Внимание направлено на Эко-личность человека, основной конфликт которой заключается в незнании своей подлинной природы и неумении управлять ею в соответствии с общими вселенскими законами «экологической целесообразности»; человек встроен в структуру вселенной как цельная биологическая и информационно-энергетическая система; сознание укоренено в биологическом организме, а генотип меняется под влиянием самосознания;
- психолингвистическому терапевту близка тактика наставничества, тактика посвящения в человеческий план существования (на основе доверия к себе, самоуважения, творческой поисковой активности); методы работы с жизненной программой пациента должны быть комфортными по стилю и гибкими в работе с системой ценностей клиента;
- психолингвистическая психотерапия опирается на теоретико-методологические подходы научной психолингвистики и психолингвосемантические методы восточного, западного народного целительства (фольклора).

---

## Заключение

Психолингвистическая психотерапия не является узко специализированной областью. Она требует обсуждения проблем человека с позиций экологии человека, био-психо-семиотики, психосемантики, психогерменевтики, культурологии, психоэкологии, психоиммуногенетики, квантовой, кибернетической психологией и прочего - с одной стороны. С другой стороны - для понимания принципов личностной самоорганизации, саморегуляции, техник психокоррекции привлекается знание известных психотерапевтических школ и направлений: аналитического, психодинамического, гуманистического, трансактного, клинического, телесно-ориентированного, психосимволического, глубинного психоанализа, дыхательных психотехнологий, НЛП, гештальтерапии, др. Сопоставляются коррекционные методы психотерапии и целебные методы оккультизма и Восточной медицины.

Автором предложен полимодальный вариант консультирования, терапии, наставничества, основанный на ряде новых разработок: методологии целебной творческой психолингвистики, комплимен-

тарной дыхательной психотехнологии; дыхательно-энергетической гимнастики саморегуляции для детей раннего возраста. В качестве системообразующего метода выступает метод клинико-аналитического и психолингвосемантического анализа, который включает изучение жизненной адаптивной программы, психологических особенностей и языка личности и воздействие на нее в творческом процессе игры с дыхательно-энергетическими звукообразами. Расширена теория и практика языковых интерактивных игр.

Общая суть метода состоит в изучении информационно-эмоциональной системы пациента, в структурировании энергий подсознания, упорядочении сферы эмоциональной регуляции, в развитии творческого потенциала и самосознания личности, восстановлении идентичности, воспитании дисциплины ума, обучении жизненно-важным навыкам и психотехникам.

С естественнонаучных и философских позиций обсуждаются теории эволюционной самоорганизации, психоиммуносистемогенеза и ключевой регуляции человека, экологические, информационные теории.

### **Список использованной литературы:**

1. Александров В.В. *Интеллект и компьютер* - С-Пб: Анатolia, 2004.
2. Бердяев Н.А. *Судьба России* - М.: ООО изд. АСТ, 2004.
3. Бердийар 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* - М.: НИИ Философии РАН, 1996.
10. Дарствотов С. *О дороге, знаках, звуках, символах, смысле и значении*, М., изд. «Академия тринитаризма», - 2007.
11. Журавлев А.П. *Звук и смысл* - М.: Просвещение, 1981.
12. Калина Н.Ф. *Анализ дискурса в психотерапии* - Журнал «Практическая психология и психоанализ», №3, 2003.
13. Кассирер Э. *Философия символовических 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.: изд. Московский гуманитарный университет, 2004.
18. Лурия А.Р. *Язык и сознание* - Ростов-на-Дону: изд. Феникс, 1998.
19. Макаров В.В. *Избранные лекции* - М.: 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: 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* - М., 1921.

- 
- 
27. Оленева В.Е. Самоорганизация в природе и обществе - С-Пб., изд. Института 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: изд. 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.: изд. 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. Фомичева М.В. Воспитание у детей прав произношения, М.: Просвещение, 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.

## ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ ЯКУТИИ (медицинско-экологические аспекты и пути улучшения)

Н.Н. Шац, канд. геогр. наук М.М. Шац

г. Якутск

### **Введение**

Широкомасштабное освоение северных территорий Российской Федерации, значительную часть которых занимает Республика Саха - Якутия, в последние десятилетия привело к серьезному ущербу, наносимому природной среде республики различными отраслями народного хозяйства и весьма негативно влияющему на состояние здоровья населения. В ряде исследований [1-3] авторами показано, что постепенно понимание всей масштабности последствий наносимого природе Якутии ущерба и его вреда для здоровья населения пришло не

только к специалистам, но и работникам государственных контролирующих органов, а также и к общественности.

### **Современное состояние**

В работе «Особенности оценки условий проживания на Российском Севере (природно-социальные аспекты)» (2010) мы отмечали что, используемые в настоящее время модели оценки условий жизни на Севере, являются механическим повторением подходов, существующих в центральных областях страны. В результате, предложенные и успешно исполь-

зуемые для территорий с иными, принципиально отличными природными, экономическими и социальными условиями, технологии чрезвычайно ресурсоемки и, в большинстве случаев, не обеспечивают на Севере должных условий для удовлетворительного уровня жизни населения. В тоже время, особые природные, экономические и социальные условия Якутии, позволяют рассматривать ее в качестве одного из потенциально основных центров экономического развития страны.

В числе основных природных факторов, оказывающих существенное негативное воздействие на организм жителей отметим, в первую очередь, экстремальный климат [5]. Исходя из этого к числу общих природно-климатических факторов, обуславливающих условия жизни населения Якутии и состояние их здоровья относятся:

1. Чрезвычайно низкие зимние температуры воздуха, понижающиеся вплоть до экстремальных значений, при укороченных до месяца весенних и осенних переходных периодах с резкими колебаниями температур воздуха и сильными ветрами.

Средние месячные температуры воздуха в январе, самом холодном месяце года, опускаются до  $-40^{\circ}\text{C}$ , а минимальные – до  $-60^{\circ}\text{C}$ . Это требует использования специальной одежды и обуви, имеющих общий вес для детей около 1,5-2 кг, а для взрослых - 4-5 кг и соблюдения правил безопасности при пребывании на открытом воздухе, когда даже морально находиться в «молочном» тумане нелегко. Длительность периода с отрицательными температурами воздуха достигает 300 дней и более, а резкие колебания температур воздуха достигают  $25\text{--}30^{\circ}$  за один день. На период без отопления приходится 3-3,5 месяца, заморозки возможны в любое время, кроме середины лета. Укороченные до месяца весенний и осенний переходные периоды, вынуждают человеческие организмы перестраиваться на новые условия в ускоренном режиме.

Низкие температуры и сильные ветры в весенний и осенне-зимний периоды, сводящие время прогулок на свежем воздухе до минимума, лишают детей, в том числе учеников, важного оздоровительно-гигиенического фактора.

Для Якутии характерны свои особенности течения заболеваний дыхательной системы. Так, в зимний период растет частота респираторных заболеваний, таких как ларингиты, трахеиты, бронхиты, особенно у детей младшего и среднего возраста. Это обусловлено тем, что холодный воздух при вдохе через нос не успевает согреться в носоглотке, и поступает в верхние дыхательные пути охлажденным. Это, в свою очередь, случается потому, что на морозе при ускоренной ходьбе увеличивается частота дыхания и уменьшается объем дыхательных экскурсий. Факторы - морозный воздух, тяжелая одежда, закрытая шарфом нижняя часть лица - провоцируют выключение из акта дыхания нижние отделы лег-

ких, что вызывает недостаточное насыщение кислородом тканей головного мозга и внутренних органов. Зачастую дети в школу, а взрослые на работу приходят уже в состоянии вялости и усталости. Случается, что реактивный насморк на холода затрудняет носовое дыхание, и многие люди на улице дышат через полуоткрытый рот.

Обозначенные факторы в зимние периоды жизни в Якутии способствуют росту заболеваемости органов дыхания. Провоцирующие климатические факторы, присущие территории Республики Саха-Якутия, обуславливают *ослабление иммунной системы* у большинства населения. Поэтому сезонный рост острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) и гриппа имеет тенденцию к количественному увеличению, несмотря на масштабные профилактические мероприятия, проводимые в населенных пунктах.

В качестве профилактического мероприятия данной группы заболеваний и укрепления иммунной системы, кроме применения иммуномодуляторов и прививок против гриппа, следует серьезное внимание уделять в дошкольных учреждениях дыхательной гимнастике, при которой дети смогут научиться дышать всеми отделами легких с упором на развитие брюшного (диафрагмального) вида дыхания, доведя его до автоматизма. Закаливающие мероприятия зачастую проводятся только в детских садах и не популярны в семьях, что в корне неправильно. Поэтому пропаганда систематического закаливания в домашних условиях в течение круглого года и спортивной активности необходима. Для этого нужна помочь всех видов СМИ, главную роль должны сыграть передачи по телевидению.

Особое внимание, которое никогда не оговаривалось в аналогичных тематических статьях, авторы обращают на последствия езды по находящимся в неудовлетворительном состоянии дорогам города.

Для Якутска, как и всех северных городов России, характерны чрезвычайно сложные мерзлотно-грунтовые условия, когда в основании многих дорог залегают неустойчивые к внешним воздействиям высокольдистые многолетнемерзлые породы. Кроме того, вся дорожная система, круглый год обнаженная и доступная воздействию экстремальных, с амплитудой до  $70^{\circ}$ , температур воздуха, испытывает серьезные горизонтальные и вертикальные разрывные деформации. В результате, как поверхностное дорожное покрытие, так и подстилающие его горизонты находятся в весьма неудовлетворительном состоянии, причем это относится как к собственно городским дорогам, так и к магистральной республиканской дорожной сети.

Еще в марте 2010 года прокуратура проверила, как мэрия Якутска соблюдает законодательство, касающееся содержания автомобильных дорог, а в июле 2010 года суд признал дороги города Якутска не обеспечивающими безопасность движения пе-

шеходов и автомобилистов и обязал руководство привести их в надлежащее состояние (Электронный ресурс <http://www.rian.ru/society/20100721/256838720.html>) [6]. При езде по таким дорогам на автомобильном и, особенно, автобусном транспорте и происходит травмирующее воздействие резких колебаний тела на позвоночник с его структурами и на суставные хрящи нижних конечностей. Ежедневная езда по покрытию, состоящему из ям и колдобин, травмирует межпозвонковые диски и связки, и в результате возникающих микротрецин достаточно быстро нарушаются эластичность и целостность анатомических структур. Таким образом, предпосылки для возникновения грыж межпозвонковых дисков создаются по данной причине уже в раннем возрасте. Поэтому заболевания позвоночника в наше время имеют тенденцию к омоложению и прогрессируют в этом направлении.

Естественно, постоянное наслаждение провоцирующих факторов, о которых сказано выше, усугубляет течение *остеохондроза* корешковыми, мышечными и сосудистыми синдромами, что приводит к серьезным нарушениям функции позвоночника даже у молодых людей. Присутствие болевых синдромов вынуждает людей трудоспособного возраста находиться на больничном листе длительное время, а рецидивы заболевания серьезно подтасывают физическое и психическое здоровье. Случай получения компрессионного перелома в нижнегрудном и верхнепоясничном отделах позвоночника у людей старше 40 лет, когда явления остеопороза уже имеют место, наблюдаются значительно чаще, чем в зонах с комфорtnым климатом и хорошими дорогами.

Количество неспецифических артритов, спровоцированных охлаждающим фактором и приводящих к артозо-артритным деформациям суставов, так же имеют тенденцию к омоложению.

В качестве профилактики остеохондроза и остеоартроза, наряду с проведением лечебной гимнастики, использованием ортопедических пособий и медикаментов, требуется пересмотр отношения ведомственных служб к качеству дорожных покрытий.

Распространение атеросклероза из-за высокого содержание «плохого» холестерина в крови происходит в результате употребления в пищу большого количества жирных мясных продуктов, что является традиционной культурой питания в условиях жизни на Севере. Взрослому населению республики, особенно в сельской местности, трудно пересмотреть свой взгляд на питание, потребуется деликатная пропаганда здорового вида питания, что вполне возможно.

*Рост числа заболеваний мочеполовой системы* у подростков связан с упущенными в одежде и легкомысленным отношением молодежи к своему здоровью. Поэтому в среде юниоров растет количество заболеваний органов малого таза и мочевыводя-

щей системы, таких как пиелонефрит, гломерулонефрит, цистит, аднексит (воспаление придатков). Как результат перенесенного в молодости аднексита, наступает вторичное бесплодие у женщин детородного возраста. В плане профилактики перечисленной патологии требуется систематическая просветительская работа, как со стороны медиков, так и со стороны педагогов, социологов и семьи.

Злоупотребление спиртными напитками в зимний период чревато обморожением конечностей с последующей их ампутацией, что приводит к инвалидизации людей трудоспособного возраста, а при серьезном общем охлаждении - к летальным исходам. Антиалкогольная пропаганда должна быть действенной и наглядной с малолетнего возраста. Пример трезвости родителей, их спортивная и общественная активность всегда будут зарядительными для подрастающих детей, и получат преемственность в поколениях, дадут крепкую нравственную основу.

2. Полное отсутствие или короткое поступление солнечного света с малой степенью инсоляции в затяжной зимний период, длищийся с сентября по март (полярная ночь), а также длительные световые дни и светлые «белые» ночи летом.

Полярная ночь, когда в течение нескольких месяцев солнце не появляется из-за горизонта, и полярный день, когда оно такой же период не заходит, серьезно нарушают естественные физиологические процессы организма, такие как сон и бодрствование.

Дефицит солнечного света приводит к значительному удлинению периода искусственного освещения на рабочих, учебных местах, и в жилых помещениях.

Значительное снижение качества естественного светового фона зимой с удлинением времени работы при искусственном освещении вызывают *заболевания органов зрения*, что связано с повышенным напряжением зрительного аппарата, как у детей, так и у взрослых. Количество ранних дефектов зрения у школьников нарастает в течение всего школьного периода. В старших классах 70% школьников имеют близорукость средней и тяжелой степени с начальными дегенеративными изменениями в сетчатке.

Пропаганда бережного отношения к своему зрению, с закреплением основ гигиены и зрительной гимнастики важны не только в детских садах, но и, главным образом, в школах. Родительский контроль пребывания ребенка перед экраном компьютера не менее важен и требует систематичности.

*Ортопедические заболевания* детского населения республики напрямую связаны с дефицитом в организме витамина D<sub>3</sub>. Такое заболевание всего организма, как ракит, широко известное в местностях с коротким солнечным периодом, дает видимые на глаз изменения при поражении кост-

ной и мышечной системы ребенка в период усиленного роста.

Витамин D<sub>3</sub> необходим для всасывания минеральных солей кальция, магния, цинка, фосфора из кишечника в кровь и усвоения их в костной ткани. Без витамина D<sub>3</sub> минеральные соли ускоренно выводятся из организма, не усваиваясь в костной ткани, в результате происходит потеря костной массы. Как следствие этого, позвонки и кости нижних конечностей деформируются при нагрузке. У детей появляется рахитическая варусная деформация нижних конечностей, возникает рахитический кифоз позвоночника в виде горба (гибус), особенно заметный в положении сидя, замедляются процессы физического и психо-эмоционального развития. У взрослых развивается остеопороз, который чреват патологическими переломами тел позвонков и бедренных костей в уязвимой зоне тазобедренного сустава. Поэтому в северных районах широко применяется профилактика рахита у детей раннего возраста. А взрослым после сорока лет рекомендуют регулярно применять препараты с витаминно-минеральными комплексами.

Кроме восполнения дефицита витамина D<sub>3</sub>, необходим комплекс профилактических мероприятий: прогулки и удобная, не сковывающая движения ребенка одежда, комплекс физического воспитания. Уже давно педиатры проповедуют такую простую истину - каждый час, проведенный на свежем воздухе, предупреждает возникновение рахита, но людям, живущим в экстремальных условиях Севера, сложно следовать этой простой рекомендации.

Поскольку ношение теплой и тяжелой одежды зимой является жизненной необходимостью с детства, то межпозвонковые структуры (связки, суставные капсулы и диски) испытывают дополнительную хроническую нагрузку. В мышцах спины, надплечий и конечностей развиваются застойные явления с участками мышечного напряжения, что в немалой степени способствует развитию остеохондроза позвоночника в раннем подростковом периоде с типичными для заболевания симптомами.

*Рост числа психических заболеваний* связан с хронической стрессовой ситуацией, когда в зимний период из-за отсутствия солнца закономерно проявление пониженного настроения с выраженной уязвимостью психики и нервной системы. Специалисты наблюдают у подростков прогрессирующий рост депрессивных состояний, которые плохо под-

даются специальному лечению и имеют затяжной характер от 4 до 6 месяцев. Судебные медики констатируют рост самоубийств среди детей старше 10 лет. По молодежному суициду Якутия, к сожалению, лидирует в Российской Федерации. Только за две недели марта 2011 года в небольшом поселке Тикси произошло три самоубийства подростков в возрасте до 16 лет. И, к сожалению, подобные трагедии не единичны.

Роль семьи, социальных педагогов, психологов и психотерапевтов в профилактике подобных депрессивных состояний и суицида среди молодежи трудно переоценить. Однако, в условиях Севера, при разбросанности населенных пунктов, специализированная психологическая помощь затруднительна.

В описанных выше условиях функционируют крупные населенные пункты - города Якутск, Нерюнгри, Мирный и др., в каждом из которых проживает около 80 тысяч, а Якутске – около 250 тысяч человек. В этих и меньших поселениях очень высоки требования к надежности систем жизнеобеспечения. Нарушение этого положения может привести к ситуациям, подобных тому, что произошло в Якутске 17 декабря 2002 г., когда при температуре - 47°C в городе вышли из строя все источники электроэнергии и Якутск в течение пяти часов был на грани замерзания. Только героические усилия ремонтных служб предотвратили одну из крупнейших техногенных катастроф на российском Севере.

На фоне катастрофы на Саяно-Шушенской ГЭС, становится очевидной вся серьезность возможных последствий подобных событий для различных объектов инфраструктуры и проживания населения.

### **Заключение**

Жизненные условия, а вместе с ними и состояние здоровья населения северных регионов РФ, должны стать приоритетными дефинициями в системе оценки качества жизни граждан всех возрастных групп.

Авторы надеются, что приведенные материалы об особенностях местной патологии применительно к самому крупному региону Севера заинтересуют специалистов-медиков и экологов. В то же время, они могут быть полезны для более объективной оценки пространственно-неоднородного состояния здоровья населения Севера, выявления причин его нарушения и разработке путей его улучшения.

### **Список использованной литературы:**

1. Кривошапкин В.Г., Тимофеев И.П., Осаковский В.А. и др. Вопросы региональной гигиены, санитарии и эпидемиологии // Республиканский сборник научных работ. – Якутск: Изд-во ЯНЦ СО РАН, 1997. - Вып. 4. - С. 275.
2. Еськов В.М. Системный анализ и синтез влияния динамики климато-экологических факторов на заболеваемость населения Севера РФ // Вестник новых медицинских технологий. - М., 2008. - № 1. - С. 26-39.
3. Ревич Б.А. Изменение здоровья населения России в условиях меняющегося климата // Проблемы прогнозирования. - М.: Изд-во ИИП РАН, 2008. - № 3. - С. 140-150.

- 
- 
4. Шац М.М. Особенности оценки условий проживания на Российском Севере (природно-социальные аспекты) // Теоретическая и прикладная экология. – М.: Издательский дом «Камертон», 2010. - № 2. - С. 76-82.
5. Шац М.М. В мерзлом, но не в обиде. Условия жизни на Севере // Ж. Экология и жизнь. – М.: Изд-во АНО, 2010. - № 2 (99). - С. 72-80.
6. Суд признал дороги Якутска опасными для водителей и пешеходов [Электронный ресурс], 21/07/2010, ЯКУТСК, - РИА Новости, Режим доступа: <http://www.rian.ru/society/20100721/256838720.html>

---

---

## **РЕЗЮМЕ**

### **ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИОННОГО СОБЕСЕДОВАНИЯ С ПОЗИЦИИ ПОТРЕБНОСТНОГО СОСТОЯНИЯ**

Ж.К. Мусабекова

В статье рассмотрены особенности проведения мотивационного интервью как одной технологий, применяемых с клиентами группы риска по развитию химической зависимости с позиций теории потребностного состояния.

### **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЭНКОРАТ-ХРОНО В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

О.Н. Гончар

В настоящей работе приводятся результаты изучения применения 29 пациентам препарата энкорат-хроно в комбинированной терапии больных шизофренией с шубообразным течением, в структуре приступов которых наблюдались маниакальные и депрессивные синдромы, а также больных шизофренией с психопатоподобными синдромами на фоне гипомании и состояниями психомоторного возбуждения.

### **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИДЕПРЕССАНТА ВЕЛАКСИНА В ЛЕЧЕНИИ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ**

О.Н. Гончар, С.В. Каирбаева

Проанализирован опыт применения антидепрессанта велаксина (капсулы пролонгированного действия) у 20 больных с депрессивными расстройствами в амбулаторной практике. Установлено, что препарат отличается хорошим антидепрессивным действием, сочетаемостью с другими психотропными препаратами, быстрой наступления эффекта при отсутствии сколько-нибудь заметных побочных действий.

### **ОСОБЕННОСТИ НАЗНАЧЕНИЯ ГАЛОПЕРИДОЛА ДЕКАНОАТА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ**

О.Н. Гончар, С.В. Каирбаева

В данной работе авторы приводят результаты клинического применения Галоперидола деканоата в максимальных дозировках в амбулаторной практике, описывают преимущества терапии.

### **ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ ЯКУТИИ (медицинско-экологические аспекты и пути улучшения)**

Н.Н. Шац, М.М. Шац

В статье освещены основные факторы, определяющие состояние здоровья населения Якутии, формирующееся на фоне специфической природной обстановки. Приведены причины ряда заболеваний, возникающих в наиболее крупном северном регионе, в результате воздействия природных и техногенных факторов. Намечены пути улучшения медицинско-экологической обстановки.

*Ключевые слова:* условия проживания, специфические природные условия

---

---

## SUMMARY

### **FEATURES OF MOTIVATIONAL INTERVIEW FROM POSITION OF REQUIREMENT CONDITION**

ZH.K. Mussabekova

In article are surveyed features of carrying out of motivational interview as one technologies applied with clients of group of risk on development of chemical dependence from positions of the theory of requirement condition.

### **EXPERIENCE OF APPLICATION OF A PREPARATION ENCORATE CHRONO IN COMPLEX TREATMENT SICK OF SCHIZOPHRENIA**

O.N. Gonchar

This paper presents the results of a study of 29 patients the preparation Encorate chrono in the combined therapy of patients with schizophrenia in the pattern of attacks were observed manic and depressive syndromes, and schizophrenic patients with psychopathic syndromes on the background of hypomania and agitated states.

### **EXPERIENCE OF APPLICATION OF AN ANTIDEPRESSANT VELAKSIN IN TREATMENT OF DEPRESSIONS**

O.N. Gonchar, S.V. Kairbaeva

Experience of application of an antidepressant Veliksin (capsules of the prolonged action) at 20 patients with depressive disorders in out-patient practice is analysed. It is established that the preparation differs good antidepressive action, compatibility with other psychotropic preparations, speed of offensive of effect at absence some appreciable side effects.

### **FEATURES OF APPOINTMENT OF THE HALOPERIDOL DECANOATE IN OUT-PATIENT PRACTICE**

O.N. Gonchar, S.V. Kairbaeva

In this work authors give the result of clinical application of the Haloperidol decanoate in the maximum dosages in out-patient practice, describe advantages of therapy.

### **HEALTH OF THE POPULATION OF YAKUTIA (medico-ecological aspects and improvement ways)**

N.N. Shats, M.M. Shats

Here are shown the basic aspects which define living conditions and health of population of Yakutia which appear on the fone of the specific natural situation. Some examples of typical deseases are given which appear in Northern regions in result of the effect natural and technogenic factors, methods to improve medical and ecological conditions).

*Key words:* living conditions; deseases; specific natural situation.