

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

Том XVII

№ 4

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 А.Т. Ескалиева (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

РЕДАКТОРСКИЕ СТАТЬИ

УЧРЕДИТЕЛИ:

Катков А.Л.

Социальные эпидемии: новые уровни понимания и
противодействия

7-8

**Профессиональная
Психотерапевтическая
Лига**

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

**Том XVII
№ 4
2011 год**

**выходит
4 раза в год**

СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ

Аяганова Д.Е.

Основные аспекты построения психологической (пси-
хотерапевтической) работы с ВИЧ-инфицированными
(литературный обзор)

9-12

Катков А.Л.

Аддиктологическое консультирование лиц с начальны-
ми признаками вовлечения в игроманию на этапе перв-
вично-профилактической помощи

12-15

Катков А.Л.

Медико-социальная реабилитация лиц с игровой зави-
симостью

15-22

Катков А.Л.

Экспресс-психотерапия лиц с начальными признака-
ми вовлечения в игроманию на этапе первично-про-
филактической аддиктологической помощи

23-24

Нургазина А.З., Бикетова Л.А.

Базисные положения концепции психологического здо-
ровья - устойчивости от вовлечения в социальные эпи-
демии (психологические зависимости)

25-28

ПСИХОТЕРАПИЯ

Асланбекова Н.В.

Основные аспекты применения краткосрочной (эксп-
ресс) психотерапии в наркологической практике (лите-
ратурный обзор)

29-31

Катков А.Л.

Психотерапия злоупотребляющих ПАВ на этапах про-
филактической и первичной наркологической помощи

32-34

Катков А.Л., Пак Т.В., Аманова Ж.Ш., Пшенбаева Г.Т.
Опросник комплексной оценки эффективности пси-
хотерапии лиц с химической и нехимической зависи-
мостями

35-42

ПСИХИАТРИЯ

Жаксалыков Н.А.

Шизофрения. Особенности течения, дифференциаль-
ная диагностика.

43-45

Крыжсановская Е.С.

Опыт применения препарата Рилептид при лечении ос-
трых симптомов шизофрении

46-48

НАРКОЛОГИЯ

<i>Жаксалыкова М.Х.</i>	
Общие принципы медикаментозной терапии зависимости	49-51
<i>Койшин Б.Т.</i>	
Особенности применения мотивационной психотерапии у пациентов с алкогольной зависимостью в условиях региональных (городских, областных) отделений психотерапии и реабилитации	51-54

ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

<i>Жокебаев О.С.</i>	
Психические и поведенческие нарушения во время беременности и послеродового периода	55-59

ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА

<i>Жокебаев О.С.</i>	
Основные аспекты предменструального синдрома	60-63
<i>Изотова Н.Г.</i>	
Расстройства личности в судебно-психиатрической экспертизе	63-66
<i>Маринчева Л.П.</i>	
Возможности применения гештальт-терапии в работе с семьями подростков с психосоматическими и соматоформными расстройствами	66-71
<i>Яkipова Г.Т.</i>	
Органические аффективные расстройства	71-74

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

<i>Лыкова В.А.</i>	
Педагог как психотерапевт в образовательном процессе: невысказанный социальный запрос	75-81
<i>Нургазина А.З., Бикетова Л.А., Тотина И.К.</i>	
Влияние социального фактора на развитие личности и меры профилактики	81-85
<i>Чеглова И.А.</i>	
Медиация как профессия и медиативная компетентность как новое качество жизни	85-91

ИНФОРМАЦИЯ И ОБЗОРЫ

<i>Изотова Н.Г.</i>	
Биологические и социально-психологические аспекты расстройств личности (обзор литературы)	92-94
<i>Изотова Н.Г.</i>	
Судебно-психологические аспекты аффекта	94-97
<i>Резюме</i>	98-105
<i>Библиография к журналу «Вопросы ментальной медицины и экологии» за 2011 год</i>	106-109

VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

CONTENT

EDITORIAL ARTICLES

FOUNDERS:

<i>Katkov A.L.</i>	Social epidemics: new levels of understanding and counteraction	7-8
--------------------	---	-----

**Professional
Psychotherapeutic
League**

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

SOCIAL EPIDEMICS

<i>Ayaganova D.E.</i>	The basic aspects of construction of psychological (psychotherapeutic) work from a HIV-infected (the literary review)	9-12
<i>Katkov A.L.</i>	Addictologycal consultation of persons with initial signs of involving in gambling at a stage of the initially-preventive help	12-15
<i>Katkov A.L.</i>	Medical and social rehabilitation of persons with game dependence	15-22
<i>Katkov A.L.</i>	Express psychotherapy of persons with initial signs of involving in gambling at a stage of initially-preventive addictologycal help	23-24
<i>Nurgazina A.Z., Biketova L.A.</i>	Basic positions of the concept of psychological health - stability from involving in social epidemics (psychological dependences)	25-28

PSYCHOTHERAPY

<i>Aslanbekova N.V.</i>	The basic aspects of application of short-term (express) psychotherapy in narcological practice (the literary review)	29-31
<i>Katkov A.L.</i>	Psychotherapy abusing psychoactive substances at stages of the preventive and primary narcological help	32-34
<i>Katkov A.L., Pak T.V., Amanova Z.S., Pshenbaeva G.T.</i>	Questionnaire of a complex estimation of efficiency of psychotherapy of persons with chemical and not chemical dependences	35-42

Volume XVII
№ 4
2011

**Published 4 times
in a year**

PSYCHIATRY

<i>Zhaksalykov N.A.</i>	Schizophrenia. Features of a current and differential diagnostics.	43-45
<i>Kryzhanovskaya E.S.</i>	Experience of application of a preparation of Rileptid at treatment of sharp symptoms of a schizophrenia	46-48

NARCOLOGY

<i>Zhaksalykova M.H.</i>	
The general principles of medicamentous therapy of dependence	49-51
<i>Koyshev B. T.</i>	
Features of application of motivational psychotherapy at patients with alcoholic dependence in the conditions of regional (city, regional) psychotherapy and rehabilitation branches	51-54

BOUNDARY PATHOLOGY

<i>Zhokebaev O.S.</i>	
Mental and behavioural infringements during pregnancy and the postnatal period	55-59

BOUNDARY FRUSTRATIONS

<i>Zhokebaev O.S.</i>	
The basic aspects of a premenstrual syndrome	60-63
<i>Izotova N.G.</i>	
Frustration of the person in judicial-psychiatric examination	63-66
<i>Marincheva L.P.</i>	
Possibilities of application of Gestalt-therapy in work with families of teenagers with psychosomatic and somatoform frustrations	66-71
<i>Yakipova G.T.</i>	
Organic affective frustrations	71-74

HEALTH PSYCHOLOGY. VALUEOLOGY.

<i>Lykova V.A.</i>	
The teacher as the psychotherapist in educational process: unexpressed social inquiry	75-81
<i>Nurgazina A.Z., Biketova L.A., Totina I.K.</i>	
Influence of social factor on development of the person and preventive maintenance measure	81-85
<i>Cheglova I.A.</i>	
Mediation as a profession and a mediational competence as new quality of life	85-91

THE INFORMATION AND REVIEWS

<i>Izotova N.G.</i>	
Biological and socially-psychological aspects of frustration of the person (the literature review)	92-94
<i>Izotova N.G.</i>	
Judicial-psychological aspects of affect	94-97
<i>Summary</i>	98-105
<i>The bibliography to magazine «Questions of mental medicine and ecology» for 2011</i>	106-109

РЕДАКТОРСКИЕ СТАТЬИ

УДК 616.89

СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ: НОВЫЕ УРОВНИ ПОНИМАНИЯ И ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ

А.Л. Катков

главный региональный эксперт по оценке распространения социальных эпидемий РГКП «Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании», д.м.н., проф., г. Павлодар

В последние десятилетия пристальное внимание мировой общественности и, в особенности, научных, культурных, политических и военных элит привлекают такие кризисные и масштабные социальные явления, как наркозависимость, терроризм, религиозный и национальный экстремизм, распространение деструктивных культов и сект, рукотворные экологические угрозы и катастрофы.

В эпоху глобализации и проникновения информационных технологий в жизненное пространство каждого человека эти, до поры изолированные и разрозненные социальные явления, обнаруживают тенденцию к неконтролируемому росту и охвату все более значительных групп населения.

Степень деструктивного влияния упомянутых процессов на экономику, политику и социальную стабильность в ряде стран и регионов, а в конечном итоге – на мировой порядок в целом, весьма значительна. Однако все эти, безусловно, важные соображения, отступают на второй план перед одним крайне тревожным фактом – жизнь и здоровье человека, вовлеченного в химическую, либо деструктивную психологическую зависимость, подвергаются реальной угрозе, а его патологическое поведение может представлять опасность для жизни и здоровья других людей.

Беспрецедентные темпы распространения, огромные социальные и экономические потери, а также нарастающее разочарование в связи с недостаточной эффективностью противодействующих усилий являются главными стимулами, побуждающими к углубленному исследованию процессов, которые мы обозначили как социальные эпидемии – термин, который объединяет наиболее деструктивные тенденции новейшего времени:

- эпидемию химической зависимости (алкоголизм, наркомания, токсикомания) с вовлечением до 7% населения;
- эпидемию деструктивной психологической зависимости (тоталитарные культуры и секты, экстремистские организации, криминальные сообщества, игромания) с вовлечением до 2% населения;
- эпидемию расстройств психики и поведения с проявлениями синдрома деморализации, связанными с нарушениями адаптации, – с вовлечением до 12% населения.

Главные вопросы, которые возникают в связи с использованием термина «социальные эпидемии», следующие:

- имеются ли какие-либо более существенные основания (помимо перечисленных внешних характеристик) для объединения вышеназванных деструктивных процессов в общее явление – социальные эпидемии – и какова специфика данного вида эпидемий;
- какие научные дивиденды могут быть получены в результате разработки концепций социальных эпидемий;
- что может выиграть технологическая практика противодействия распространению поименованных деструктивных процессов в целом и по отдельным направлениям в частности;
- какой прямой результат по установлению контроля над процессом распространения социальных эпидемий получит общество в краткосрочной, среднесрочной и долгосрочной перспективе;
- какой косвенный результат по обеспечению устойчивых и высоких темпов социального развития можно ожидать от институализации предлагаемых способов противодействия распространению социальных эпидемий;
- будут ли эти способы более экологичными, экономичными и эффективными в сравнении с традиционно используемыми или потребуют существенных социальных ограничений и затрат с неизвестным результатом.

Ответы, полученные нами в ходе 10-летней исследовательской работы в сфере общей и специальной эпидемиологии, профилактики, лечения и реабилитации лиц с химической и деструктивной психологической зависимостью, проводимой Республиканским научно-практическим центром медико-социальных проблем наркомании, убеждают в том, что определение «социальные эпидемии» – отнюдь не игра в псевдоубедительные термины и, конечно, не формирование очередной мегаломанической социальной доктрины, но предельно pragматическая, научно обоснованная концепция с отчетливыми

ми перспективами снижения уровня социальной опасности, существующего в обществе.

Эти масштабные исследования позволили установить:

- четкую зависимость между составляющими феномена социальных эпидемий: 1) наличием высокого уровня распространения адаптационных расстройств с признаками синдрома деморализации (по Дж.Д. Франку); 2) вовлечением в химическую зависимость (наркомании, алкоголизм, токсикомании); 3) вовлечением в деструктивную психологическую зависимость (экстремистские организации, тоталитарные секты, игромании, криминальные сообщества);

- четкую взаимосвязь темпов и масштабов распространения социальных эпидемий с основными движущими силами: 1) повышением агрессивности среды (в первую очередь – информационной); 2) степенью деградации естественных саногенных механизмов; 3) прогрессирующем снижением адаптационного потенциала населения; 4) запаздыванием темпов формирования индивидуальной и социальной самоорганизации;

- структуру и характеристики универсального фактора риска вовлечения в социальные эпидемии – дефицита свойств психологической устойчивости индивида к агрессивному воздействию средовых факторов;

- структуру универсального алгоритма и основных типов формирования полноценной психологической устойчивости к агрессивному влиянию среды.

На основании полученных результатов были разработаны и апробированы:

- современная функциональная концепция психологического здоровья-устойчивости к агрессивному влиянию средовых факторов, с новыми доктринальными подходами в сфере обеспечения его высоких уровней среди наиболее уязвимых групп населения (дети, подростки, молодежь);

- мета-модель социальной психотерапии (т.е. такая модель психотерапевтической, аддиктологической и консультативно-психологической помощи, в рамках которой возможна масштабная практика использования экологически выверенных подходов и технологий в отношении населения с высокими

рисками и признаками вовлечения в социальные эпидемии), обеспечивающая полноценный охват нуждающегося населения наиболее востребованными и эффективными видами помощи;

- современная модель аддиктологической помощи (приоритетный кластер мета-модели социальной психотерапии, обеспечивающий успешную работу с контингентом химически и психологически зависимых лиц, группами повышенного риска по данному профилю);

- блоки эффективных диагностических, помогающих и развивающих (психотерапевтических, консультативных, тренинговых, реабилитационных), а также организационных технологий, способствующих формированию индивидуальной и социальной устойчивости в агрессивной среде.

Далее нами был проведен детальный анализ существующих форм противодействия процессу распространения социальных эпидемий в РК на уровне концептуальных, политических, нормативных установок и соответствующей социальной практики, который позволил:

- определить характеристики доктринального дефицита, противодействующего выявлению существенных особенностей феномена социальных эпидемий и генерации позитивных альтернатив социального развития;

- определить структуру институционального дефицита, препятствующего эффективному противодействию процессу распространения социальных эпидемий.

В результате появилась возможность реализации Национальной программы, принятой на уровне правительства Республики Казахстан, предусматривающей последовательное преодоление вышеуказанных теоретических и практических дефицитов и формирование эффективной социальной политики.

В основе данной стратегической программы лежит аргументированная убежденность в том, что категории индивидуальной и социальной свободы в современном мире (как первоосновы эффективной самоорганизации) должны включать приемлемые уровни устойчивости к агрессивному влиянию среды и вовлечению в деструктивные социальные эпидемии.

СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ

УДК 616.89; 615.832.9; 615.851

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ПОСТРОЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ (ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ) РАБОТЫ С ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ (литературный обзор)

Д.Е. Аяганова

врач-психотерапевт РГКП «Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар (РК)

В настоящее время проблема ВИЧ-инфекции крайне актуальна в современном обществе. Данный факт подтверждается неуклонно растущей заболеваемостью, как в мировом, так и в региональном масштабах. Нарастающим итогом на 1 января 2012 г. в Павлодарской области зарегистрировано 1763 случая ВИЧ – инфекции (показатель на 100 тысяч населения – 180,5) (данные ГУ «Центр СПИД Павлодарской области»).

Кроме этого, на лицо - ножницы между эффективной диагностикой и патогенетическим лечением. Наряду с теоретическими пробелами в терапии заболевания, недостаточно разработаны и разрознены методы психологической помощи и психотерапевтической поддержки данной категории больных. Психотерапевтическое вмешательство позволяет пациентам не только обрести надежду, но и осознать собственную ответственность за качество своей жизни с болезнью, «повзрослевь» (Rhonda L., 1994).

При работе с такой группой пациентов в ментальном ключе необходимо тщательное построение программы, которая, прежде всего, должна учитывать хронический характер заболевания с его биологическими закономерностями, необходимость межсекторального взаимодействия со специалистами других областей [7].

Распространение ВИЧ имеет общие закономерности: очень быстрое, агрессивное развитие среди представителей уязвимых групп и более медленное среди остального населения (Покровский В.В. и др., 1997).

Так, в Павлодарской области согласно данным, обнародованным Областным центром СПИД, пути и факторы передачи инфекции по своей структуре распределились следующим образом:

- внутривенный - 1190 случаев (67,5%);
- гетеросексуальный - 518 случаев (29,4%);
- гомосексуальный – 8 случаев (0,4%);
- внутриутробный – 5 случаев (0,3%);
- внутрибольничный – 1 случай (0,1%);
- неустановленный – 42 случая (2,3%).

Среди опийных наркозависимых фактор коморбидности ВИЧ приводит к следующим последствиям (Катков А.Л., Пакеев С.О., 2007):

- а) появление мощного и постоянного действующего стрессогенного и аффектогенного фактора, дополнительно травмирующего психическую сферу лиц, зависимых от опиоидов;
- б) появление выраженных реактивных наслонений в виде постоянной депрессии, тревоги, астенизации;
- в) появление фактора дополнительной стигматизации в глазах окружающих и соответствующей ауторефлексии (идеи вины, малоценности);
- г) появление выраженных трудностей в социальной адаптации;
- д) высокие риски утраты трудовой занятости;
- е) появление существенных сложностей в психологической адаптации (замедление скорости, снижение активности, нарастание «снежного кома» кризисных ситуаций и т.д.);
- ж) сокращение средней продолжительности жизни.

Наряду с этим, исследователями выявлено стимулирующее воздействие носительства ВИЧ на развитие компенсаторных новообразований:

- 1) появление наиболее адекватного информирования об основных проявлениях наркотической зависимости, масштабах её распространения в Республике Казахстан (РК), негативных последствиях потребления наркотиков;
- 2) формирование реальных и адекватных представлений о болезни и способах противодействия распространению и развитию наркотической зависимости;
- 3) формирование адекватных представлений о здоровье, витальных и наиболее мощных мотивов к его сохранению и продлению жизни;
- 4) формирование адекватных представлений о способах достижения здоровья с двойственной позицией внутреннего локуса контроля (диссоциация прослеживается в отношении ответственности за сохранение здоровья и достижения основных жизненных целей, где отмечается более интенсивная представленность позиций внешнего локуса контроля);
- 5) стимуляция умеренной активности в отношении каких-либо действий, способствующих повышению уровня собственного здоровья [6].

S. Abramowitz et al. (1994) анализируя возможности психодинамической психотерапии с ВИЧ-инфицированными, отмечает: «СПИД – это кризис самого себя, но также и шанс, и возможность для роста и развития, для того, чтобы сделать жизнь более значимой. Жизнь с болезнью, угрожающей жизни, лицом к смерти, ведёт к более полному чувствованию жизни».

Мишени психотерапевтического воздействия при работе с ВИЧ – инфицированными пациентами многочисленны и основаны на комплексе проблем, возникающих при манифестации позитивного статуса, - с одной стороны, и его персистенции - с другой.

Обобщенно узловые мишени таковы:

- *собственно психические нарушения, возникающие в процессе разовведения*. Ряд авторов считает, что органические и неврологические проявления могут наблюдаться на различных стадиях ВИЧ-инфекции у 40% пациентов (среди детей – до 80%), а как ведущий клинический синдром нейро-СПИД регистрируется у 30% больных (Михайленко А.А. и др., 1993);

- *психические расстройства реактивного генеза на факт инфицирования* – это острая реакция горя, реактивные психозы, невротические реакции, патологическое развитие личности. Согласно исследованию, проведенному Ю.А. Россинским, Л.Д. Раахмазовой, А.Т. Ескалиевой (2006), относительные риски наличия психической патологии в виде специфических расстройств зрелой личности у больных опийной наркоманией, инфицированных ВИЧ, в среднем в 2,9 раза выше, чем у лиц, больных опийной наркоманией с отрицательным ВИЧ-статусом [9];

- *суицидальное (автоагрессивное) поведение* – это воздействие на внутриличностный конфликт в нескольких сферах (личной, интимной, семейной, профессиональной), коррекция общеповеденческой реакции в экстремальных условиях;

- *психотерапевтическое сопровождение антиретровирусной терапии* – комплаенс терапия, информационная поддержка. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) только треть ВИЧ-инфицированных лиц придерживаются медицинских рекомендаций. Низкая приверженность терапии связана со сложным лекарственным режимом, необходимостью многократных суточных приемов большого количества препаратов, соблюдения диеты из-за несовместимости лекарств с некоторыми продуктами [5];

- *микросоциальное окружение (система семьи, значимые другие лица)* – семейное консультирование, психотерапия;

- *психотерапевтическое сопровождение психических расстройств, ассоциированных с ВИЧ, в том числе преморбидного характера (химические зависимости, расстройства зрелой личности)* и т.д.

- *стигмы и сепарация ВИЧ-инфицированных лиц* из современного общества – работа с макросоциальным окружением пациента, интеграция его в повседневную активность и производственную деятельность. Уровень стигматизации у ВИЧ-инфицированных пациентов объективно выше по сравнению с больными, не имеющими положительного ВИЧ-статуса, из-за двойной стигматизации: факт ВИЧ-инфекции и враждебное отношения к этим заболеваниям в обществе, влекущего за собой явную или скрытую дискриминацию и отторжение ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков в обществе;

- *палиативная помощь при терминальных стадиях заболевания* – вопросы принятия смерти, симптомы конечной стадии СПИД.

В настоящее время программы реабилитации лиц, живущих с ВИЧ (ЛЖСВ), включают в себя психотерапию и психологическую коррекцию. Основным компонентом реабилитации являются специально конструируемая реабилитационная среда, психотерапия, трудовая занятость, работа с семьей, образовательные программы (Валентик Ю.В., 2001).

Среди форм психотерапии, применяемой при работе с ВИЧ-инфицированными лицами используется рациональная психотерапия, проблемно-ориентированная психотерапия, психическая саморегуляция, тренинг ассоциативности, экзистенциальная психотерапия (Валентик Ю.В., Сирота Н.А., 2002).

В работе Россинского Ю.А., Раахмазовой Л.Д., Ескалиевой А.Т. (2006) проводилась амбулаторная реабилитация ВИЧ-инфицированных наркозависимых в формате групповых психотерапевтических сессий – группы поддержки. Психотерапевтические занятия проводились в течение года с частотой встреч – 1 раз в неделю. Психотерапевтическая группа была полуоткрытой со средним количеством участников 10-12 человек, моногенная по составу. Кроме этого проводились сессии с родственниками участников основных групп (не реже 2 раз в месяц) и индивидуальные семейные сессии. В работе использовались интегративные подходы психотерапии: экзистенциальной, логотерапии по К. Роджерсу, транскультуральной позитивной психотерапии по Н. Пезешкиану, гештальттерапии, психодрамы, трансактного анализа, психотерапии реальностью по У. Глассеру, интегративно-развивающей групповой психотерапии наркозависимых лиц по А.Л. Каткову и др. (2003), континуальной психотерапии наркозависимых по Ю.В. Валентику (2001) [9].

В похожем ключе построена была работа В. Ворнича. Психотерапевтическая тактика основывалась на активной стратегии преодоления кризиса, предусматривающей энергичные действия. Такая стратегия помогает понять кризис в его контексте и одновременно обеспечивает достаточную поддержку (социальную и со стороны семьи), а также по-

зволяет человеку выражать свои чувства и принимать то, что невозможно избежать. Психотерапевтическая интервенция осуществлялась непосредственно во время кризиса (кризисное вмешательство). Как правило, проводилось не более 6-8 сессий в течение первых 2 месяцев (с наибольшей интенсивностью сессий в 3 первые недели кризиса). Процесс психотерапии осуществлялся поэтапно, с учётом таких проявлений декомпенсаций у пациента, как разрушение привычных ценностей и целей, а также выраженное чувство беспомощности, ведущее к изменениям в поведении и сильным неконтролируемым эмоциям (аффекту). В ряде случаев прибегали также к помощи «третьих лиц» - родственников, знакомых пациента. Применялась интеграция таких методов психотерапии, как когнитивно-поведенческая психотерапия, гештальт-терапия, логотерапия В. Франкла. При этом такая интегративная психотерапия проводилась на начальных этапах индивидуально, а на завершающем этапе — в группе эмоциональной поддержки [4].

Интересны результаты применения метода психотерапии символ - драмы (Х. Лёйнер) у ВИЧ-инфицированных лиц с целью увеличения приверженности к антиретровирусной терапии (Киселева Н.А., Болбат А.А., 2008). Так, за период октября-ноября месяцев 2008 года в основной группе пациентов, наряду с рационально-поведенческой стратегией, проводилась работа методом символ-драмы в режиме коучинга и использовались мотивы, основанные на изображениях карт Таро, в частности - на основе образа «Шут» (техники - «Выступление под куполом цирка», «Узелок в дорогу»). Использование данного метода позволяло с помощью символов менять мотивацию пациентов на специфическую терапию - с одной стороны, прорабатывать вопросы смысла жизни и принятия смерти - с другой. Число пациентов со 100% приверженностью увеличилось с 37,9% до 47%; число пациентов с 95% приверженностью увеличилось с 40,6% до 43,8%; число пациентов с приверженностью <90% уменьшилось с 15,6% до 0%.

В работе Афанасьевой Е.Д. (2011) рассмотрена проблема адаптации ВИЧ-инфицированных женщин к материнству. Представлены «мишени» психологической коррекции нарушений, выделены направления и описано содержание психологической помощи ВИЧ-инфицированным матерям. «Мишеними» психологической коррекции нарушений адаптации ВИЧ-инфицированных женщин к материнству являются:

- искажение системы отношений, отсутствие планирования будущего;
- нарушение эмоционального состояния;
- нарушение готовности к материнству;
- ощущение не успешности себя в роли матери;
- внутренняя противоречивость отношения к ребенку;

- низкий уровень родительской компетентности;
- нарушение взаимодействия с ребенком.

Основными направлениями психологической помощи ВИЧ-инфицированным матерям является коррекция и профилактика нарушений личностного, семейного функционирования, оптимизация материнско-детских отношений [1].

Согласно рекомендациям ВОЗ [8] при построении психологической работы с ВИЧ-инфицированным важно применять 5 психотерапевтических подходов:

- 1) межличностная психотерапия;
- 2) мотивационное интервьюирование;
- 3) когнитивно-поведенческая терапия;
- 4) вспомогательная психотерапия;
- 5) психотерапевтические вмешательства при горе.

Данные рекомендации направлены на консультирование пациентов – так называемый «второй уровень поддержки», то есть на решение вопросов адаптации к ВИЧ – статусу (реактивные настроения, социальные проблемы).

Формой выбора для работы признан формат межличностной терапии, которая проводится в 14–16 структурных сеансов, которые обращаются к одной из четырёх главных проблемных областей в межличностных отношениях, включая горе, межличностные ролевые диспуты, смену роли или межличностные дефициты. Кроме этого рекомендуется использование вспомогательной терапии. Термин «вспомогательная психотерапия» описывает два различных вида вмешательств [2, 3]. Первый вид – это краткая поддержка, которая может быть предложена здоровым личностям, страдающим от острой травмы или кризиса, например таких, как тяжелая утрата. Второй вид – это долгосрочное лечение, предлагаемое людям с длительными, серьезными проблемами, для кого вспомогательная психотерапия, в противоположность другим формам терапии, является предпочтительным видом лечения. Вспомогательная психотерапия имеет своей целью скорее поддержание, чем радикальное изменение, использует скорее размышление, чем объяснение или указание, и обычно проводится менее чем раз в неделю (например, раз в две недели, раз в месяц или даже реже).

Таким образом, подводя итог существующим направлениям в психотерапевтической работе с ВИЧ-инфицированными пациентами, можно подчеркнуть наличие общности взглядов различных концепций. Однако применение всего разнообразия средств психологической (психотерапевтической) поддержки данной категории лиц в настоящее время ограничено, не систематизировано и требует практической проработки, преимущественно с учётом региональных особенностей и специфики объектов терапии.

Список использованной литературы:

1. Афанасьева Е.Д. Направления психологической помощи ВИЧ-инфицированным матерям // Научно-теоретический журнал «Ученые записки». – 2011. - № 8 (78). – С. 15-19
2. Беляева В.В. Консультирование как модель оказания помощи при ВИЧ-инфекции // Медицинская кафедра. - 2004. - № 2. - С. 186-189.
3. Беляева В.В., Покровский В.В., Кравченко А.В. Консультирование при ВИЧ-инфекции. Пособие для врачей. - М., 2003. - 77 с.
4. Ворник В. Психотерапевтическая помощь вич-инфицированным лицам / Научно-практическая конференция «Сексуальная культура и сексуальное здоровье нации», Харьков, 2002.
5. Данилов Д.С. Механизмы формирования комплайенса и современные подходы к его оптимизации// Психиатрия и психофармакотерапия. – 2008. - № 1.
6. Катков А.Л., Пакеев С.О. Особенности формирования зависимости от опиоидов, сочетающейся с некоторыми видами коморбидной патологии – Павлодар, 2007.
7. Покровский В.И., Покровский В.В. Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции. - М.: Медицина, 1988. - 44 с.
8. Психотерапевтические вмешательства в антиретровирусной Терапии (для ухода на вторичной уровне) / Psychotherapeutic Interventions in Antiretroviral Therapy (for second level care), 2005.
9. Россинский Ю.С., Рахмазова Л.Д., Ескалиева А.Т. Эмоциональные расстройства у больных наркоманией, инфицированных ВИЧ – Павлодар, 2006.

УДК 616.89

АДДИКОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЛИЦ С НАЧАЛЬНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ВОВЛЕЧЕНИЯ В ИГРОМАНИЮ НА ЭТАПЕ ПЕРВИЧНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

А.Л. Катков

главный региональный эксперт по оценке распространения социальных эпидемий РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», д.м.н., проф., г. Павлодар (РК)

Введение

В последние годы отмечается существенный рост выявления лиц с патологическим пристрастием к азартным играм, в том числе среди подростков и детей.

Число патологических игроков во взрослой популяции варьирует от 0,4% до 3,4%, а в некоторых регионах может достигать и 7%. По данным исследований, проведённых с 1999 по 2002 гг. в Канаде, Новой Зеландии, Швеции, Великобритании, Швейцарии и Австралии, распространенность игромании составляла от 1% до 1,5%, в Гонконге – 1,9%.

Число патологических игроков среди подростков и юношей часто превышает среднее число патологических игроков среди взрослых, не менее чем в 2 раза, и достигает показателя в 2,8%-8%.

Проведенное в 2001 г. исследование в городской популяции населения России показало, что игроманией в Российской Федерации страдает от 1,27% до 3,12% населения. В то же время группа повышенного риска по данному профилю составила 10,53% населения.

Наличие достаточно большой частоты отдельных симптомов патологического влечения к азартным играм в изучаемой группе позволило авторам сде-

лать вывод: в ближайшие годы при отсутствии профилактики данной патологии число заболевших лиц может возрастать, и выйти на одно из ведущих мест наряду с алкоголизмом и наркоманией (Чуркин А.А., Касимова Л.Н., 2001; Скокаукас Н., Саткявичуте Р., Бурба Б., 2004; Кекелидзе З.И., Шемчук Н.В., 2008).

В связи со всем изложенным выше разработка технологий эффективной первичной профилактики игровой зависимости, особенно среди детей и подростков представляется весьма актуальной.

В ходе выполнения научно-технической программы Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН) «Эффективная профилактика распространения социальных эпидемий в Республике Казахстан» нами разработана технология аддиктологического консультирования лиц с начальными признаками вовлечения в игроманию на этапе первично-профилактической помощи, методология проведения которой излагается ниже.

Методология

Аддиктологическое консультирование – это специфическая форма психологической помощи лицам

с высокими рисками и признаками формирования аддиктивных расстройств, в частности - игромании, интернет-зависимости.

Цель такого рода помощи заключается в эффективном снижении рисков формирования аддиктивной патологии у консультируемого субъекта.

Задачи аддиктологического консультирования на рассматриваемом уровне помощи совпадают с основными этапами реализации данной технологии:

- выявление особенностей репрезентации моделей здоровья-болезни и стадии готовности к терапевтическим изменениям (по Дж. Прохазка и К. Ди Клементе, 1986) у консультируемых лиц (диагностический этап);
- формирование адекватных представлений о возможностях снижения соответствующих рисков и терапевтических сценариях продвижения к полу-су здоровью (терапевтический этап);
- продвижение клиента по стадиям поведения (по Дж. Прохазка и К. Ди Клементе, 1986) с мотивацией к достижению желательных результатов (мотивационный этап).

Аддиктологическое консультирование может осуществляться специалистом-психологом, врачом-аддиктологом (наркологом), специалистов по социальной работе, прошедших тематическое усовершенствование, либо специальные курсы по профилю аддиктологического консультирования.

Общая стратегия аддиктологического консультирования может различаться в зависимости от принадлежности респондента к одной из двух подгрупп, формирующих общую условную группу для данного этапа профильной помощи. Так, например, в случае выявления относительно высокого уровня психологического здоровья-устойчивости у клиента можно ограничиться формированием терапевтической конфронтации между жизненным сценарием и сценарием социальных потерь, неизбежным в случае дальнейшего развития симптомов игромании. В последующем формируется дерево решений, направленных на обратное развитие имеющих место начальных признаков чрезмерного увлечения игрой.

Однако гораздо чаще имеет место менее благоприятное сочетание выявленных при соответствующей диагностике низких уровней психологического здоровья-устойчивости с признаками вовлечения в игроманию. В этом случае необходимо проведение полноформатного варианта консультирования. Данный вариант включает следующие компоненты дополнительной диагностики:

- 1) степень аноногнозии (отсутствие сознания болезни) – от полного отрицания наличия каких-либо проблем, связанных с чрезмерным увлечением игрой, – до признания некоторого дискомфорта, который «сразу же будет устранен после моего решения прекратить играть, а это решение я могу принять в любой момент»... и т.п.;

2) особенность простраивания отношения клиента к понятиям «здоровье - свобода», «болезнь - зависимость» применительно к признакам формирующегося патологического пристрастия к азартным играм – от облегченно-поверхностного (недооценка) до преувеличенно-трагического (переоценка) «всё пропало, мне никто не поможет, из этого уже не выбраться и т.д.»;

3) особенности информирования, представления клиента о возможных путях перехода от состояния «болезни - зависимости» к «здоровью - свободе» - от полного отсутствия таких представлений или неадекватной самонадеянности «стоит мне только захотеть и я сам брошу всё, что связано с игрой» – до попыток детально разобраться в существующих возможностях помощи.

Далее, следует иметь в виду, что на данном диагностическом этапе аддиктологического консультирования крайне желательно установление доверительного контакта, терапевтических отношений между консультантом и клиентом. Для чего рекомендуется постоянно подчеркивать полную конфиденциальность и безопасность подобного контакта, безоценочное принятие всего того, что исходит от клиента, демонстрируемое на вербальном и невербальном уровнях. Следует проявлять интерес к ожиданиям и потребностям клиента, подчеркивая, что окончательное решение того, какой вид помощи ему подходит более всего, остается за ним и его семьей. В связи с этим консультанту следует помнить, что чаще всего к явным потребностям клиентов с аддиктологической патологией относятся: полная гарантia безопасности, широкий ассортимент, доступность, высокое качество предоставляемых услуг, гуманное отношение и высокая степень эмпатии, проявляемой в отношении личных переживаний клиента. К скрытым и нечасто афишируемым потребностям – чёткое и понятное обоснование возможностей эффективной помощи с предоставлением клиенту права выбора предлагаемых видов данной помощи (Катков А.Л., 2007). В случае отсутствия выраженной аноногнозии и наличия явно выраженной переоценки имеющихся признаков психологической зависимости необходимо иметь в виду, что уже на первом диагностическом этапе должен в максимальной степени эксплуатироваться основной принцип аддиктологического консультирования: «обнадёживающая правда». То есть клиенту даётся объективная правдивая информация о его состоянии. Однако при этом усиливается позитивный контекст подачи данной информации, делается акцент на ресурсном потенциале клиента и терапевтических возможностях специально созданной среды.

Диагностический этап завершается констатацией того очевидного обстоятельства, что весьма часто причинами как недооценки, так и переоценки тяжести ситуации клиента (то и другое препятствует достижению желаемого результата) является де-

фицит информации о состояниях «болезни - зависимости», «здоровья – свободы», путях продвижения от зависимости к свободе применительно к патологическому пристрастию к азартным играм.

Второй этап – собственно терапевтический – как раз и посвящён разработке этого последнего тезиса. Аддиктологическое консультирование, по сути, представляет собой технологию сквозного мотивационного информирования, когда перед клиентом, с которым уже установлены терапевтические отношения, разворачивается, во-первых - содержание понятий «зависимость», «свобода от зависимости», а во вторых – возможности перехода от одного состояния к другому в ключе когнитивно-поведенческого подхода. Такого рода информирование – это ни в коем случае не академическая лекция или специальный семинар. Односторонняя подача информации без учёта реакций и встречной активности клиента «а у меня...» чаще всего способствует регрессу терапевтического пространства, в котором действует консультант и клиент.

Наиболее продуктивным способом здесь является стимуляция активности клиента за счет целенаправленных открытых вопросов терапевта, ответов на собственные вопросы клиента с возвратом инициативы «А вы что думаете по этому поводу?», «А вы как считаете?», «Как это происходит в вашем случае?» и т.д. Таким образом, выстраивается заинтересованный диалог, в ходе которого клиент с недирективной и экологически выверенной поддержкой консультанта выстраивает адекватную модель исходного и желаемого состояния, прорабатывает приемлемый для него маршрут продвижения к существенному снижению рисков и редукции начальных признаков формирования игромании. В завершении данного этапа полезно оценить разницу в степени информированности клиента по основным обсуждаемым темам «до» и «после» заинтересованного диалога, например, предложить клиенту сформулировать «сухой остаток» от проделанной на данном этапе совместной работы.

Третий этап (мотивационный) направлен на стимуляцию принятия решения клиентом в пользу реализации приемлемого для него терапевтического сценария, который может включать как краткосрочные психотерапевтические интервенции, так и более длительные программы по обучению саморегуляции, самоорганизации, семейной терапии и др.

Основная сложность оказания помощи клиенту на данном этапе связана с проблемой преодоления амбивалентности (двойственности) в изначальных установках, решениях, действиях, в той или иной степени присущей зависимым лицам. Общая стратегия консультирования в данной связи должна быть направлена на то, чтобы клиент (с помощью недирективных и экологически выверенных действий психотерапевта, например, точно поставленных вопросов) сформулировал и, по мере возможности, про-

работал имеющийся конфликт между повторствующим зависимому поведению сценарием и сценарием самообладания. Здесь могут быть проанализированы и взвешены все аргументы «за» и «против», а также сделаны первые шаги по терапевтическому растождествлению субличностей «Я - зависимый», «Я - избавляющийся от зависимости».

В ходе проработки вышеназванных вопросов консультанту следует оценивать степень продвижения клиента по стадиям терапевтических изменений в модели Дж. Прохазки, К. Ди Клементе. данная модель включает: 1) стадию предразмышлений, когда клиент ещё не имеет серьезного намерения изменить свое вредное для здоровья поведение и рассуждает о терапевтических возможностях как о некой абстракции; 2) стадию размышлений, когда возможности изменения вредного для собственного здоровья, карьеры, семьи, поведения рассматриваются всерьёз; 3) стадию действия, когда составляются реальные планы отказа и освобождения от рискованных форм поведения, принимаются чёткие, продуманные решения в пользу из реализации.

На рассматриваемом мотивационном этапе аддиктологического консультирования удовлетворительным результатом можно считать продвижение клиента от первой стадии предразмышления ко второй и третьей стадиям терапевтических изменений, или же от второй к третьей стадии (осмыслиенные действия по преодолению формирующейся зависимости). О степени продвижения по стадиям терапевтических изменений судят по характеру высказываний клиента, неверbalным реакциям, степени уверенности в реализации сформированных планов. В случае отсутствия признаков продвижения от первой к второй-третьей стадии изменений поведения клиенту предлагается повторная консультация и оговаривается время, необходимое для обдумывания полученной информации и своих действий в данной вязи.

В целом, процедуру аддиктологического консультирования, проводимого на этапе первично-профилактической помощи, следует считать удачной, если был осуществлен перевод клиента от антиресурсных к ресурсным состояниям в следующих модальностях:

- от неопределенности к определенности;
- от безнадёжности к надежде;
- от деструктивных мифов, определяющих пассивное и зависимое поведение клиента, к конструктивным сценариям освобождения от начальных признаков игровой зависимости.

Заключение

Аддиктологическое консультирование лиц с начальными признаками вовлечения в игроманию является технологией эффективной первичной профилактики данного расстройства личности и поведения, особенно среди детей и подростков.

Результаты тематических исследований РНПЦ МСПН по апробации экспериментального стандарта первичной профилактики распространения социальных эпидемий химической и деструктивной психологической зависимости, рекомендуемого для учреждений среднего образования показывают, что аддиктологическое консультирование особенно эффективно в сочетании с программой «Семья и школа

ла вместе - FAST», а также с экспресс-психотерапией. Данные технологии реализуются в едином комплексе с соответствующими диагностическими и тренинговыми программами, что обеспечивает редукцию начальных признаков влечения, а также формирование высоких уровней устойчивости к патологическому пристрастию к азартным играм у охватываемого контингента лиц.

Список литературы:

1. Катков А.Л. Наркологическое консультирование на этапах медико-социальной реабилитации зависимых от опиоидов // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2007. – Т. VII, № 4. – С. 7-11.
2. Кекелидзе З.И., Шемчук Н.В. Особенности формирования патологического влечения к азартным играм // Российский психотерапевтический журнал. - № 3. - 2008. - С. 24-28.
3. Скокаукас Н., Саткяничуте Р., Бурба Б. Некоторые аспекты патологического влечения к азартным играм //Психиатрия. Научно-практический журнал.- № 3.- 2004.- С.59-65.
4. Чуркин А.А., Касимова Л.Н. Распространенность расстройств влечений в городской популяции // Сборник научных трудов под ред. Ю.А. Александровского.- М.:ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2001. - С.95-105.

УДК 616.89

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ С ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

А.Л. Катков

главный региональный эксперт по оценке распространения социальных эпидемий РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», д.м.н., проф., г. Павлодар (РК)

Введение

Число патологических игроков во взрослой популяции варьирует от 0,4% до 3,4%, а в некоторых регионах может достигать и 7%. По данным исследований, проведённых с 1999 по 2002 гг. в Канаде, Новой Зеландии, Швеции, Великобритании, Швейцарии и Австралии, распространенность игромании составляла от 1% до 1,5%, в Гонконге – 1,9%.

Число патологических игроков среди подростков и юношей часто превышает среднее число патологических игроков среди взрослых, не менее чем в 2 раза, и достигает показателя в 2,8%-8%.

Проведенное в 2001 г. исследование в городской популяции населения России показало, что игроманией в Российской Федерации страдает от 1,27% до 3,12% населения. В то же время группа повышенного риска по данному профилю составила 10,53% населения.

Наличие достаточно большой частоты отдельных симптомов патологического влечения к азартным играм в изучаемой группе позволило авторам сделать вывод, что в ближайшие годы при отсутствии профилактики данной патологии число заболевших может возрастать, и выйти на одно из ведущих мест наряду с алкоголизмом и наркоманией (Чуркин А.А., Касимова Л.Н., 2001; Скокау-

кас Н., Саткяничуте Р., Бурба Б., 2004; Кекелидзе З.И., Шемчук Н.В., 2008).

В связи со всем изложенным разработка эффективных методов медико-социальной реабилитации (МСР) лиц с игровой зависимостью весьма актуальна.

В следующих разделах настоящей статьи мы приводим описание комплексной программы медико-социальной реабилитации лиц с игровой зависимостью, рекомендуемой к использованию в соответствующих аддиктологических Центрах.

Методология

Реабилитация лиц с установленным диагнозом патологического пристрастия к азартным играм (игромании) должна соответствовать следующим принципам:

- добровольность участия больного в лечебно-реабилитационных мероприятиях (включая оформление процедуры информированного согласия на лечение);
- доступность и открытость реабилитационных учреждений;
- доверительность и партнерство во взаимодействии персонала реабилитационных учреждений, лиц с диагнозом «игромания», их родных и близких в ходе похождение реабилитационной программы;

- отказ больного от посещения игорных заведений и участия в азартных играх, по крайней мере, на период прохождения реабилитационной программы;
- достижение пациентом, его родственниками и близкими возможно более полного понимания основных закономерностей формирования зависимости, логики и признаков развития данного состояния за счёт прохождения диагностических и консультативных процедур на этапе первичной аддиктологической помощи, в ходе чего формируется необходимый уровень приверженности к полноценной реабилитационной программе.

Программы реабилитации лиц с патологическим пристрастием к азартным играм формируются на основании следующих подходов:

- а) обоснованность используемых биологических, психотерапевтических и социальных методов воздействия с позиции доказательных практик (ДП);
- б) единство и согласованность медико-биологических и социально-психологических методов целевого воздействия;
- в) многообразие индивидуальных форм и моделей реабилитационных мероприятий;
- г) привлечение ближайшего окружения (родные, близкие) к участию в реабилитационной программе в качестве «вспомогательного» персонала.

Основная целевая группа, охватываемая этапами комплексной медико-социальной реабилитации, – это лица с установленным диагнозом зависимости от азартных игр (игромании). Данный диагноз устанавливается специалистом-аддиктологом либо иным специалистом, имеющим необходимую подготовку (врачом-наркологом, психиатром, психотерапевтом), на основании результатов медико-психологического обследования и соответствия выявленных психопатологических признаков критериям Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) (F 63.0 – патологическая склонность к азартным играм).

С целью уточнения психологической диагностики факта вовлечения в игроманию и оценки степени тяжести имеющихся расстройств рекомендуется использование следующих методик:

- 1) опросник Национального центра исследования общественного мнения NORS-DSM-IV (в адаптации А.А. Карпова, В.В. Козлова);
- 2) Канадский показатель проблемного гемблинга (CPGI) в адаптации А.А. Карпова, В.В. Козлова;
- 3) Викторианский опросник (VGS) в адаптации А.А. Карпова, В.В. Козлова;
- 4) 20 вопросов общества анонимных игроков (в адаптации А.А. Карпова, В.В. Козлова);
- 5) тест на наличие созависимости (в модификации В.В. Козлова, А.А. Карпова).

Последний тест устанавливает наличие патологической зависимости (созависимости) у родных и близких игрока – феномен, который также является одной из терапевтических мишеньей в программах комплексной медико-социальной реабилитации.

Нами выделяются следующие универсальные этапы комплексной медико-социальной реабилитации лиц со сформированной игроманией:

– 1-й этап – этап первичной аддиктологической помощи, в ходе которого уточняется диагностика имеющихся расстройств, проводится аддиктологическое консультирование пациента, его родных и близких с целью формирования адекватных представлений об имеющихся признаках зависимости, моделях здоровья, возможностях по установлению контроля и освобождению от зависимости. Основным пунктом и главным критерием успеха, достигнутого на рассматриваемом этапе, является уровень и степень устойчивости мотивации пациента на прохождение полноценной медико-социальной реабилитации и освобождению от зависимости. Основные технологии, используемые на данном этапе: клинико-психопатологическая диагностика, аддиктологическое консультирование, дифференцированная медикаментозная терапия (при необходимости). В реализации этапа первичной аддиктологической помощи принимают участие следующие специалисты: 1) врач-аддиктолог (врач-психиатр, нарколог, психотерапевт, подготовленный по профилю аддиктологии); 2) психолог или специалист по социальной работе с подготовкой по профилю аддиктологического консультирования;

– 2-й этап – этап медико-социальной реабилитации. На старте данного этапа принимается решение об условиях реализации реабилитационной программы (режимы: амбулаторный, стационарный с круглосуточным наблюдением), заключается терапевтический контракт с пациентом и его родственниками на прохождение реабилитационного курса, реализуются основные технологии данного этапа. Основная цель этапа – дезактуализация импульсивного патологического влечения – основного и субъективно наиболее тяжело переживаемого признака зависимости, что создаёт условия для успешного вхождения в программу, профилактирует преждевременный уход пациента из программы. Основные технологии, используемые на данном этапе: дифференцированная медикаментозная терапия, суггестивная, мотивационная, когнитивно-поведенческая психотерапия, групповая психотерапия, социально-психологические тренинги. Если лечение проводится в стационарных условиях, то к данному перечню добавляются терапия занятостью, телесно-ориентированная психотерапия, специальная гимнастика. В реализации данного этапа принимают участие подготовленные специалисты: 1) врач-аддиктолог; 2) психотерапевт; 3) психолог; 4) специалист по социальной работе; 5) средний и младший медицинский персонал;

– 3-й этап – этап социально-психологической реабилитации. В ходе данного этапа решаются основные терапевтические задачи по установлению контроля и освобождению от зависимости. К участию в реабилитационном процессе привлекаются родные и близкие пациента. Главной целью данного этапа является форсированное развитие свойств психологического здоровья-устойчивости к повторному вовлечению в зависимость; формирование адекватных отношений в микросоциальном окружении пациента; решение накопившихся социальных и других проблем, связанных с игрой. Основные технологии данного этапа: тренинги по развитию свойств психологического здоровья-устойчивости; групповая психотерапия; полимодальная индивидуальная психотерапия; семейная психотерапия и консультирование; юридическая и социальная помощь в рамках соответствующих проблем. В реализации данного этапа принимают участие подготовленные специалисты: 1) психотерапевт; 2) психолог, 3) специалист по социальной работе;

– 4-й этап – этап противорецидивной и поддерживающей терапии. На данном этапе проводятся достаточно регулярные встречи основного терапевта с пациентом, в ходе которых осуществляется терапевтическая диагностика, диагностируются и решаются текущие проблемы, прилагаются усилия по формированию устойчивого ресурсного состояния у пациента, решаются вопросы о возможности его участия в группах анонимных игроков. Основная цель данного этапа – обеспечить эффективную профилактику рецидива за счёт формирования дополнительных уровней психологического здоровья-устойчивости и самоорганизованного поведения. Основные технологии – индивидуальное и групповое консультирование, полимодальная экспресс-психотерапия (решаются заявленные пациентом проблемы), тренинги по стрессо-устойчивости. В реализации данного этапа обычно принимает участие специалист-психолог или психотерапевт.

Длительность каждого этапа определяется индивидуально в зависимости от состояния пациента, тяжести аддиктивных проявлений и ресурсов ближайшего окружения. Однако в целом, продолжительность стандартного курса (этапы 1 - 3) должна быть не менее 3-х месяцев, а длительность 4-го, противорецидивного этапа, составляет не менее 6 месяцев. Только в этом случае появляются шансы на длительную устойчивую ремиссию.

Соответственно, эффективность реабилитационной программы оценивается последним индикатором – длительностью ремиссии с полным воздержанием от игровой практики; характеристикой её устойчивости, в смысле полного самостоятельного контроля над своим поведением со стороны пациента и отсутствия с трудом подавляемых импульсов к игре; качества жизни пациента в состоянии ремиссии, определяемого по соответствующим методикам.

В связи со всем вышеизложенным нами выделяются следующие мишени комплексной медико-социальной реабилитации лиц с игровой зависимостью:

- мотивационная сфера;
- патологическое влечение (как главная характеристика синдрома зависимости);
- сопутствующие психопатологические синдромы (тревога, депрессия, расстройства сна, повышенная агрессивность, астения и др.);
- патологический личностный статус;
- патологический социальный статус;
- статус родственно-семейных отношений;
- неоабилитационный личностный статус (связанный, в первую очередь, с высоким уровнем психологического здоровья-устойчивости к повторному вовлечению в зависимость, формированием устойчивого ресурсного состояния у пациента на 3-4 этапах комплексной медико-социальной реабилитации).

Вышеназванные мишени перечисляются в той последовательности, в которой они представлены на основных этапах комплексной медико-социальной реабилитации.

Планирование работы с вышеназванными мишенями включает в себя несколько взаимосвязанных компонентов:

- постановка проблемы; данный компонент включает в себя информацию, получаемую в ходе оценки (в приложении даются два способа получения информации и ее структурированной оценки в отношении формирования и основных проявлений игровой зависимости: 1) Викторианское интервью в адаптации и модификации А.А. Карпова, В.В. Козлова; 2) Интервью WMN CAPI (в адаптации и модификации А.А. Карпова, В.В. Козлова);
- постановка цели, которая включает в себя конечный результат решения проблемы пациента;
- постановка задач, где определяются конкретные действия пациента для достижения поставленных целей;
- обозначение интервенций (технологий), которые определяют, что должен делать персонал для помощи пациенту в продвижении к намеченным целям и для выполнения имеющихся задач;
- оценка сильных сторон пациента; настоящий компонент отражает те стороны состояния и возможностей пациента, которые способствуют успешному прохождению лечебно-реабилитационного процесса;
- поименование всех участков планирования, которые должны зафиксировать свою причастность и отношение к составленному плану лечения.

Настоящий план является приложением к заключаемому контракту на прохождение реабилитационной программы, а также он является основным стратегическим рабочим документом для участников реабилитационной бригады.

Наиболее важным из всех перечисленных технологических подходов по работе с основными ми-

шениями (помимо описанных в предыдущем разделе консультативных и тренинговых технологий, которые проводятся по той же схеме) являются технологии дифференцированной медикаментозной терапии, когнитивно-поведенческой и суггестивной терапии, а также терапевтическое сообщество (ТС) с привлечением родных и близких пациента, которое в своей основе представляет особым образом организованную групповую психотерапию и групповую динамику в качестве основного терапевтического механизма.

Далее дается краткое описание каждой из вышеуказанных технологий.

Дифференцированная медикаментозная терапия

Специфического фармакологического лечения игромании и связанных с нею расстройств на сегодняшний день не существует, хотя были испробованы многие варианты лечения. Таким образом, речь может идти только лишь о симптоматической терапии, более или менее специфичной для мишени 2 и 3 вариантов лечения.

Из препаратов, действующих непосредственно на синдром патологического влечения, назначают атипичный антипсихотик оланzapин, до 5-7 мг в сутки, а также – блокатор опиоидных рецепторов налтрексон, применяющийся в этом случае в сравнительно больших дозах – 100 мг в сутки и более.

С целью воздействия на обсессивно-компульсивную симптоматику, характеризующую синдром патологического влечения, а также на тревожный и депрессивный спектр расстройств (мишень 3) используют селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) – флуоксетин, флуоксамин, пароксетин, сертраптин и циталопрам в средних дозировках. Дополнительно с целью стабилизации настроения используется карбамазепин в дозировках 200-400 мг в сутки. Есть сведения, что данный препарат купирует обсессивно-компульсивное вление, имеющее место при игровой зависимости.

Обычно психофармакологические методы лечения применяют на втором этапе комплексной медико-социальной реабилитации, что связано с возможностями контроля и коррекции дозировок. В тоже время симптоматическая фармакотерапия возможна и на этапе первичной аддиктологической помощи при условии регулярного наблюдения у врача-аддиктолога.

Когнитивно-поведенческая и суггестивная психотерапия

Данный вид психотерапевтического воздействия является основным на 2-ом этапе комплексной медико-социальной реабилитации, так как воздействует одновременно на патологическое вление, мотивационную, когнитивную и поведенческую сферы (мишени 1, 4).

Наиболее полно данный вид психотерапии, проводимой с пациентами-игроманами, представлен авторами И.Д. Даренским, В.С. Акопяном (2005). В частности, данными авторами рекомендуется следующее.

В ходе первой части специалист-аддиктолог устраняет анонгностические расстройства. Пациенты учатся узнавать основные проявления своего заболевания, сопряжённые с участием в азартных играх. Некоторым пациентам может показаться странным утверждение, что они имеют болезненную зависимость от игр, и предложение распознавать признаки зависимости от азартных игр. Факт участия в игре, степень вовлечённости и количество проигранных денег сами по себе в отдельности не могут служить мерилом болезненности пристрастия к играм. Тем более, это усложняет задачу пациенту и требует серьёзных усилий в понимании признаков болезненности его вовлечённости в игру.

Специалист-аддиктолог стремится научить пациента отличать проявления болезненного пристрастия к азартным играм от нормативных колебаний самочувствия, эмоционального состояния и досугового поведения. Опираясь на представление о клинических проявлениях зависимости от азартных игр, он строит свои рассуждения при психотерапии пациента, указывает ему признаки болезни с использованием обыденных понятных для пациента выражений. Специалист-аддиктолог убеждает пациента в правильности собственных представлений о болезни и доказывает, что так оно и есть, как описывается врачом. Для этого используются клинические примеры из практики специалиста-аддиктолога и сведения о самом пациенте, факты из его личной жизни: не может остановиться во время игры, проиграл все сбережения, сколько-нибудь ценные вещи из дома, потерял работу.

Пациент по просьбе и при помощи специалиста-аддиктолога записывает все возможные признаки болезни у себя на листе бумаги. Ему можно рекомендовать записывать в дневник все особенности поведения и самочувствия, сопряжённые с игровой ситуацией, с тем, чтобы теоретически понятные признаки болезни обрели конкретное воплощение и понятное выражение у данного пациента. Признаки болезни могут иметь весьма специфическое выражение у конкретного больного и нуждаются в расшифровке. Некоторое своеобразие проявлений болезни или неполный перечень их не должны вводить пациента в заблуждение и препятствовать признанию наличия заболевания у себя. С помощью составленного списка симптомов пациент отслеживает проявления болезни и ведёт регистрацию появления их ежедневно. В дальнейшем это понадобится ему для воздействия на симптомы болезни и наблюдения за их терапевтической динамикой.

Во второй части национальной психотерапии специалист-аддиктолог рассматривает психологические механизмы зависимости от азартных игр,

которые также ускользают от внимания пациента. Речь идёт, прежде всего, об их ошибочных суждениях. Анализируются признаки негативного мышления, ведущие к актуализации влечения и «игровому поведению». В беседе в ходе рациональной психотерапии до пациента доводятся и разъясняются ошибочные умозаключения, ведущие к зависимости от азартных игр, психологические приёмы избегания желания играть. Представления о беспомощном мышлении доводятся до сознания пациента с тем, чтобы это стало его убеждениями. Данная деятельность направлена на изменение негативного образа мышления. Пациенту необходимо научиться распознавать и преодолевать отрицательный ход мыслей и чувств.

Основными ошибочными умозаключениями пациентов, ведущие к появлению и поддержанию зависимости от азартных игр, являются следующие:

- 1) ранее проигрывал из-за собственной невнимательности;
- 2) сегодня «фартовый», удачливый день, поэтому и верю в выигрыш;
- 3) именно сегодня я в состоянии контролировать ситуацию;
- 4) я придумал верный способ, как переиграть партнеров (обмануть игровой автомат), его и надо сегодня проверить;
- 5) сыграю только лишь на часть денег, имеющихся у меня;
- 6) мне нужно сейчас сыграть, чтобы только успокоиться;
- 7) нужно вернуть долги и больше я играть не буду; отыграюсь и больше играть не буду; потрачу эту сумму и больше тратить не буду.

После указания ошибочных действий и суждений врач переходит к обсуждению того, что можно сделать для преодоления зависимости от азартных игр. Пациенту показывается, как нужно правильно судить о своей болезни и своем поведении, доводятся правила санирующего поведения. Его убеждают, что все усилия специалиста-аддиктолога могут оказаться напрасными, если он не поможет врачу, поэтому ему рекомендуется:

- a) осознать свою болезненную зависимость от игры;
- б) неукоснительно выполнять предписания специалиста-аддиктолога;
- в) сотрудничать с ним длительное время, даже в случае длительного воздержания от участия в играх;
- г) понимать, что самочувствие может ухудшиться самопроизвольно и привести к ничем не спровоцированному срыву, поэтому рекомендуется обращаться к специалисту-аддиктологу в случаях, чреватых срывом, и принимать предупреждающее лечение.

Когда пациента удается убедить в наличии указанных проявлений и механизмов заболевания, то

начинается следующий этап рациональной психотерапии, в ходе которого ему указываются иные психологические механизмы зависимого поведения и бытовые, обыденные косвенные условия, которые являются факторами риска рецидива. Рассматривается то, как пациенты строят свой день - пытаются, соблюдают режим сна и отдыха – и как это отражается на их поведении, в том числе и болезненной зависимости от азартной игры, усилии влечения к участию в игре. Пациент с помощью специалиста-аддиктолога выявляет косвенные условия обострения влечения к азартным играм. При выявлении и анализе ситуаций, сказывающихся на увеличении опасности рецидива заболевания, больной старается припомнить все неблагоприятные подробности обыденной жизни. Это помогает выявить истинные причины ухудшения состояния пациентов, сделать их понятными и узнаваемыми для пациентов, и составить план устранения влияния вредоносных условий.

Сопротивляемость нежелательным влечениям и импульсам можно повысить только на фоне общего психического и физического благополучия, поэтому пациенту рекомендуется изменить обыденное поведение и указывается, что именно можно изменить в обыденном поведении:

- наладить сон и нормальный отдых;
- отказаться от употребления алкоголя;
- выявить иные обстоятельства жизни, которые мешают жить нормальной и полноценной жизнью;
- нормализовать и обустроить свою жизнь, чтобы жить в собственной семье в дружбе и согласии;
- планировать расходы совместно с членами семьи;
- поставить в известность семью о том, что такая зависимость от игры является болезнью;
- при наличии веры в Бога регулярно посещать церковь.

Воздержание от азартной игры может сопровождаться эмоциональным напряжением. Это даёт толчок к вступлению в игру, приводящую к *эмоциональной разрядке*. Азартная игра для человека, зависимого от неё, кажется ему единственным способом разрядки, поэтому пациенту рекомендуется:

- не копить в себе такие отрицательные эмоции, как раздражение, гнев, злость, обиду;
- стремиться снимать эмоциональное напряжение иными средствами;
- следить за собственными проявлениями эмоций, так как многие зависимые от азартных игр лица гасят свои эмоции преимущественно в игре, забывая за игрой свои беды и горести.

Контакт с игровым предметом способен подтолкнуть к игре. Всё, что напоминает об игре, в состоянии спровоцировать срыв, поэтому пациенту рекомендуется:

-
- не брать с собой сколько-нибудь крупные суммы денег, помимо сумм, необходимых на запланированные хозяйствственные нужды;
 - отказаться от посещения игровых залов, неходить в увеселительные заведения;
 - расстаться с бывшими партнёрами по игре, отказаться от общения с ними;
 - отказаться от разговоров об игре или близких к ней темах.

Специалист-аддиктолог стремится сделать эти суждения и представления убеждением пациента. Когда пациенту будут указаны пути преодоления зависимости и получено согласие на сотрудничество, а также признаки того, что его убедили, тогда производится переход к этапу лечения, при котором эти же самые суждения и представления, направленные на преодоление зависимости от азартной игры и рассматривавшиеся в ходе рациональной психотерапии, передаются в виде внушений при гипносуггестивной терапии.

Для этого нами составлен специальный текст внушения, апробированный при лечении указанных пациентов. Прежде необходимо привести некоторые краткие пояснения к формуле внушения. Внушение нарочито составлено так, что в нем отсутствует частица «не» или предложения к пациенту ощутить то, что он, в конце концов, должен забыть (игровые условия и атрибуты). Не включены внушения игровой ситуации, воображения атрибутов игры для дальнейшей её эмоциональной дискредитации. Внушаются только позитивные атрибуты и обстоятельства, им сопутствующие.

Текст включает суждения об основных проявлениях заболевания и механизмах их развития. Однако он позволяет внести туда информацию, своюственную и понятную только данному пациенту, в частности, фактический материал: имена, факты биографии.

Текст имеет психоактивные свойства и жесткую структуру, в которой утверждения расположены в зависимости от их эмоциональной насыщенности для создания эффекта лавинообразного развития чувств. Архитектура текста простроена для повышения свойств психоактивности: последовательность внушений состоит в том, что начинается с дискредитации отдельных свойств и заканчивается императивным внушением: «Смертельно опасно ... решил бросить раз и навсегда ... прекращаю участие в играх».

Приведем текст психотерапевтического внушения, осуществляемого специалистом-аддиктологом на сеансе индивидуальной гипносуггестивной психотерапии.

«Вы приняли в кресле удобную позу. Мысленно повторяете за специалистом-аддиктологом следующие внушения. «Полностью расслабился. Расслабились мышцы моего живота и спины. Сердце бьётся ровно и ритмично. С каждой минутой расслабляюсь всё больше и больше.

Ваша склонность к азартной игре вышла из-под контроля, воздействует на ваши отношения с окружающими, ваши финансы и вашу жизнь и работу, вы посвящаете существенную часть времени и энергии азартной игре и лишены способности остановливаться в азартной игре. Чем скорее вы получите помощь, тем большие возможности для избавления от зависимого поведения и для более быстрого возвращения к нормальной жизни.

Поскольку отрицание болезни почти всегда характерно для зависимого поведения, для меня, может быть, трудно признать зависимость от игры на деньги. Но я все-таки полностью осознал свою зависимость от игры.

Отказ от игры проходит без эмоционального напряжения. Способен снять эмоциональное напряжение без участия в азартной игре. Способен обойтись без участия в игре. Научился гасить свои отрицательные эмоции. В случае эмоционального напряжения могу перебороть их. Готов к этому. Знаю, как это делать. Гашу свои отрицательные эмоции без игры.

Осознаю существование внешних условий и их способность провоцировать срыв. Контролирую внешние обстоятельства и внутренние условия, которые могут способствовать срыву. Отказываюсь от посещения игровых залов, так как соприкосновение с игровым предметом способно напоминать об игре. Расстался с бывшими партнерами по игре. Отказываюсь общаться с теми, с кем ранее играл. Отказываюсь от употребления алкоголя. Эмоции, предшествующие игре и сопровождавшие её, ушли от меня.

Члены моей семьи, друзья и сотрудники одобряют мое решение лечиться. Живу в собственной семье в дружбе и согласии.

У меня сильная воля и железный характер. Удалось вытеснить желание играть в азартные игры. Избавился от желания играть. Оно ушло от меня. Мысли об игре ушли и погасли.

Мне противна рулетка (игральные карты). У меня появляется отвращение и ненависть при виде предметов игры. Отказываюсь разговаривать об игре или близких к ней вещах. Ухожу от игровой лихорадки.

Вид предметов игры раздражает меня и вызывает желание бежать домой, чтобы успокоиться в семье. Моя спасение – это моя семья. Я буду спасен. В этом помогает семья. Стал семейным и счастливым человеком.

Принял окончательное решение бросить игру и сказал себе при этом: «Я бросил игру навсегда». Принял окончательное и бесповоротное решение отказаться от участия в азартных играх. Окончательно расстался с рулеткой (картами, игровыми автоматами). Представляю своё будущее только без игры в карты (рулетку). Моя будущая – без игры. Я буду спасен и свободен. Я спокоен».

Для пациента остаётся сложным претворение вопросов, как избежать желания играть. Он намерен научиться эффективно контролировать своё поведение в целом и в ситуации усиления влечения к игре. Поэтому на следующем этапе пациентам подбираются техники самовоздействия и саморегуляции, помогающие контролировать выраженность влечения к азартным играм и полностью преодолевать его. Овладение приёмами саморегуляции позволяет пациентам чувствовать себя более уверенно и ощущать способность противостоять влечению. При этом используются традиционные техники саморегуляции, не нуждающиеся в дополнительном пояснении.

На следующем этапе психотерапии осуществляется снижение чувствительности к значимым раздражителям, ведущим к рецидиву заболевания – к провоцирующему действию игровых атрибутов. Для этого используется разновидность поведенческой терапии – метод систематической десенситизации Wolpert. Пациенту показывается фотография или видеозапись игровой ситуации и одновременно проводится релаксация для снятия эмоционально насыщенной реакции на стимулы, даются седативные фармакологические средства. Постепенно повышается выраженность стимула путем увеличения его длительности и игровой насыщенности. Это повторяется вплоть до максимального угасания эмоциональной реакции на стимул.

Как известно, больные алкоголизмом в период ремиссии бывают в состоянии отказаться от употребления алкоголя, находясь в питьевой ситуации. Поэтому и зависимый от азартной игры, в конце концов, в период ремиссии в сопровождении специалиста-аддиктолога может посетить на короткое время игровой зал, имея при себе деньги, но, не вступая при этом в игру. Визит в игровой зал проводится на фоне действия седативных средств и релаксирующего внушения специалиста-аддиктолога. Так как пациент держал достаточно большую сумму в руках и ушёл, не играя, в результате погашается действие на него игровых атрибутов с ослаблением их эмоционального заряда.

Терапевтическое сообщество (ТС)

В последние годы всё большее количество исследователей сходится во мнении, что основной «движущей силой» эффективной реабилитации зависимых лиц являются идея и механизмы терапевтического сообщества (ТС), имея в виду особый уровень социальной поддержки и терапевтических отношений между резидентами реабилитационных программ, а также – членами реабилитационной бригады (Hobson R.F., 1979; Crocket R., 1979; Haddon B., 1979). Общие признаки современных ТС: 1) неформальная обстановка (модель гармоничной, здоровой семьи); 2) смешанные роли резидентов и персонала; 3) личная ответственность каждого по собственным обязательствам; 4) возможность об-

ретения самоконтроля через использование принятых групповых форматов и правил (Crozier A., 1979; Wilson S., 1979; Kennard D., 1983). При этом имеют значение: 1) убеждения в значимости выражения эмоций; 2) возможность открыто переживать свои эмоции и помогать другим в подобных переживаниях с заботой и надеждой; 3) контролируемость эмоционального влечения персонала; 4) терпимое и неосуждающее, вместе с тем, требовательное отношение к резидентам; 5) убедительные примеры старших резидентов; 6) однозначность и ясность принимаемых правил жизни в ТС, их понятность и эффективность в отношении достижения поставленных целей (Archer C., 1979; Manning N., 1979; Mortice J.K.W., 1979).

Многими исследователями отмечается полезность и необходимость использования принципов организации и механизмов ТС в программах амбулаторной и стационарной реабилитации зависимых лиц. При этом отмечается необходимость вовлечения в деятельность ТС конструктивно настроенных членов семьи и близких резидентов реабилитационных программ (Осеев С.В., 2006; Воборил Ж., 2009; Коийман М., 2009). В реабилитационных программах от резидента требуются значительные усилия по усвоению новых форм поведения. Следует иметь в виду, что при амбулаторной реабилитации компонент активной самоорганизации существенно выше, чем при длительных стационарных курсах реабилитации. В тоже время традиционные механизмы ТС также достаточно интенсивно представлены в программах амбулаторной реабилитации. Речь идёт, в первую очередь, о контроле поведения резидента со стороны персонала, резидентской группы, его родных и близких (вечернее, ночное время); о чувстве принадлежности к резидентской группе; групповом единстве; генерации сильных катартических эмоций; об интенсивном межличностном взаимодействии и обратной связи; интенсивном социальном обучении (Foster A., 1979; Jones M., 1979; Badaines J., Ginzburg M., 1979; Farquharson G., 1991; Chien J., Zackon F., 1994; De Leon G., 1997). В случае успешной реализации вышеприведенных принципов и механизмов ТС, как правило, отмечаются удовлетворительные среднесрочные и долгосрочные результаты (Bishop J., 1979).

Конечная эффективность комплексных программ медико-социальной реабилитации лиц с патологическим пристрастием к азартным играм оценивается показателями ремиссии в течение определённого периода времени (от 1 года до 5 лет и далее – с момента завершения реабилитационной программы). Данный показатель высчитывается в процентном отношении резидентов МСР, находящихся в ремиссии к общему количеству резидентов соответствующей программы. Удовлетворительным можно считать достижение 40-50-процентного показателя ремиссии в течение 1 года.

Из промежуточных индикаторов эффективности наиболее надежны показатели – достигнутый уровень развития свойств психологической устойчивости и мотивации на полный отказ от игровой практики.

Заключение

Опыт РНПЦ МСПН по апробации соответствующих подходов и комплексной программы MCP лиц с патологическим пристрастием к азартным играм свидетельствует о её эффективности как в системе промежуточных, так и в системе конечных индикаторов.

Основным условием успешной реализации данной программы является полноценное вовлечение семьи в цикл лечебно-реабилитационных мероприятий.

Последнее условие особенно важно при амбулаторном режиме проведения комплексной MCP, который для категории лиц с игровой зависимостью является основным.

Для детей и подростков с диагнозом патологического пристрастия к азартным играм все мероприятия комплексной MCP являются встроенным фрагментом программы «Семья и школа вместе - FAST» и также реализуются в амбулаторном режиме.

Список литературы:

1. Воборил Ж. Разработка эффективных программ терапевтических сообществ // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. – М., 2009. – С. 153-154.
2. Даренский И.Д., Акопян В.С. Психотерапия при болезненном пристрастии к азартным играм // Ж. «Наркология». - №5. - 2005. - С. 58-61.
3. Кекелидзе З.И., Шемчук Н.В. Особенности формирования патологического влечения к азартным играм // Российский психотерапевтический журнал. - №3. - 2008. - С. 24-28.
4. Козлов В.В., Кариев А.А. Психология игровой зависимости // Ж. Психотерапия. – М.: 2011. – С. 332.
5. Коойман М. Терапевтические сообщества: успешный экономический подход к лечению зависимости // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. – М., 2009. – С. 165-167.
6. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств /ВОЗ; Россия, СПб, 1994. – 303 с.
7. Осеев С.В. Перспективы развития новой формы оказания психотерапевтической помощи населению - региональных психотерапевтических центров // Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины. – СПб., 2006. – С. 50-51.
8. Скокаукас Н., Саткевичуте Р., Бурба Б. Некоторые аспекты патологического влечения к азартным играм // Психиатрия. Научно-практический журнал. - №3. - 2004. - С. 59-65.
9. Чуркин А.А., Касимова Л.Н. Распространенность расстройств влечений в городской популяции // Сборник научных трудов под ред. Ю.А. Александровского. - М.:ГНЦ ССП им. В.П. Сербского , 2001. - С. 95-105.
10. Archer C. The therapeutic community in a local authority day care programme // Therapeutic communities. – L., 1979. – P. 31-37.
11. Badaines J., Ginzburg M. Therapeutic communities and the new therapies // Therapeutic communities. – L., 1979. – P. 68-75.
12. Bishop J. The environment of the therapeutic community // Therapeutic communities. – L., 1979. - P. 59-67.
13. Chien J., Zackon F. Addiction rehabilitation: Principles of effective programming for developing nations. - Geneva: International Labour Office, 1994. - VI. – 57 p.
14. Crocket R. The therapeutic community and social network theory // Therapeutic communities. – L., 1979. - P. 128-140.
15. Crozier A. Attempts at democracy // Therapeutic communities. – L., 1979. - P. 263-271.
16. De Leon G. Community as a method: Therapeutic Communities for special population and special settings. – Westport, Connecticut: Praeger Publishers, 1997. – 140 p.
17. Farquharson G. Adolescents, Therapeutic Communities and Maxwell Jones // International Journal of Therapeutic Communities. - 1991. Vol. 12. – P. 2-3.
18. Foster A. The management of boundary crossing // Therapeutic communities. – L., 1979. - P. 272-284.
19. Haddon B. Political implications of therapeutic communities // Therapeutic communities. – L., 1979. – P. 38-46.
20. Haller R., Hinterhuber H. Treatment of pathological gambling with carbamasepine//Pharmacopsychiatry.- 1994.-N27.-P.129.
21. Hobson R.F. The Messianic community // Therapeutic communities. – L., 1979. – P. 231-244.
22. Jones M. The therapeutic community, social learning and social change // Therapeutic communities. – L., 1979. – P. 1-10.
23. Kennard D. An introduction to therapeutic communities. – L., 1983. – XII. – 196 p.
24. Manning N. The politics of survival: The role of research in the therapeutic community // Therapeutic communities. – L., 1979. - P. 287-296.
25. Morrice J.K.W. Basic concepts: A critical review // Therapeutic communities. – 1979. - P. 49-58.
26. Wilson S. Ways of seeing the therapeutic community // Therapeutic communities. – L., 1979. - P. 93-102.

ЭКСПРЕСС-ПСИХОТЕРАПИЯ ЛИЦ С НАЧАЛЬНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ВОВЛЕЧЕНИЯ В ИГРОМАНИЮ НА ЭТАПЕ ПЕРВИЧНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ АДДИКТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

А.Л. Катков

главный региональный эксперт по оценке распространения социальных
эпидемий РГКП «Республиканский научно-практический Центр медико-
социальных проблем наркомании», д.м.н., проф., г. Павлодар (РК)

Введение

В последние годы отмечается существенный рост выявления лиц с патологическим пристрастием к азартным играм, в том числе среди подростков и детей.

Число патологических игроков во взрослой популяции варьирует от 0,4% до 3,4%, а в некоторых регионах может достигать и 7%. По данным исследований, проведённых с 1999 по 2002 годы в Канаде, Новой Зеландии, Швеции, Великобритании, Швейцарии и Австралии, распространённость игромании составляла от 1 до 1,5%, в Гонконге – 1,9%.

Число патологических игроков среди подростков и юношей часто превышает среднее число патологических игроков среди взрослых, не менее чем в два раза, и достигает показателя в 2,8% - 8%.

Проведённое в 2001 г. исследование в городской популяции населения Российской Федерации показало, что игроманией в России страдает от 1,27% до 3,12% населения. В тоже время группа повышенного риска по данному профилю составила 10,53% населения.

Наличие достаточно большой частоты отдельных симптомов патологического влечения к азартным играм в изучаемой группе позволило авторам сделать вывод, что в ближайшие годы при отсутствии профилактики данной патологии число заболевших может возрастать, и выйти на одно из ведущих мест наряду с алкоголизмом и наркоманией (Чуркин А.А., Касимова Л.Н., 2001; Скокукас Н., Саткявичуте Р., Бурба Б., 2004; Кекелидзе З.И., Шемчук Н.В., 2008).

В связи во всем изложенным разработка эффективных методов медико-социальной реабилитации (МСР) лиц с игровой зависимостью весьма актуальна.

В ходе выполнения научно-технической программы РНПЦ МСПН «Эффективная профилактика распространения социальных эпидемий в РК» нами разработана технология экспресс-психотерапии лиц с начальными признаками вовлечения в игроманию на этапе первично-профилактической помощи, методология проведения которой излагается ниже.

Методология

Под экспресс-психотерапией понимается практика использования достаточно специфических методик и средств профессиональной психотерапии с целью достижения значительных, устойчивых и продолжающихся конструктивных изменений у клиен-

тов в ограниченные временные периоды (1-3 терапевтические сессии).

Задачей экспресс-психотерапии (ЭП) на этапе первично-профилактической аддиктологической помощи является формирование (в сверхинтенсивном режиме) всех возможных психологических предпосылок, способствующих стойкому отказу от пока ещё неочевидно-вредного увлечения азартными играми, имеющего место у клиента.

Это последнее обстоятельство – временное отсутствие очевидно вредных последствий в виде сформированного патологического влияния и отчётливых признаков социального дрейфа и др. – работает в обе стороны: существенно осложняет процесс терапии и консультирования в силу неосознанности, «непережитости» контраргументов того, почему всё же не стоит продолжать игровую практику (данное обстоятельство – отсутствие какой-либо мотивация на прекращение игровой практики у клиента – для многих терапевтов и консультантов является аргументами для отказа от проведения соответствующих интервенций); но в тоже время может и способствовать долговременному успеху в терапии в силу пока ещё несформированного биологического «рычага» патологического влечения, возвращающего зависимого субъекта к привычному способу патологической адаптации. В связи с чем психотерапия, проводимая на этапах первично-профилактической аддиктологической помощи, прежде всего, акцентированы на мотивационную сферу, и только во вторую очередь – на когнитивную и поведенческую сферу клиентов как на основные мишени воздействия.

Другое препятствие в достижении удовлетворительных и долговременных результатов связано с тем обстоятельством, что существенная часть охватываемого контингента представлена подростками (а в последние годы и детьми), то есть лицами с незрелой психикой, что требует подключения достаточно интенсивной, иногда долговременной семейной психотерапии.

Методика проведения ЭП включает следующие этапы:

- этап установления доверительного контакта, проводимый с акцентом на мета-технологии экспресс-психотерапевтического воздействия. Основная задача данного этапа – это перевод клиента в первичное ресурсное состояние и достижение множественной гиперпластики;

- диссоциация личностных статусов с актуализацией и позитивным подкреплением «сильного Я», ориентированного на достижение долгосрочных результатов и на сущностное решение возникающих проблем;
- актуализация конструктивного жизненного сценария (с его детализацией, достраиванием при необходимости, позитивным подкреплением) с одновременной идентификацией препятствий и проблем, возникающих на пути его реализации;
- обсуждение вариантов решения данных проблем, последовательное проигрывание этих вариантов с использованием техник полимодальной экспресс-психотерапии, позитивным подкреплением креативной активности клиента. В ходе прохождения данного этапа прорабатываются четыре важнейшие задачи: адекватное решение актуальных проблем, укрепление позитивного сценария, перевода клиента в устойчивое ресурсное состояние, формирование новых копинг-стратегий по преодолению проблемных ситуаций;
- обсуждение альтернативных игровой практике вариантов получения удовольствия, удовлетворения от жизни; «проживание» этих вариантов в игровых техниках полимодальной экспресс-психотерапии;
- провокация – драматическое проживание конфликта между позитивным жизненным сценарием и сценарием увлечения азартными играми; с организацией аффектированного путешествия клиента по «лестнице потерь»; с игровой техникой «Два магазина», ярко демонстрирующей все ловушки и способы циничного самообмана, используемого при сформированной игромании. В ходе прохождения данного этапа решается важнейшая задача выбора конструктивного жизненного сценария с удалением практики азартных игр из всех осознаваемых и неосознаваемых горизонтов жизни клиента;
- завершающий этап, в ходе которого обсуждаются правила принятия решений в сложных жизненных ситуациях (такие решения должно принимать только «сильное Я» клиента), разучаиваются способы быстрой мобилизации и актуализации «сильного Я». Подводятся итоги всей работы. Основной задачей данного этапа является дальнейшее укрепление и трансляция позитивного сценария в будущее клиента.

Список литературы:

1. Кекелидзе З.И., Шемчук Н.В. Особенности формирования патологического влечения к азартным играм // Российский психотерапевтический журнал. - № 3. - 2008. - С. 24-28.
2. Скокаукас Н., Саткевичуте Р., Бурба Б. Некоторые аспекты патологического влечения к азартным играм //Психиатрия. Научно-практический журнал.- № 3.- 2004.- С.59-65.
3. Чуркин А.А., Касимова Л.Н. Распространенность расстройств влечений в городской популяции //Сборник научных трудов под ред. Ю.А. Александровского.- М.:ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2001. - С. 95-105.

Главной особенностью данной методики являются акценты на формирование первичного ресурсного состояния у клиента на начальных этапах работы, что, собственно, и обеспечивает высокий уровень мотивации на продолжение терапевтического процесса. А также - акцент на формирование отрицательной мотивации к дальнейшему вовлечению в практику азартных игр, которые, в нашем случае, не вообще «вредны, плохи» и т.д., но выступают в качестве реального препятствия к осуществлению самых важных жизненных планов и целей. Только в контексте данного абсолютно реального и драматически проживаемого конфликта и возможно формирование «судьбоносного» решения об исключении азартных игр из всех жизненных горизонтов клиента.

Реализация вышеприведенной методики возможна как в консультативном (с акцентом на когнитивный технологический компонент), так и в психотерапевтическом (с акцентом на эмоциональный и поведенческие компоненты) вариантах.

Промежуточным индикатором эффективности данной методики является достижение более высоких уровней устойчивости к вовлечению в зависимость от азартных игр, определяемых повторным тестированием.

Конечным индикатором эффективности в этом случае будут данные долговременного наблюдения и факты устойчивого отказа от практики азартных игр.

Заключение

По материалам наших экспериментальных исследований в отношении оценки эффективности ЭП на этапе первичной аддиктологической помощи можно сделать следующие предварительные выводы:

- ЭП лиц с начальными признаками вовлечения в игроманию является эффективным средством первичной профилактики данного вида расстройств;
- ЭП наиболее эффективна в сочетании с другими компонентами рекомендуемого стандарта первичной профилактики – соответствующими диагностическими, тренинговыми, консультативными технологиями;
- При проведении ЭП следует учитывать особенность универсальных и специфических мишеней у охватываемого контингента лиц.

БАЗИСНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ КОНЦЕПЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ – УСТОЙЧИВОСТИ ОТ ВОВЛЕЧЕНИЯ В СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ (ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАВИСИМОСТИ)

А.З. Нургазина

руководитель отдела менеджмента научных исследований РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», к.м.н., г. Павлодар (РК)

Л.А. Бикетова

эксперт по психологии отдела менеджмента научных исследований РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар

Основные положения концепции психологического здоровья – антинаркотической устойчивости были разработаны коллективом научных сотрудников Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН) (А.Л. Катков, Ю.А. Россинский, С.А. Алтынбеков, А.А. Маращева) в 2001 - 2005 годах.

Согласно главному тезису данной концепции психологическое здоровье представляет собой качественную составляющую категории психического здоровья, обеспечивающую возможность адекватной адаптации и свободного развития индивида в агрессивной среде. Таким образом, понятие «психологическое здоровье» отнюдь не сводимо к набору базисных характеристик психических процессов (сознание, память, внимание, мышление, поверхностная рациональность и пр.), обеспечивающих возможность появления субъектности как таковой. Уровень организации психического, имеющий непосредственное отношение к феномену психологического здоровья, в данной концепции обозначен как индивидуально-пластический (Катков А.Л., 2004). Названный структурный уровень включает возрастные, индивидуальные и адаптационные различия, представленные определенными характеристиками психических процессов, комбинациями личностных черт и параметров адаптации, с общей функцией формирования уникальных субъектно-объектных отношений. Характеристики данных отношений, в конечном итоге и определяют степень свободы или степень зависимости индивида от агрессивной среды.

Научным коллективом РНПЦ МСПН в рассматриваемый период времени проводились исследования генеральной совокупности психологических свойств рассматриваемого уровня с целью определения функционально значимой группы, имеющей прямое отношение к феномену психологического здоровья.

При идентификации названных психологических параметров авторы руководствовались следующими критериями:

– *дифференциации* (каждое из исследуемых психологических свойств имеет чёткое определение и учитываются признаки, по которым названное свойство можно отличить от любого другого);

– измеряемости (динамику каждого из исследуемых свойств можно отследить по соответствующим количественным и атрибутивным признакам с использованием репрезентативных диагностических систем – опросников, тестов, специальных диагностических программ и т.д.);

– наличия статистически достоверной и явно выраженной антагонистической взаимозависимости с индикативными признаками вовлечения или предрасположения к вовлечению в основные социальные эпидемии (зависимость от психоактивных веществ, сочувствие террористическим акциям;

– вовлечение или сочувствие по отношению к деятельности преступных и религиозно-экстремистских группировок; равнодушие или одобрение по отношению к экологически опасной деятельности и другие).

В частности, при поведении масштабных эпидемиологических исследований среди группы населения (Катков А.Л., 2001; Катков А.Л., Россинский Ю.А., 2003; Алтынбеков С.А., 2004) была выявлена достоверная и явная антагонистическая динамика по отношению к индикативным признакам вовлечения или высокой предрасположенности к вовлечению в обозначенные социальные эпидемии в отношении следующих психологических свойств:

- 1) полноценное завершение личностной идентификации;
- 2) наличие позитивного (идентификационного) жизненного сценария;
- 3) сформированность навыков свободного и ответственного выбора;
- 4) сформированность внутреннего локуса контроля;
- 5) наличие креативно-пластических ресурсов, необходимых для реализации жизненного сценария;
- 6) наличие адекватной информированности об агентах, агрессивных и деструктивных по отношению к основным (идентификационным) жизненным сценариям.

Краткое описание классической динамики формирования вышеназванных свойств таково.

Личностная идентификация – одна из основных интегративных личностных характеристик, наи-

более подробно описанная Э. Эриксоном. Процесс полноценного формирования данного свойства начинается с младенчества и раннего детства и обретает структурированные формы в возрастном диапазоне 12-18 лет. К 18 годам, по Э. Эриксону, процесс идентификации должен завершаться. С этого времени индивид четко формулирует ответы на вопрос, кто он и чего хочет в жизни. Эти ответы исходят из идентифицированного личностного ядра, осознающего собственную уникальность, а не повторяют навязанные извне сценарии – стереотипы (пусть и социально-позитивные). Перед человеком, полноценно завершившим этап личностной идентификации, появляется завораживающая перспектива собственного жизненного пути, по которой его будет вести энергия желаний, а не только сознание социального долга. Следовательно, в процесс достижения целей включаются более мощные мотивационные ресурсы, обеспечивающие эффективное удовлетворение потребностного цикла. Отсюда – перспективы более высокого качества жизни.

Конструктивный, идентификационный жизненный сценарий – данное свойство выделяется нами из совокупных характеристик личности в отдельное по основаниям его принципиальной верифицируемости и самостоятельного значения в качестве одной из основных мишеней в развивающих технологиях. Структурное оформление конструктивной жизненной идеи происходит в том же возрастном диапазоне, что и процесс идентификации, 12-18 лет. Однако ко времени завершения данного процесса, соответствующий жизненный сценарий может находиться в стадии формирования и окончательно сложиться к возрасту 19-20 лет. К этому времени субъект должен точно знать, что ему нужно делать для исполнения своих «главных», идентификационных желаний. Конструктивный сценарий жизни – глубинное и устойчивое образование, спаянное с ядром личности. Такой сценарий полярно отличается с намерениями или мимолетными планами, за которыми, обычно, не следуют соответствующие решения и действия (наличие адекватных решений, реализуемых в энергичных, целенаправленных действиях, является основным, отличительным признаком рассматриваемого свойства). Другой отличительный признак – резкое снижение уровня базисной тревоги и поисковой активности, порождаемых неопределенной системой координат. Таким образом, конструктивный жизненный сценарий выполняет важнейшую функцию базисной системы координат, существенно повышающей качество жизни субъекта и снижающей риски вовлечения в какую-либо из поименованных социальных эпидемий. В совокупности с идентифицируемым ядром личности, данное свойство обеспечивает устойчивое продвижение субъекта в реализации намеченных целей и постоянное позитивное подкрепление с чувством деятельностного удовлетворения.

Навыки ответственного выбора – рассматриваемое личностное свойство является, в значительной степени, определяющим в формировании устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии. Базовыми свойствами личности, с опорой на которые полноценно развиваются навыки ответственного выбора, являются: автономность и уверенность (нормативный возраст формирования составляет 2-3 года); инициатива (нормативный возраст формирования составляет 3-6 лет). Собственно полноценные навыки ответственного выбора формируются к 12-15 годам. Названное свойство отличается от поверхностных предпочтений тем, что содержит в собственной структуре умение отказаться от дивидендов конкурирующих сценариев (предпочтения или мягкие альтернативы псевдовыбора наличия таких характеристик не предусматривают), дезавуировать их внешнюю привлекательность. Индивид, обладающий сформированными навыками ответственного выбора, может утверждать, что, во-первых, способен принимать твердые, однозначные решения в неопределенной ситуации (наличие, хотя бы, одной или нескольких равно-привлекательных альтернатив), во-вторых, держаться избранного, не смотря ни на что. Ответственный выбор, реализованный в отношении конструктивного жизненного сценария, существенно повышает вероятность его адекватной и своевременной реализации. Данная своевременно предпринятая акция обеспечивает безопасность прохождения собственного жизненного пути, «отбивая» внешне привлекательные, но конфронтационные и агрессивные, по сути, альтернативные сценарные планы (например, предложения по употреблению психоактивных веществ с целью получения эйфорических, стимулирующих или релаксационных эффектов). Подлинной наградой – позитивным подкреплением акции по реализации ответственного выбора – является деятельность удовлетворение от воплощения того плана, в пользу которого было принято ответственное решение. «Я сделал свой выбор, твердо стоял на своем и, в результате, оказался прав» – вот комплекс мыслей и переживаний победителя, получающего позитивное подкрепление принятого решения.

Качество внутреннего локуса-контроля – данное свойство личности (интернальности – экстернальности) было исследовано и подробно описано Джуллианом Роттером (1947). Характеристики локуса контроля являются крайне важной составляющей самоорганизующей активности личности. Собственно, решение о необходимости такого рода активности и последующая деятельность в данном направлении, первоначально, исходит от личностной метапозиции с качеством внутреннего локуса-контроля. Данное качество структурно оформляется в возрасте 12-18 лет. Ему предшествует формирование таких свойств личности как автономность (2-3 года), инициатива (3-6 лет), ответственность (5-12 лет). Ин-

дивид, с развитым качеством внутреннего локуса контроля, на вопрос, кто несёт ответственность за то, что происходит с ним в жизни, отвечает: «Я сам несу ответственность за то, что происходит со мною в жизни». Данная, оформленная позиция оставляет шансы на существенное повышение качества жизни индивида, если его не устраивают существующие кондиции. Изменить себя или что-либо в себе (например, получить более широкий доступ к глубинным ресурсам психического), хотя бы признать необходимость данных изменений – уже существенный шаг в сторону развития. У индивида с характеристиками интернальности этот шаг абсолютно реален и является прелюдией к поиску и принятию профессиональной или какой-либо другой помощи и поддержки. Качество внутреннего локуса-контроля – своего рода гарантия ресурсного разворота личности. Индивиду, обладающему данным качеством, при необходимости, можно эффективно помочь. Для того чтобы помочь человеку с характеристиками внешнего локуса-контроля (за все, что с ним происходит, несут ответственность внешние агенты) следует изменить мир вокруг него – что невозможно – или, для начала, переформировать личностную метапозицию. Данный тезис является одной из основных стратегических установок в современных развивающих технологиях.

Наличие креативно-пластических личностных ресурсов – рассматриваемое психологическое свойство имеет тесную взаимосвязь с базисной синергетической стратегией поведения индивида, которая, собственно, и обуславливает возможность доступа к группе креативно-пластических ресурсов. По своим характеристикам названная группа существенно отличается от биологических и стереотипных психологических ресурсов – атрибутов конфронтационной стратегии поведения индивида. Соответственно, различаются и результаты часто неосознаваемых стратегических жизненных установок: высокое качество жизни с возможностью усваивать и генерировать новую адаптирующую информацию (высокая степень креативности и пластичности индивида); или, наоборот, низкое качество жизни, сложности в адаптации, высокая вероятность утраты личной свободы и вовлечения в социальные эпидемии (низкая степень креативности и пластичности индивида). Рассматриваемое свойство формируется на протяжении всей жизни индивида. Однако наиболее активная, структурированная фаза имеет место в возрасте 12-25 лет.

Как показали соответствующие исследования, другие свойства и характеристики, приписываемые феномену психологического здоровья различными авторами (Meninger, Becker, Jhoda и др.) не имеют прямого отношения к факторам высокой степени адаптации и устойчивости в агрессивной среде, и, к тому же, трудно поддаются измерению. Идентифицированные свойства – слагаемые категории психо-

логического здоровья – принципиально измеряемы, как по отдельности (экспериментально-психологические методики Кеттлла, Шмишека, Шострома, Лири и другие), так и в совокупности (компьютеризированная методика экспресс-диагностики свойств психологической устойчивости к агрессивным факторам внешней среды).

Далее, было показано, что названные личностные свойства (за понятным исключением шестой позиции, где речь идет о степени информированности) представляют собой отнюдь не случайный набор характеристик психологического профиля. Тесная взаимосвязь описываемых свойств обусловлена синергетическим типом их общей функциональной активности, для которого характерны высокие степени взаимообусловленности, взаимозависимости, взаимодополнения. Таким образом, ни одно из поименованных личностных свойств не может быть полноценно сформировано без активного вовлечения и развития всех других. Это обстоятельство также должно учитываться в соответствующих терапевтических и профилактических стратегиях.

Таким образом, идентифицированные в научных и экспериментальных исследованиях свойства являются универсальными качественными характеристиками феномена психического здоровья, адекватными для всех наиболее значимых возрастных групп.

Результаты терапевтического использования данных технологий позволяют еще раз убедиться в действенности функционального подхода.

Исследованиями в направлении поиска и разработки эффективных механизмов форсированного развития свойств психологического здоровья – устойчивости к вовлечению в основные социальные эпидемии (Катков А.Л., 2003, 2004; Катков А.Л., Россинский Ю.А., 2005) было установлено, что эффективность эволюционного (естественного) и специально-технологического способа формирования устойчивости к агрессивным влияниям внешней среды связана с успешным прохождением следующих универсальных этапов:

а) фаза полноценного развития первичного комплекса личностных свойств, обеспечивающего требуемую реакцию на адекватную информацию об агентах, агрессивных к основным жизненным сценариям, а также успешное прохождение следующих этапов цикла;

б) фаза реального конфликта основного (идентификационного) жизненного сценария с агрессивной средой и дивидендами конкурирующих сценариев (например, вариантов вовлечения в религиозные sectы, экстремистские организации, орбиту наркозависимости и т.д.);

в) фаза нейтрализации деструктивных (по отношению к основному идентификационному сценарию) вариантов взаимодействия с агрессивной средой и их дивидендов, с полной или частичной редукцией мотивации к реализации данных вариантов;

г) фаза реализации позитивного (идентификационного) жизненного сценария с конструктивным типом взаимодействия (адекватная защита, асертивные способы реагирования) с агрессивной средой.

В первом случае (эволюционные сценарии формирования свойств психологической устойчивости) на прохождение названных этапов требуются достаточно длительные временные периоды. Кроме того, следует учитывать, что полноценное формирование описываемого нами комплекса личностных свойств завершается к 16-18 годам. Форсированное прохождение данных этапов, при соответствующих условиях, возможно за относительно более короткие временные периоды, длительность которых зависит, в том числе, от степени выраженности дефи-

цита свойств, составляющих комплекс психологической устойчивости.

Данные исследования способствовали разработке массива развивающих технологий (консультативных, психотерапевтических, тренинговых, реабилитационных, ресоциализационных), где в качестве основных мишеней воздействия и измерения эффективности достигнутого результата (промежуточные индикаторы) выступает уровень развития идентифицированных свойств. Данные психологические свойства являются также базовыми в отношении вовлечения детей и подростков в игроманию, терроризм, вовлечение в различные секты, а также вовлечение в зависимости от ПАВ. В связи с этим необходимо разработать психолого-психотерапевтические техники направленные на данные дефициты.

Список использованной литературы:

1. Выготский, Л.С. Собрание сочинений в 6 томах. Т. 4 Детская психология под ред. Д.Б. Эльконина. – М.: Педагогика, 1984. – 432 с.
2. Катков, А. Л., Россинский, Ю. А. Комплексное исследование качества социального психического здоровья. – Павлодар, 2002. – 24 с.
3. Катков, А.Л. Пути повышения эффективности первичной профилактики распространения зависимости от психоактивных веществ // Вопросы наркологии Казахстана, Т. 2, № 1, 2002.– С. 34-37.
4. Катков, А.Л. Сквозная модель профилактики – ресоциализации в наркологической практике // Профилактика аддиктивных состояний в детско-подростковом возрасте: Сборник материалов Всероссийской конференции с международным участием под ред. проф. Бояхана Н. А. - Томск, 2003. – С. 154-155.
5. Райс, Ф.Ф. Психология подросткового и юношеского возраста. – СПб.: Питер, 2000. – С. 76-79.
6. Россинский, Ю.А. Рассстройства психической адаптации в подростковом возрасте, как мишень превентивной медицины в плане профилактики зависимости к психоактивным веществам // Вопросы наркологии Казахстана, том 1, № 1, 2001. – С. 77-81.
7. Эриксон, Э. Идентичность: юность и кризис. – М.: «Прогресс», 1996.

ПСИХОТЕРАПИЯ

УДК 616.89; 615.832.9; 615.851

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ КРАТКОСРОЧНОЙ (ЭКСПРЕСС) ПСИХОТЕРАПИИ В НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (литературный обзор)

Н.В. Асланбекова

заведующая отделением психотерапии и реабилитации РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар

В настоящее время признано, что болезни зависимости представляют собой сложный биopsихосоциодуховный феномен. Из данного положения следует, что терапевтироваться они должны не просто схемами, методиками, имеющими стандартизированную основу, но, прежде всего, комплексом мероприятий, отличающихся гибкостью, разноплановостью подходов.

Современные реалии всё больше требуют от наркологии широкого спектра лечебных методик, которые могли бы отвечать потребностям людей, зависимых, в частности, от психоактивных веществ (ПАВ).

В настоящее время сфера наркологии Республики Казахстан вращается в круге 3 крупных проблем.

Во-первых, существующая в настоящее время теоретическая модель 5-этапной медико-социальной реабилитации (MCP), на практике находит применение в отдельных своих компонентах и требует ещё колossalной юридической и организационной работы. Данная модель представляет собой многоступенчатую длительную работу с пациентом, обратившимся за получением наркологической помощи.

С другой же стороны - современные тенденции в медицине ведут к смещению вектора услуг с лечебного направления на реабилитационное направление, принимая за главный индикатор качество жизни пациента с сокращением сроков лечения.

В третьих, существующие в практической наркологии дискретные терапевтические методики («выход из запоя», «кодирование на трезвость», «воздействие гипнозом») ненаучны, по своему эффекту близки к плацебо-терапии. Однако же пользуются спросом зачастую в связи со своей краткосрочностью. О последнем свидетельствуют данные, приводимые Д. Сосновским в статье «Сравнение одноразовых методов лечения алкоголизма и психотерапии». Им отмечено, что одномоментные методики «кодирования» «ориентированы на единственный, хотя и на самый демонстративный симптом, не системны, эксплуатируют некоторые из болезнестворных механизмов: рентные отношения, готовность к подчинению, перекладывание ответственности на других, внешний локус контроля, ничего не изменяют в сознании пациента, не усиливают его собственные механизмы совладания, порождают иллюзию незначительности

проблемы, не включают в себя поддержку в трезвости, не способствуют трезвому решению внутренних проблем, не усиливают «противоалкогольный иммунитет», не включают в себя создания новых навыков в отношении к алкоголю, не затрагивают психологических основ зависимой личности».

Интересны данные, полученные в исследовании, проведенном Е.М. Крупицким («Краткосрочное интенсивное психотерапевтическое вмешательство в наркологии с позиций доказательной медицины»). По показателю общей суммарной длительности ремиссий группы больных, которые лечились с применением техник кодирования (в статье – «шаманизма») и без использования такового, статистически достоверно не отличались. Таким образом, оказалось, что, вопреки общепринятым представлениям, процедуры кодирования не увеличивают длительность ремиссий. В процессе лечения с применением «шаманских» процедур заболевание неуклонно прогрессирует. По данным корреляционного анализа, с увеличением порядкового номера «шаманской» процедуры (в длиннике анамнеза отдельного пациента) достоверно сокращается длительность ремиссии (в процентном выражении от длительности срока, на который ориентирована та или иная процедура «кодирования»), а также достоверно сокращается удовлетворенность пациентов результатом лечения.

Таким образом, выделенные моменты диктуют необходимость внедрения стандартизованных эффективных методик краткосрочной терапии (психотерапии), которая должна при беглом взгляде на проблему отвечать следующим требованиям:

- эффективность;
- патогенетическая направленность на мишени зависимости;
- временная завершенность;
- обоснованность;
- интегрированность в MCP;
- интенсивность.

Экспресс-психотерапия использует специфические методики и средства профессиональной психотерапии и быстро достигает значительных, устойчивых и продолжающихся конструктивных изменений.

Экспресс-психотерапия представляет собой наиболее эффективную психотерапевтическую технологию, которая может быть применена для решения специфических (индивидуально-ориентированных задач) в ходе одной-трех терапевтических сессий, а также для решения универсальных задач, формирующих психологическую устойчивость личности (Катков А.Л.). По мнению А.Л. Каткова, экспресс-психотерапия представляет собой прикладную часть мета-модели социальной психотерапии (абсолютно новой стратегии развития профессиональной психотерапии), обеспечивающей очевидные преимущества в конкуренции с парапрофессионалами и представителями других развивающих практик.

В целом краткосрочная психотерапия строится на следующих условиях:

- а) интегративность – техническая пластичность, интегративное использование широкого арсенала разнообразных приемов;
- б) стратегичность - их нацеленность на позитивный результат;
- в) экономичность временных затрат и профессиональных ресурсов;
- г) экологичность - опора на «помогающую жить» систему убеждений, не разрушающую личность, ее окружение, социум;
- д) гуманистичность - ориентация на раскрытие потенциала человека и его развитие;
- е) позитивность – акцент внимания психотерапевта и пациента не на самой проблеме, а на решении и ее позитивной динамике.

По мнению Б.Д. Карвасарского, понятие «краткосрочная психотерапия» нельзя рассматривать вне связи с конкретными концептуальными рамками - начиная от краткосрочной психодинамической психотерапии в течение нескольких месяцев и заканчивая психотерапией одной встречи в рамках поведенческой психотерапии или краткосрочной позитивной психотерапии. В любом случае подразумеваются существенные (в среднем 10-кратные) ограничения во времени по сравнению с аналогичными «классическими» формами психотерапии. В современных направлениях (например, эриксоновский гипноз, краткосрочная позитивная психотерапия) краткосрочность является важным принципом избавления пациента от развития «психотерапевтического дефекта или пристрастия», «бегства в психотерапию» и перекладывания ответственности за свою жизнь на психотерапевта. В своем руководстве «(Психотерапия)» он упоминает о модальностях психодинамической, позитивной психотерапии по Н. Пезешкиану и Х. Пезешкиану, когнитивно-поведенческой терапии. Во всех случаях автор отмечает завершенность, структурированность процесса, применение технического инструментария, подкрепленного обращением и усилением ресурсных состояний, за счет которых и возможна эффективная работа в пространстве экспресс-терапии.

Источники – это установки, опыт системной и стратегической семейной психотерапии и психоанализ. Основные принципы: 1) опора только на позитивное в жизни пациента, его ресурсы; 2) использование только позитивных подкреплений в работе с пациентом и его близкими людьми; 3) позитивистский (в философском смысле) подход.

Практически все представленные формы краткосрочной психотерапии были разработаны авторами, первоначально придерживавшимися психоаналитической ориентации. Поэтому нет ничего удивительного в том, что они содержат общие элементы. Однако концептуализация рассматриваемых проблем осуществляется в них по-разному. Кроме того, взгляды этих авторов скорее дополняют друг друга, чем вступают в противоречие. В когнитивной краткосрочной психотерапии в центре внимания, прежде всего: процесс мышления, схемы мышления и те искажения, которые они содержат. В интерперсональной краткосрочной психотерапии рассматриваются в первую очередь межличностные отношения и социальная поддержка со стороны окружения. В собственно психодинамических краткосрочных моделях психотерапии, в свою очередь, отправной точкой работы служит внутренний опыт пациента, полученный в предшествовавших и существующих в настоящее время отношениях.

В данном случае эффективность применения данных принципов может быть усиlena работой в гиперпластическом состоянии клиента с применением глубинных уровней психотерапии. («Модель двухуровневой психотерапии» А.Л. Каткова). Это особенно актуально в прикладном применении экспресс-психотерапии в наркологии.

Не менее важным для краткосрочной психотерапии является точная формулировка проблемы и определение конечных целей психотерапии с поэтапной проработкой презентируемых запросов, с чётким проектом психотерапии в каждом конкретном случае для получения измеряемого результата. Эти принципы требуют большей активности от психотерапевта, выполнения роли авторитетного ведущего-тренера - с одной стороны, и принимающего наблюдателя - с другой.

В связи с этим представляет интерес рассмотрение технологии краткосрочной групповой психотерапии лиц, больных алкоголизмом, предложенной в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева (Ерышев О.Ф. и соавт. «Краткосрочная психотерапия больных алкоголизмом с неврозоподобными расстройствами», СПб., 2007). Предлагаемая технология позволяет преодолеть противодействие пациентов вовлечению в терапевтический процесс с помощью использования приёмов, помогающих пациенту в более быстром и эффективном овладении навыками саморегуляции психического состояния. Это достигается путём сочетания когнитивно-поведенческого

подхода, мотивационных техник и гештальт-упражнений. В предлагаемой медицинской технологии психотерапевтические группы являются закрытыми, используется динамически-директивный метод ведения групп (уменьшение директивных проявлений и возрастание проявлений партнерства со стороны ведущих по мере развития групповой динамики).

Задачи, решаемые в процессе ведения данных краткосрочных групп таковы:

- 1) создание у пациента мотивации на ведение трезвого образа жизни;
- 2) выявление связи между психоэмоциональным напряжением и поведением, приводящим к выпивке;
- 3) выработка навыков психологической саморегуляции.

Проводимые занятия чётко структурированы, разделены на этапы (8), из которых лишь 4 последних предполагают работу над заявляемой проблемой в формате гибких психотерапевтических техник. При этом в процессе стадий участники в ускоренном порядке проходят фазы групповой динамики.

Данная медицинская техника обеспечивает развитие навыков психологической регуляции, расширение «сознаваемого личностного пространства», постановку индивидуальных задач, решение которых создаст условия для полного отказа от употребления алкоголя. Выполнение каждого упражнения обязательно обсуждается участниками группы. Каждое такое обсуждение является промежуточным подведением итогов, которое должно интегрировать полученный каждым участником опыт в групповую реальность. Поэтому вопросы промежуточной дискуссии должны быть ориентированы не только на приобретенный опыт, но и на динамические характеристики взаимодействия в группе.

Темы и информация для размышлений между занятиями непосредственно рождаются в ходе занятия и зависят от многих факторов, и не могут быть «заданы» заранее.

Отрабатываются когнитивно-поведенческие навыки:

- верbalное и неверbalное описание и выражение собственного эмоционального состояния, формулы отказа от алкоголя, включающие обязательное обозначение своей личностной позиции;
- навыки уверенного поведения; способы релаксации и снятия психоэмоционального напряжения.

Окончательный этап групповой работы подразумевает, что каждый пациент, основываясь на расширении «сознаваемого личностного пространства», осуществляет постановку для самого себя индивидуальных задач, решение которых создаст условия для полного отказа от употребления алкоголя.

Эффективность предлагаемой медицинской технологии проведения краткосрочной групповой пси-

хотерапии в наркологическом стационаре подтверждается положительной динамикой существенных психологических характеристик лиц, больных алкогольной зависимостью с неврозоподобными расстройствами, относящихся преимущественно к когнитивной и мотивационной сфере личности, свидетельствующей о перестройке системы отношений личности больных, значительном устранении неврозоподобных нарушений, формировании предпосылок устойчивой ремиссии. Наблюдается динамика когнитивных характеристик, свидетельствующая о формировании у больных индивидуальной иерархии социальных приоритетов, позитивных изменениях в сфере социальной перцепции личности, повышении уровня осознанности поведения, уменьшении анозигнозии и формировании личностно-значимой установки на трезвость.

Дальнейшее личностное развитие пациентов, прошедших курс групповой психотерапии, подразумевает продолжение психотерапевтической работы, как в индивидуальной, так и групповой формах. Однако, если, с учётом современных социально-экономических реалий, подобного не происходит, то пациенты все равно имеют мощный импульс, а также методологическую и техническую основу для самостоятельного личностного роста.

Таким образом, краткосрочная терапия (как один из вариантов – экспресс-психотерапия) является важной составной реабилитационных программ лиц, зависимых от ПАВ. До настоящего времени данный термин эксплуатировался парапнаучными методиками на основе суггестии. Однако, по сути, спектр методик, которые могут проводиться в завершенном непродолжительном формате, велик. Этот перечень может объединять в себе обширный спектр модальностей психотерапии от мотивационных техник до психодинамических конструктов. Краткосрочная терапия в наркологии позволяет интенсифицировать процесс, добиваясь конкретных, видимых результатов, осознаваемых, прежде всего, самим пациентом.

Список использованной литературы:

1. Блазер, А., Хайм, Э. и соавт. *Проблемно-ориентированная терапия* – М.: Класс, 2001.
2. Ерышев, О.Ф. и соавт. *Краткосрочная психотерапия больных алкоголизмом с неврозоподобными расстройствами*. – СПб, 2007.
3. Катков, А.Л. *Социальная психотерапия (концепция, метамодель, практика)* // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва - Павлодар, 2010. - Том XVI, № 3. – С.10-20.
4. Самойлина, Т.Г. *Методы экспресс-психотерапии / Учебно-методический комплекс*. – Ростов-на-Дону, 2008.
5. Сосновский, Д.Р. *Сравнение одноразовых методов лечения алкоголизма и психотерапии* // Вопросы наркологии. – 2003. - № 4.

ПСИХОТЕРАПИЯ ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПАВ НА ЭТАПАХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ И ПЕРВИЧНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

А.Л. Катков

главный региональный эксперт по оценке распространения социальных эпидемий РГКП «Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании», д.м.н., проф., г. Павлодар

Введение

Согласно данным многочисленных исследований, проводимых под эгидой признанных международных агентств Организации Объединенных Наций – ВОЗ, УНП ООН, ЮНЭЙДС, а также Европейского центра мониторинга по проблемам наркотиков и наркозависимости (ЕМСДДА) – из 4,9% населения мира, имеющего опыт немедицинского употребления наркотических средств (т.е. около 200 млн. человек), лишь около 100 млн. употребляют наркотики с вредными последствиями и признаками зависимости.

В отношении алкоголя данная пропорция еще более смещена в сторону уменьшения лиц с клиническими признаками зависимости [1, 2].

Наши собственные исследования, проводимые в рамках многоуровневого мониторинга наркологической ситуации в Республике Казахстан в 2001, 2003, 2008 гг., показывают, что контингент лиц, злоупотребляющих ПАВ (алкоголь, наркотические вещества) без очерченных клинических проявлений зависимости, составляет от 12 до 15% населения. При этом для данной формы потребления ПАВ характерны следующие признаки:

- употребление ПАВ не только с мотивами получения эйфории, но и с целью улучшения адаптации;
- отсутствие очерченных клинических признаков сформированного патологического влечения;
- отсутствие тяжелых абстинентных проявлений;
- отсутствие очевидных вредных последствий, проявляющихся на уровне соматических симптомов, отношений в микро- и макросоциальном окружении.

По нашим данным, рубеж перехода к состоянию патологической зависимости преодолевают до 50% злоупотребляющих ПАВ. Для группы потребителей наркологических веществ данный показатель существенно различается в зависимости от «тяжести» употребляемого наркотика, достигая максимума в случае употребления героина и других синтетических препаратов.

Для потребителей алкоголя процент перехода к патологической зависимости повышается в случае употребления крепких спиртных напитков и суррогатов [3-5].

В связи со всем сказанным основными задачами психотерапии, проводимой на этапах профилак-

тической и первичной наркологической помощи являются: 1) формирование мотивации на отказ от употребления ПАВ у охватываемого контингента лиц; 2) формирование у данной категории лиц соответствующих когнитивно-поведенческих установок и навыков; 3) перераспределение 50%-го баланса в пользу отказывающихся от пока еще не очевидно вредного для них употребления ПАВ.

Основные сложности при проведении такого рода психотерапии связаны, как правило, с наличием дивидендов для продолжения и отсутствием лично пережитых контраргументов для отказа от употребления ПАВ у охватываемого контингента лиц. А также – с психологической незрелостью, инфантильностью (в основном, это подростки старшего школьного возраста) последних.

1 Методика

Психотерапия злоупотребляющих ПАВ на этапах профилактической и первичной наркологической помощи проводится в продолжении 1-3-х терапевтических сессий (т.е. в формате экспресс-психотерапии) и, в случае необходимости, дополняется 3-5-дневным тренингом по развитию свойств психологической устойчивости.

Основные этапы построения психотерапевтической коммуникации, используемые на каждом дифференцированном этапе технологии, соответствующие задачи выстраиваются следующим образом:

1) диагностический этап

На данном этапе используются технологии определения уровней психологической устойчивости-рисков вовлечения в зависимость от ПАВ. Основная задача – дифференциация универсальных мишеней воздействия с тем, чтобы акценты были сделаны на форсированном развитии именно тех психологических свойств, которые характеризуются наибольшей степенью дефицитарности;

2) этап установления контакта

На данном этапе используются технологии мотивационного интервьюирования, а также необходимые мета-технологии экспресс-психотерапии (Я-техника, акцент на полную конфиденциальность и безопасность, позитивное подкрепление активности, демонстрация подлинного интереса к личности клиента, проявление эмпатии, дистанционная сердечность и др.). Основная задача данного этапа – переформирование конфронтационной мета-позиции клиента (и соответствующей

адаптационной стратегии внесознательных инстанций) в синергетическую, перевод клиента в первичное ресурсное состояние, достижение множественной гиперпластики;

3) этап проработки универсальных мишеней

На данном этапе используются структурированные техники экспресс-психотерапии: диссоциации личностных статусов клиента с позитивным подкреплением «сильного Я», ориентированного на достижение долгосрочных результатов и сущностное решение проблем; актуализации, детализации, достраивания и позитивного подкрепления конструктивного жизненного сценария клиента, выявление и проработка основных проблем по реализации данного сценария. Также используется практически весь арсенал мета-технологий экспресс-психотерапии. Основная задача данного этапа – форсированное развитие свойств психологической устойчивости и отрицательной мотивации к употреблению ПАВ;

4) этап акцентированной проработки актуального проблемного поля с вовлечением универсальных мишеней

На данном этапе проводится детальная инвентаризация наиболее актуальных проблем, выявленных на предыдущем этапе (полноценная идентификация и уточнение специальных мишеней психотерапии); выстраивается оптимальная последовательность в решении данных проблем с использованием структурированных техник полимодальной экспресс-психотерапии (так называемых техник-«окон», открывающихся как в сторону эффективной работы со специальными психотерапевтическими мишенями, так и в сторону достижения универсальных целей). Из мета-технологий экспресс-психотерапии наиболее интенсивно используются техники ресурсной трансценденции и самотрансценденции. Основные задачи данного этапа следующие: адекватное решение заявляемых клиентом проблем, с одновременным повышением его самооценки; формирование конструктивных копинг-стратегий по преодолению сложных ситуаций с развитием навыков нормативной адаптации; формирование стрессоустойчивости: укрепление свойств психологической устойчивости (позитивного жизненного сценария, навыков свободного и ответственного выбора, мета-позиции внутреннего локус-контроля);

5) этап обсуждения и проработки альтернативных приему ПАВ способов получения удовлетворения и радости от жизнедеятельности

На данном этапе клиентом активно генерируются варианты получения удовольствия и удовлетворения от жизни, не связанные с приемом ПАВ. Эти варианты «проживаются» клиентом в психодраматических техниках полимодальной экспресс-психотерапии с позитивным подкреплением терапевта. С учетом обратной связи и соответствующих невербальных сигналов отбираются наиболее предпочтительные варианты, которые вводятся в конструктивный жизненный сценарий клиента. Основная задача данного этапа – формирование и укрепление устойчивого ресурсного состояния, укрепление отрицательной мотивации к приему ПАВ;

6) этап сценарного конфликта

На данном этапе с использованием психодраматических техник экспресс-психотерапии провоцируется терапевтический конфликт между альтернативным жизненным сценарием и сценарием употребления ПАВ; в ходе драматического проживания этого конфликта используются такие структурированные техники экспресс-психотерапии, как «Витязь на распутье», «Лестница потерь», «Два магазина». Из мета-технологий экспресс-психотерапии особенно интенсивно используется позитивное подкрепление активности клиента в его продвижении к осознанному выбору позитивного сценария жизни. Основные задачи данного этапа – укрепление позитивного жизненного сценария, навыков ответственного выбора, нейтрализация мотивов к возможному возобновлению употребления ПАВ, укрепление общей отрицательной мотивации к употреблению ПАВ;

7) этап обсуждения и принятия помогающих правил

На данном этапе проводится углубленная проработка «оберегающих» клиента правил здоровой жизни, например, следующих: «в сложных жизненных ситуациях выбора решение может принимать только мое взрослое, сильное «Я»; «в сложных ситуациях Я обязательно буду использовать сверхбыстрые антистрессовые техники, и только потом принимать решения» и др.; далее, с использованием психодраматических техник экспресс-психотерапии моделируются 2-3 типичные стрессовые ситуации с реализацией помогающих правил, в ходе чего клиент убеждается в их действенности; помогающие правила включаются в жизненный сценарий клиента при позитивном подкреплении терапевта. Основная задача данного этапа – укрепление устойчивого ресурсного состояния, формирование конструктивных стратегий совладания в стрессовых ситуациях;

8) завершающий этап

На данном этапе инвентаризируются и позитивно подкрепляются конструктивные изменения клиента в отношении: а) решения наиболее актуальных проблем; б) жизненной мета-позиции; в) отрицательной мотивации к употреблению ПАВ. Акцентировано подкрепляется сценарий будущей жизни, где мотивы употребления ПАВ удалены из всех осознаваемых и неосознаваемых горизонтов. С клиентом оговаривается возможность получения консультативной помощи по любым вопросам, однако при этом подчеркивается то обстоятельство, что с каждым шагом по новому проработанному сценарию жизни его позиции будут только лишь усиливаться.

2 Варианты реализации методики

Нами предусматриваются три варианта реализации вышеупомянутой методики:

- консультативный вариант (с акцентом на когнитивный компонент, мета-технологии, при минимальном использовании структурированных психодраматических техник экспресс-психотерапии); данный вариант реализуется специалистами, не имеющими должной подготовки в области экспресс-психотерапии – консультирующими, школьными психологами, специалистами в сфере социальной работы;
- собственно психотерапевтический вариант (с акцентом на эмоциональный и поведенческий компоненты вышеупомянутой методики, психодраматические и игровые техники); данный вариант предназначен для специалистов-психотерапевтов, имеющих соответствующую подготовку по экспресс-психотерапии;
- интенсивный психотерапевтический вариант с последующим прохождением 3-х, 5-дневного тренинга по форсированному развитию свойств психологической устойчивости. Этот вариант, в большей степени, адекватен для клиентов с изначально низким уровнем развития свойств психологической устойчивости к вовлечению в зависимость от ПАВ.

С учетом всех возможных условий, наиболее благоприятным, в смысле достижения поставленных условий, является последний вариант. Однако его реализация занимает существенно больший период времени, что не всегда возможно в учебном заведении.

3 Учитываемые индикаторы эффективности

Эффективность психотерапии злоупотребляющих ПАВ на этапах профилактической и первичной наркологической помощи оценивается в системе следующих промежуточных и конечных результатов:

- **промежуточные индикаторы** – уровни устойчивости к вовлечению в зависимость от ПАВ, фиксируемые при повторном тестировании соответствующими компьютерными методиками (ста-

тистически достоверное и устойчивое повышение значений оцениваемых показателей свидетельствует о достаточно высокой эффективности проводимой экспресс-психотерапии);

- **конечные индикаторы** – результаты долговременных наблюдений по выявлению баланса распределения в параметрах устойчивости-риска-зависимости среди лиц, получивших экспресс-психотерапию, и группы лиц, оставшихся без терапевтического вмешательства (группа сравнения). Значимое отличие итоговой динамики в первой группе лиц в пользу устойчивости и, соответственно, уменьшение количества зависимых лиц будут свидетельствовать о высокой итоговой эффективности используемой методики.

Заключение

Описанная в настоящем сообщении методика полимодальной экспресс-психотерапии злоупотребляющих ПАВ, реализуемая на этапах профилактической и первичной наркологической помощи, в максимально возможной степени удовлетворяет следующим необходимым требованиям:

- реализуется в экспресс-режиме, не требующем существенных временных затрат и отвлечений от учебного процесса;
- эффективна как в отношении специальных, так и универсальных мишеней психотерапии;
- акцентирована на формирование отрицательной мотивации к употреблению ПАВ;
- акцентирована на формирование устойчивых ресурсных состояний, профилактирующих деструктивное поисковое поведение индивида;
- различные варианты методики могут быть реализованы практически всеми специалистами помогающего и развивающего профилля: психотерапевтами, консультирующими и школьными психологами, специалистами по социальной работе и социальными педагогами при наличии соответствующей минимальной подготовки.

Список использованных источников:

- 1 Дмитриева Т.Б., Клименко Т.В. Деятельность международных и общественных организаций в профилактике немедицинского употребления ПАВ и зависимость от них // На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи). – М., 2008. – С. 59-65.
- 2 Годовой отчет Европейского центра мониторинга по проблемам наркотиков и наркозависимости за 2006 г. // Ж. Наркология. – М., 2007. – №№ 7-12.
- 3 Многоуровневый мониторинг наркологической ситуации в РК, 2001.
- 4 Многоуровневый мониторинг наркологической ситуации в РК, 2003.
- 5 Многоуровневый мониторинг наркологической ситуации в РК, 2008.

ОПРОСНИК КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ЛИЦ С ХИМИЧЕСКОЙ И НЕХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЯМИ

А.Л. Катков

главный региональный эксперт по оценке распространения социальных эпидемий РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», д.м.н., профессор

Т.В. Пак

заместитель директора по научно-исследовательской работе РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», Ph.D.

Ж.Ш. Аманова

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

Г.Т. Пшенбаева

врач-нарколог Майской центральной районной больницы, с. Коктюбе (Павлодарская обл.)

Определение эффективности психотерапевтического воздействия и измерение личностного роста пациента/клиента является актуальной проблемой, как в академической, так и в прикладной психотерапии. Процесс оценки эффективности психотерапевтического воздействия позволяет определить состоятельность теоретических основ, является подходом к совершенствованию профессионала и определяет критерии профессиональной подготовки психотерапевта. Психотерапевтический процесс познаваем и может быть подвержен объективной оценке, поскольку развивается «по предсказуемой и упорядоченной схеме», «характеризуется единством и последовательностью» (Роджерс, 1999).

K. Grawe и сотрудники опубликовали свой фундаментальный мета-анализ, выдающийся своим качеством и количеством исследованных работ, охватывающий все опубликованные до 1984 г. испытания, посвященные тщательному анализу эффектов и эффективности психотерапии. В рамках данного глобального исследования в качестве критериев оценки эффективности психотерапевтических методов использовались следующие параметры: 1) глобальная оценка успеха; 2) индивидуально-дифференцированная проблематика или симптоматика; 3) общие формулировки проблематики или симптоматики членов групп; 4) остальные параметры самочувствия; 5) изменения в личности и способностях; 6) изменения в межличностных отношениях; 7) изменения в использовании свободного времени; 8) изменения в работе или профессии; 9) изменения в сексуальной области; 10) изменения по психофизиологическим параметрам. С помощью почти 1000 признаков оценивалось научное качество всех исследований по следующим критериям.

1. *Клиническая значимость.* Положительными считались такие признаки: тяжелые расстройства; пациенты сами обращались за помощью; опытные психотерапевты, идентифицирующиеся с методом лечения; разнообразие измеряемых параметров, включая индивидуально-дифференциированную симптоматику. Отрицательными признаками счи-

тались: пациентов приглашали на лечение; ограниченное расстройство; группа меньше 10 человек; проводилось меньше 7 сессий; результаты оценивались только психотерапевтом или автором исследования; отсутствие информации о пациентах, прерывающих психотерапию, о катамнезе.

2. *Валидность исследования.* Отрицательными признаками считались: при сравнении методов условия исследования (измеряемые параметры, длительность сессий) были более соразмерными по отношению к тому методу, который потом оказывался более эффективным; сравниваемые группы отличались мотивацией, ожиданием успеха; психотерапевты отличались квалификацией, опытом работы или идентификацией с проводимой терапией; методы, которые сопоставлялись, проводились с разной интенсивностью или одновременно смешивались с другими видами лечения; лечение медикаментами не контролировалось; эффекты сопоставляемых методов оценивались по разным параметрам.

3. *Качество информации.* Отрицательным считалось: недостаточное количество информации о пациентах, психотерапевтах, методах лечения, плане и проведении исследования (перечисленные признаки).

4. *Осторожность интерпретации.* Отрицательными признаками считались: ошибки в плане или обработке данных; сопоставление методов проводилось тем же психотерапевтом; низкая валидность исследования. Неточная интерпретация результатов, когда при сравнении методов менее эффективная психотерапия проводилась в более благоприятных для нее исследовательских условиях.

5. *Разнообразие измеряемых параметров,* то есть число параметров, источников; число измерений во время лечения; измерение не только эффектов, но и процесса лечения.

6. *Качество и разнообразие статистической обработки.* Положительными признаками считались: разнообразие статистических результатов; зависимости между параметрами эффектов; зависи-

ности между параметрами эффектов и другими признаками пациентов, психотерапевтов и видов терапии. Исследование зависимостей между эффектами психотерапии и процедурными особенностями – процессами терапии.

7. *Богатство результатов.* Положительным считалось: большое число значимых результатов – значимые корреляции между процессами сопоставляемых методов и их эффектами; изменение средних величин параметров и динамика их отклонений (указание на возможности ухудшений в состоянии отдельных пациентов); информация об оптимальном действии разных методов на разные расстройства.

8. *Значимость для показаний.* Отрицательными признаками считались: недостаточная информация о пациентах, методах исследования и др. Положительные признаки: экспериментальные изменения, касающиеся сопоставляемых методов; соотносятся не только изменения параметров, но и их отклонения; информация об оптимальном действии разных методов на разные расстройства у разных пациентов.

Таким образом, K. Grawe и соавторы провели мета-анализ результатов 41 исследования по изучению сравнительной эффективности психотерапии и опубликовали интегральные выводы:

- поведенческие, поддерживающие методы психотерапии значительно эффективнее помогают пациентам преодолевать проблемы, чем раскрывающие; тренинг социальной компетентности повышает уверенность;
- методом конfrontации преодолеваются фобии и страхи;
- сексотерапия эффективна при лечении фригидности;
- аутогипноз уменьшает боли;
- семейные проблемы преодолеваются системным изменением структуры семьи;
- восстановлением активности и изменением нерациональных мыслей эффективно лечат депрессию;
- поведенческий тренинг помогает пациентам с алкоголизмом повысить самоконтроль в ситуации патологического влечения.

В настоящее время изучение эффективности психотерапии позволяет прийти к ряду выводов, имеющих значение для теории и практики, а так же для дальнейшего развития исследований (Калмыков Е.С., Кэхеле Х., 2000).

1. Многие из изученных видов психотерапии оказывают очевидное влияние на различные типы пациентов, причем это влияние не только статистически значимо, но и клинически эффективно. Психотерапия способствует снятию симптомов, ускоряя естественный процесс выздоровления и обеспечивая расширение стратегий совладания с жизненными трудностями.

2. Результаты психотерапии, как правило, оказываются достаточно пролонгированными. Хотя некоторые проблемы, например - наркотическая зависимость, имеют тенденцию возникать снова и снова, многие из новообразований, достигнутых в ходе психотерапии, сохраняются в течение длительных периодов времени. Это объясняется отчасти тем, что многие виды психотерапии направлены на создание постоянно функционирующих изменений, а неисключительно на снятие симптомов.

3. Различия в эффективности тех или иных форм психотерапии значительно менее выражены, чем можно было бы ожидать: когнитивно-бихевиоральные техники демонстрируют некоторое превосходство над традиционными методами вербальной терапии применительно к определенным типам психических расстройств, но это нельзя считать закономерностью. Длительность психотерапевтического лечения также может быть весьма непродолжительна для определенного типа проблем, тогда как ряд проблем и расстройств не поддается краткосрочной психотерапии.

4. Несмотря на то, что отдельные психотерапевтические направления сохраняют своеобразие и свойственную им специфику взаимодействия с пациентом, многие психотерапевты в настоящее время следуют эклектическому подходу. С одной стороны - этот факт отражает естественную ответную реакцию на эмпирические данные и отвергает существовавшую прежде установку на строгое соблюдение правил и требований определенной школы. С другой стороны - это позволяет максимально гибко приспособливать ту или иную технику к запросам и нуждам пациента, его личностным особенностям и объективным обстоятельствам проведения психотерапии.

5. Межличностные, социальные и эмоциональные факторы, являющиеся одинаково значимыми для всех видов психотерапии, по-видимому, выступают важными детерминантами улучшений состояния пациентов. При этом со всей очевидностью обнаруживается тот факт, что помогать людям спрашиваться с депрессией, тревогой, чувством неадекватности, внутренними конфликтами, помогать им строить более живые отношения с окружающими и открывать для себя новые направления в жизни можно лишь в контексте доверительных, теплых отношений. Дальнейшие исследования должны фокусироваться не столько на детерминантах отношений, общих для всех видов психотерапии, сколько на специфическом значении конкретных интеракций между пациентом и терапевтом.

6. Необходимо иметь в виду, что за усредненными показателями улучшения состояния пациентов в результате психотерапии скрываются весьма существенные индивидуальные различия. Одной из детерминант этих различий является личность са-

мого психотерапевта, ещё одной – личность пациента; совершенно очевидно, что не всем можно помочь и не все психотерапевты эффективно работают с любым пациентом. Из этого следует, что есть потребность в более тщательном анализе взаимосвязи между процессом и результатом психотерапии, основывающимся не только на клинических суждениях, но и на систематическом сборе эмпирических данных.

Следовательно, сегодня отчётливо выражено стремление к разработке таких методов оценки эффективности психотерапии, которые могли бы дать возможность получения количественных показателей для их последующего статистического анализа. И в таких случаях, как и при других видах терапии,

целесообразно применение различных шкал, используемых в психиатрической клинике, экспериментально-психологических тестов, соответствующих социально-психологических, психофизиологических и физиологических методик (тесты, субтесты, шкалы, опросники).

Нами разработан и представляется опросник комплексной оценки эффективности психотерапии лиц с химическими и нехимическими зависимостями, который предназначен для специалистов в области психического и психологического здоровья (врач психиатр, врач психотерапевт, медицинский психолог, практикующий психолог и др.), а также для научных сотрудников в области ментальных исследований.

При заполнении опросника необходимо выбрать один из вариантов ответов:

1. Совершенно ко мне не относится;
2. Пожалуй, не похоже на меня;
3. Затрудняюсь ответить;
4. Пожалуй, похоже на меня;
5. Точно про меня.

1. Субтест оценки уровня мотивации по стадиям изменения (McConnaughy, Prochaska, Veliser)

1.1. Стадия «Предразмышление»

Вопросы:

1. У меня нет личных проблем, которыми надо было бы заниматься.
2. Я думаю, что сейчас готов что-то изменить в себе к лучшему.
3. Я собираюсь что-то делать с проблемами, которые меня заботят.
4. Над моими проблемами стоило бы поработать.
5. У меня нет никакой проблемы, поэтому пребывание здесь не имеет для меня никакого смысла.
6. Меня беспокоит, что опять может вернуться проблема, с которой я уже частично справился, поэтому я ищу здесь помощи.
7. Наконец-то я занимаюсь своей проблемой.
8. Я уже думал о том, чтобы что-то в себе изменить.

1.2. Стадия «Размышление»

Вопросы:

1. Я думаю, что сейчас готов что-то изменить в себе к лучшему.
2. Над моими проблемами стоило бы поработать.
3. Я уже думал о том, чтобы что-то в себе изменить.
4. Я надеюсь, что мне здесь помогут лучше понимать самого себя.
5. У меня есть проблема, и я действительно думаю, что должен над этим работать.
6. Я хотел бы иметь больше идей в отношении того, как решить свою проблему.
7. Возможно, здесь мне смогут помочь.
8. Я надеюсь, что здесь кто-нибудь даст мне хороший совет.

1.3. Стадия «Действие»

Вопросы:

1. Я собираюсь что-то делать с проблемами, которые меня заботят.
2. Наконец-то я занимаюсь своей проблемой.
3. Иногда моя проблема трудна, но я работаю над ней.
4. Я действительно усердно работаю над тем, чтобы что-то в себе изменить.
5. Хотя мне и не всегда удается что-то изменить в себе, я, по крайней мере, занимаюсь своей проблемой.
6. Я уже начал работать над своей проблемой, но хотел бы помочь в этом.
7. Каждый может говорить о том, что он хочет измениться, я же действительно что-то делаю для этого.
8. Я активно работаю над моей проблемой.

1.4. Стадия «Сохранение»

Вопросы:

1. Меня беспокоит, что опять может вернуться проблема, с которой я уже частично справился, поэтому я ищу здесь помощи.
2. Я уже с успехом работал над своей проблемой, но я не знаю, хватит ли у меня сил продолжить это.
3. Те изменения, которых я уже достиг, не так легко сохранить, как я надеялся, и я здесь для того, чтобы помешать возврату того, что было (рецидиву проблемы).
4. Я думаю, что, однажды разрешив свою проблему, я должен был бы от нее освободиться, но иногда я снова вынужден бороться с ней.
5. Пожалуй, сейчас я нуждаюсь в содействии, чтобы помочь мне сохранить то, чего я уже достиг.
6. Я здесь для того, чтобы предотвратить рецидив (возврат) проблемы.
7. Меня тревожит, что проблема, которую я считал уже решенной, может вернуться снова.
8. После всего, что я сделал для того, чтобы изменить свою проблему, она все равно снова и снова преследует меня.

2. Субтест оценки отношения к наркологической болезни и здоровью

2.1. Неадекватная оценка отношения к наркологической болезни и здоровью

Вопросы:

1. У меня нет личных проблем, которыми надо заниматься.
2. У меня нет никакой проблемы, поэтому пребывание здесь не имеет для меня смысла.
3. Пребывание здесь для меня пустая тратя времени, так как проблема не имеет ко мне никакого отношения.
4. Я допускаю, что у меня есть слабости, но нет ничего такого, что я действительно должен изменить.
5. Возможно, я как-то способствовал появлению проблемы, но я не думаю, что это действительно так.
6. Вся эта психотерапия скучна. Люди должны просто забыть о своих проблемах.
7. У меня есть заботы, как и у других людей, поэтому незачем на это тратить время.
8. Лучше бы я научился избегать своих ошибок, чем потом пытаться их исправлять.
9. Когда я думаю о своей болезни, меня охватывают тоска и раздражение на других людей.
10. Мое здоровье не дает пока никаких оснований беспокоиться за мое настоящее и будущее.
11. Мне стало безразлично, что станет со мной.
12. Проблемы, которые я часто испытываю, настолько сильны, что только врачи, психологи лечебного учреждения в состоянии обеспечить мне чувство безопасности.
13. Я думаю, что пребывание здесь предоставит мне возможность узнать новых интересных людей, получить новые необычные знания.
14. По правде говоря, я бы не решился начать лечение, если бы не нажим со стороны моих родных.
15. Я очень надеюсь, что врачи ликвидируют симптомы, причиняющие мне страдания.
16. Я испытываю сильную потребность укрыться в безопасном месте от терзающих меня проблем.

2.2. Адекватная оценка отношения к наркологической болезни и здоровью

Вопросы:

1. Я не могу самостоятельно справиться с проблемой, поэтому я здесь.
2. Я стал думать, что наркотики разрушают меня, и поэтому я здесь.
3. Считаю, что опасность моей болезни врачи преувеличивают.
4. Я считаю, что условием решения моих проблем является глубокое познание себя.
5. Состояние моего здоровья настолько тяжело, что я, пожалуй, не скоро смогу нормально функционировать.
6. Не считаю, что болезнь может существенно отразиться на моем будущем.
7. Я обратился за помощью в медицинское учреждение, поскольку так рекомендовали мне мои близкие.
8. Обратиться за лечением меня вынуждает неприятная жизненная ситуация, в которой я оказался в последнее время.
9. Я рассчитываю на то, что специалисты, наконец, обнаружат истинный характер и причины моих проблем.
10. Я хотел бы получить помощь в том, чтобы мои близкие изменили отношение ко мне.
11. Я надеюсь, что специалисты могут сделать так, чтобы моя жизнь стала более легкой и начала приносить мне удовлетворение.
12. Никакой пользы от психотерапевтических занятий нет, и они мне ни к чему.
13. Мне кажется, что окружающие сторонятся меня из-за моей болезни и проблем.

-
-
- 14. В жизни я испытал слишком много обид и несправедливостей, чтобы ждать помощи, которую я заслуживаю.
 - 15. Моя проблема не мешает мне общаться с окружающими, сколько мне хочется.
 - 16. Мое окружение довело меня до болезни, и я с этим не могу смириться.

3. Субтест оценки отношения к лечению наркологической болезни

3.1. Неадекватная оценка отношения к лечению наркологической болезни

Вопросы:

- 1. Я очень хорошо знаю, какой метод лечения (длительное, противорецидивное) мне может помочь, надеюсь, что здесь я его получу.
- 2. Я думаю, что познание и анализ моих жизненных установок приведет к решению моих проблем.
- 3. Я думаю, что за время лечения здесь я научусь самостоятельно справляться с моими проблемами.
- 4. Надеюсь, что лечение вернет мне энергию и эффективность в жизнедеятельности.
- 5. Профилактическими и противорецидивными методами я надеюсь сохранить свои результаты и успехи лечения в будущем.
- 6. Я не верю в успех лечения, и считаю его напрасным.
- 7. Я думаю, что моя болезнь неизлечима и ничего хорошего меня не ждет.
- 8. Психотерапия мне неинтересна, с большей пользой я занимался бы другими делами.
- 9. Я так устал от лечения, что мне безразлично, что со мной будет.
- 10. Стараюсь не думать о болезни, лечении и жить беззаботной жизнью.
- 11. Меня не пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением.
- 12. Я был бы готов на самое трудное и длительное лечение, только бы избавиться от болезни.
- 13. Я надеюсь, что в ходе лечения научусь самостоятельно преодолевать имеющиеся проблемы и трудности.
- 14. Психотерапия оказывает на меня необычное действие – не так как на других, и поэтому я требую к себе особого внимания.
- 15. Я хочу познакомиться с современными методами лечения наркомании (алкоголизма) в известном медицинском учреждении. Психотерапевтические занятия вызывают у меня бесконечные мысли, связанные с проблемами.
- 16. Психотерапия оказывает на меня такое необычное действие, что это изумляет меня.

3.2. Адекватная оценка отношения к лечению наркологической болезни

Вопросы:

- 1. Меня раздражает, что психотерапия не даёт никакого улучшения.
- 2. Я избегаю говорить о своих проблемах с другими людьми на психотерапевтических занятиях.
- 3. Я ни в какой психотерапии не нуждаюсь.
- 4. Считаю, что среди применяющихся методов психотерапии есть настолько эффективные, что они приводят к решению проблем.
- 5. Без конца думаю обо всех возможных методах лечения, чтобы преодолеть болезнь.
- 6. Я всеми силами стараюсь не поддаваться проявлениям болезни.
- 7. Я чувствую, что моя болезнь гораздо тяжелее и готов приложить все усилия для преодоления ее проявлений.
- 8. Стараюсь перебороть болезнь и работать на психотерапевтических занятиях как прежде и даже ещё лучше.
- 9. Я не верю в успех психотерапии, и считаю её напрасной.
- 10. Меня пугает длительное лечение, и я не готов к нему.
- 11. Считаю, что мне необходимо много потрудиться, чтобы достичь каких-либо результатов.
- 12. Считаю, что программа лечения и реабилитации для меня является необходимой.
- 13. Я считаю, что условием решения моих проблем является глубокое изменение себя как личности.
- 14. Я думаю, что в ходе психотерапии научусь самостоятельно преодолевать проблемы, которые будут возникать в моей жизни.
- 15. Проблема зависимости настолько сильна, что даже врачи, психологи не в состоянии помочь больному.
- 16. Я испытываю сильную потребность в результатах лечения, чтобы в дальнейшем иметь и сохранять трезвый стиль жизни.

4. Субтест оценки эффективности психотерапевтического процесса

4.1. Оценка отношения пациента к психотерапевту

Вопросы:

1. Я считаю, что главное в психотерапевте - это внимание к пациенту.
2. Мне кажется, что психотерапевты мало что понимают в моей болезни и только делают вид, что лечат.
3. Я хотел бы лечиться у такого психотерапевта, у которого большая известность.
4. С большим уважением я отношусь к профессии психотерапевта.
5. Психотерапевты и психологи нередко вызывают у меня неприязнь.
6. Мне всё равно, кто и как занимается со мной на психотерапевтических занятиях.
7. Я не раз убеждался, что психотерапевты внимательны и добросовестно выполняют свои обязанности.
8. Считаю, что психотерапевты на меня попусту тратят время.

4.2. Оценка отношения пациента к процессу психотерапии

Вопросы:

1. Я уверен в том, что психотерапия мне помогает.
2. Я верю, что с помощью психотерапии можно решить даже самую сложную проблему.
3. От посещения психотерапевтических занятий я не получаю пользы.
4. Лучше я буду заниматься другими делами, чем психотерапией.
5. Я желаю быть наблюдателем во время психотерапии.
6. Психотерапия больше всего угнетает меня тем, что люди «лезут мне в душу».
7. Я ищу новые методы лечения психотерапией но, к сожалению, во всех них постепенно разочаровываюсь.
8. Лучше я буду заниматься другими делами, чем психотерапией.

4.3. Оценка достижения уровня ресурсного состояния в процессе психотерапии

Вопросы:

1. Я не позволяю себе во время психотерапии предаваться унынию и грусти.
2. Всё, что происходит во время психотерапии, очень влияет на мое самочувствие и настроение.
3. Я стараюсь терпеливо сидеть на психотерапевтической группе, сколько бы времени она не продолжалась.
4. Я почти всегда во время психотерапии чувствую себя бодрым и полным сил.
5. Дурное самочувствие во время психотерапии я стараюсь перебороть.
6. Как правило, во время психотерапии у меня портится настроение от неуверенности в себе и ожидания возможных неприятностей.
7. Мне стало совершенно безразлично, что происходит во время психотерапии.
8. Групповое обсуждение моих проблем сильно задевает меня.
9. На групповой психотерапии я открыто говорю о своих чувствах.
10. Плохое самочувствие во время психотерапии я стараюсь не показывать другим.
11. У меня бывают приступы раздражительности во время психотерапии.
12. Я не замечаю, как пролетает время на психотерапевтическом занятии.
13. Я теперь вижу, как много людей нуждается в психотерапевтической помощи.
14. Меня удивляет и поражает всё то, что происходит во время психотерапевтической сессии.
15. Общение на психотерапевтической группе мне теперь стало быстро надоедать и даже раздражать меня.
16. Во время психотерапии мое самочувствие очень зависит от того, как относятся ко мне другие участники группы.

4.4. Оценка эффективности используемых психотерапевтических технологий

Вопросы:

1. С тех пор, как я посещаю психотерапевтические занятия, у меня почти всегда хорошее настроение.
2. У меня улучшается самочувствие от ожидания психотерапевтической сессии.
3. Я просыпаюсь с мыслью о том, что сегодня надо будет обсудить на психотерапии.
4. Я могу свободно регулировать свое настроение.
5. Стараюсь не думать о плохом и жить сегодняшним днем.
6. Избегаю всякого участия в психотерапевтическом занятии, проблема сама решится, если о ней поменьше думать.
7. Всякие психотерапевтические упражнения, техники вызывают у меня уныние и тоску.
8. Меня пугают неопределенность и трудности, связанные с предстоящим лечением.

4.5. Оценка эффективности решения типичных проблем зависимых от ПАВ

Вопросы:

1. С тех пор как я в клинике у меня плохое самочувствие.
2. У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства, связанных с лечением.
3. По ночам меня особенно преследуют мысли о наркотике (алкоголе).
4. В одиночестве меня начинают особенно преследовать нерадостные мысли о собственной вине.
5. Когда я думаю о своём будущем, меня охватывают тоска и раздражение на других людей.
6. Мои родные не хотят понять тяжести моей болезни и не сочувствуют моим страданиям.
7. Мне теперь всё равно, кто меня окружает и кто около меня.
8. Мне хочется только, чтобы окружающие оставили меня в покое.
9. Моя болезнь меня раздражает и делает неуверенным перед выпиской из клиники.
10. Я думаю, что наркомания неизлечима, и ничего хорошего меня не ждёт.
11. У меня почти всегда что-нибудь болит.
12. Моё самочувствие очень зависит от того, как относятся ко мне окружающие.
13. Мне все равно: что быть среди людей, что оставаться в одиночестве.
14. У меня настроение портится из-за беспокойства за близких.
15. Я думаю, что мое будущее, в лучшем случае, будет печальным и унылым.
16. Я почти всегда чувствую, что у меня не хватает сил и радости в жизни.

5. Субтест оценки стрессоустойчивости и копинг - стратегии

Вопросы:

1. Стараюсь всё сделать так, чтобы иметь возможность наилучшим образом решить проблему.
2. Осуществляю поиск всех возможных решений, прежде чем что-то предпринять.
3. Ставлю для себя ряд целей, позволяющих постепенно справляться с ситуацией.
4. Пытаюсь различными способами решать проблему, пока не найду подходящий.
5. В любой ситуации я стараюсь найти светлую сторону и сосредоточиться на ней.
6. Я не знаю, что делать, и мне временами кажется, что мне не выпутаться из этих трудностей.
7. Существует достаточно много ситуаций, в которых я чувствую себя особенно уязвимым, и не знаю, как быть.
8. В жизни я ничего не достиг и часто испытываю разочарование в самом себе.
9. Стою твердо, и борюсь за то, что мне нужно в этой ситуации.
10. Я придаю своим трудностям особый смысл, преодолевая их, я совершенствуюсь сам.
11. В данное время я полностью не могу справиться с этими трудностями, но со временем смогу справиться и с ними, и с более сложными.
12. Мне часто необходимы алкоголь, сигарета или снотворное, чтобы расслабиться после напряженного дня.
13. Вокруг происходят такие перемены, что голова идет кругом. Хорошо бы, если бы всё не так стремительно менялось.
14. Я всегда стремлюсь делать работу до конца, но часто не успеваю и вынужден (-а) наверстывать упущенное.
15. Я не теряю самообладания и контроля над собой в тяжёлые минуты и стараюсь никому не показывать своего состояния.
16. Я использую сотрудничество со значимыми мне людьми для преодоления трудностей.

6. Субтест оценки уровня адаптации

Вопросы:

1. Плохое самочувствие возникает у меня после огорчений.
2. Когда я смотрю на себя в зеркало, я замечаю следы усталости и переутомления на своем лице.
3. Я люблю семью и друзей, но часто вместе с ними я чувствую скучу и пустоту.
4. На работе и дома – сплошные неприятности.
5. У меня есть проблемы с общественными правилами и законом.
6. В трудной ситуации я пользовался прошлым опытом, если мне приходилось уже попадать в такие ситуации.
7. Часто я стараюсь, чтобы другие не узнали, как плохо обстоят дела.
8. В незнакомой ситуации я начинаю что-то делать, зная, что это всё равно не будет работать, главное – делать хоть что-нибудь.
9. Обычно я пытаюсь склонить вышестоящее начальство к тому, чтобы они изменили свое мнение.

-
-
- 10. В незнакомой ситуации я говорю с другими, чтобы больше узнать о ситуации.
 - 11. В жизни я часто смиряюсь с судьбой: бывает, что мне не везёт.
 - 12. Оказавшись в трудной ситуации, я спал больше обычного.
 - 13. Я часто пытаюсь улучшить свое самочувствие едой, выпивкой, курением или лекарствами.
 - 14. Когда я попадаю в трудную ситуацию, хочу, чтобы всё это скорее как-то образовалось или кончилось.
 - 15. Я всегда глубоко возмущен несправедливостью судьбы ко мне и протестую.
 - 16. Я впадаю в состояние безнадежности в трудной для меня ситуации.

При этом основная ценность приведенной методики комплексного определения эффективности психотерапии зависимых от ПАВ заключается:

1) в возможности полноценной идентификации именно тех ключевых звеньев психотерапевтического процесса, которые способствовали или, наобо-

рот, препятствовали достижению приемлемого конечного результата;

2) возможности акцентированного усиления слабых звеньев психотерапевтического процесса, за счёт осмысленной, последовательной и целенаправленной работы в этом направлении.

Список использованной литературы:

- 1. Исурина Г.Л. *Исследование механизмов и эффективности психотерапии при нервно - психических заболеваниях.* – Л., 1982.
- 2. Исурина Г.Л. *Механизмы психологической коррекции личности в процессе групповой психотерапии в свете концепции отношений. / Групповая психотерапия.* – М., 1990.
- 3. Кайдановская Е.В. *Исследование механизмов и эффективности психотерапии при нервно – психических заболеваниях.* – Л., 1982.
- 4. Конончук Н.В., Семенова – Тян-Шанская Н.В., Константинова О.Ю. *Исследование механизмов и эффективности психотерапии при нервно – психических заболеваниях.* – Л., 1982.
- 5. Кришталь В.В. *Исследование механизмов и эффективности психотерапии при нервно – психических заболеваниях.* – Л., 1982.
- 6. Лукьянов В.Г. *Составляющие эффективности социально – психологического тренинга / Учебное общение как предмет социально - психологического исследования и коррекции.* - СПб., 1994.
- 7. Роджерс К.Р. *Становление личности. Взгляд на психотерапию / Перевод с англ. - М.: Изд-во «Эксмо-Пресс», 2001, с. 416.*
- 8. Роджерс К.Р., Кохут, Эриксон: личный взгляд на некоторые сходства и различия / Эволюция психотерапии. Том 3, «*Let it be...*», экзистенциально-гуманистическая психотерапия / Перевод с англ. - М.: Независимая фирма «Класс», 1998, с. 11 - 27.
- 9. Соложенкин В.В. *Исследование механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях.* – Л., 1982.
- 10. Таильков В.А. *Взаимоотношения врача и больного в процессе психотерапии неврозов: автореф. дис. канд. Л., 1974.*
- 11. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. *Исследование механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях.* – Л., 1982.

ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.895.8

ШИЗОФРЕНИЯ. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА.

Н.А. Жаксалыков

участковый врач- психиатр диспансерного отделения Павлодарского областного психоневрологического диспансера, г. Павлодар (РК)

Шизофрения в определении – это прогредиентное психическое заболевание, характеризующееся диссоциативностью психических функций, т.е. утратой единства психических процессов с быстро или медленно развивающимися изменениями личности особого типа в виде снижения энергетического потенциала, прогрессирующей интравертированности, эмоционального оскуднения, а также разнообразных продуктивных психопатологических расстройств.

Шизофрения как отдельное заболевание впервые была выделена немецким психиатром Э. Крепелином. Он взял группы больных, которые ранее описывались с диагнозами гебефrenии, кататонии и параноидов, и, проследив их катамнестически, установил, что в отдаленном периоде у них своеобразное слабоумие. В связи с этим он объединил эти три группы болезненных состояний и назвал их ранним слабоумием (*dementia praecox*).

Швейцарский психиатр Е. Блейлер в последующем предложил новый термин названия для этого заболевания: «шизофрения» (от греч. *schizo-* расщепление, *phren-* душа). Он считал, что для этого заболевания наиболее характерен не исход в своеобразное слабоумие, а особая диссоциация психических процессов личности, её специфическое изменение в результате болезненного процесса. Авторами были выделены первичные и вторичные признаки заболевания. К первичным Е. Блейлер относил утрату больным социальных контактов (аутизм), обеднение эмоциональности, расщепление психики (особые нарушения мышления, диссоциация между различными психическими проявлениями и т. д.). Все эти психические нарушения квалифицировались как изменение личности по шизофреническому типу. Этим изменениям придавалось решающее значение в диагностике шизофрении.

Другие психические расстройства, определённые Е. Бейлером как вторичные, дополнительные, проявляются сенестопатией, иллюзиями и галлюцинациями, бредовыми идеями, кататоническими расстройствами и т.д. Эти расстройства он не считал, обязательными для шизофрении, так как они встречаются и при других заболеваниях, хотя отдельные из них могут быть более свойственны шизофрении.

Результаты и обсуждение

Среди 25 пациентов обследованных нами, направленных на стационарное лечение, у 14,1% пациентов выявлена наследственная отягощённость шизофренией, 1,5% пациентов у родителей наблюдалась эпилептическая болезнь, умственная отсталость - в 6,5% случаев.

В 12,1% всех наблюдений, независимо от основного диагноза, в преморбидном периоде отмечалась органическая патология (в основном, черепно-мозговые травмы). У 11,5% пациентов имела место ранняя органическая недостаточность, связанная с перенесёнными в раннем детстве менингитами, черепно-мозговыми травмами. Ранняя алкоголизация в подростковом возрасте отмечена у 3,5% больных.

У больных с эндогенными психозами заболевание, в большинстве случаев, дебютировало в подростковом (13,1% случаев) и молодом возрасте (50,7% случаев). Давность заболевания на начало исследования составила от полугода до 12 лет.

В нашем исследовании лица с возбудимыми чертами (вспыльчивость, грубость, склонность к раздражительности) составили 43,2%. Личностные особенности по астеническому и шизоидному типу отмечались в 24,1% всех наблюдений. Достаточно большой удельный вес (12,6%) занимают больные с личностными особенностями по неустойчивому типу. Лица с гармоничной эмоционально-волевой сферой, соответствующие понятию нормы, составили всего 18,1% наблюдений. Доля пациентов с истерическим (1,5%) и паранойяльным (0,5%) типами реагирования оказалась незначительной.

В диагностическом плане среди обследованных нами больных были представлены практически все основные нозологические формы.

У 12,5% пациентов встречаются как нарушение ассоциативных процессов, так и патологии суждений. Развивается бесплодное мудрствование, резонерство. Особую разновидность нарушений мышления представляет его разорванность, при котором невозможно уловить последовательность и логическую связь в высказываниях. Кроме того, наиболее часто встречаются такие ассоциативные нарушения, как аутизм, ментизм.

Нарушения эмоциональной деятельности относятся к числу постоянных клинических признаков шизофрении. У 5,6% пациентов отмечали

эмоциональную напряжённость, амбивалентность (двойственные чувства), а также эмоциональное осуждение, апатия к окружающему и собственному состоянию.

Как уже отмечалось шизофрения - хроническая психическая болезнь с отчётыми симптомами психоза, нарушениями мышления, эмоциональными расстройствами и неадекватным поведением. Сознание при этом заболевании не нарушено, как и не изменены многие интеллектуальные процессы, хотя при длительном течении шизофрении нарушается процесс восприятия, внимание и память. При шизофрении теряется цельность личности, происходит её расщепление, утрата дифференциации своего «Я», часто возникает переживание, что наиболее сокровенные мысли, чувства и действия известны окружающим людям, и они могут влиять на эти процессы. По мере течения болезни возможны периоды её обострения и, наоборот, периоды ремиссии. При неправильном лечении шизофрении разрушаются связи личности с её социальным окружением, нарастают апатия и снижение энергетического потенциала.

Шизофрения у 1,2% пациентов проявлялась галлюцинациями и бредом, нередко причудливого характера. Бред возникает, как следствие необходимости обосновать больному шизофренией то, что с ним происходит в процессе развития заболевания, что происходит с его восприятием окружающей действительности, с его мышлением. Больные пытались обосновать изменение своих мыслей, их открытость для окружающих, управление его процессом мышления. Причиной изменения своего состояния они могли считать как воздействие необычных и мистических сил, преследования различными органами, воздействие на его мозг особыми невидимыми лучами.

Шизофрения проявляется такими симптомами, как эхо мыслей (звучание мыслей), вкладывание или отнятие мыслей, открытость и трансляцию мыслей, бредовое восприятие, бред воздействия.

При шизофрении могут возникать галлюцинации, мнимые восприятия без объекта, чаще это псевдогаллюцинации, слуховые галлюцинации, комментирующего характера, обсуждающего пациента в третьем лице.

Особое значение при шизофрении имеет негативная симптоматика, проявляющаяся снижением энергетического потенциала личности, негативизмом, замкнутостью, апатией. Согласно последним исследованиям, при шизофрении имеет место нейрологический дефицит и дисфункция со стороны вегетативной системы.

Выделяют различные формы шизофрении и различные типы ее течения.

Параноидная шизофрения (F.20.0) отличается стойкими бредовыми идеями, достаточно часто сочетающимися со слуховыми галлюцинациями. На-

рушения со стороны волевой или эмоциональной сферы выражены менее отчетливо, чем при других формах шизофрении.

Гебефреническая форма шизофрении (F.20.1) обычно начинается в подростковом возрасте. При данной форме шизофрении доминируют аффективные нарушения (эмоции поверхностны и неадекватны), бредовые и галлюцинаторные переживания фрагментарны, поведение носит непредсказуемый характер, манерно и вычурно, сравнительно быстро обнаруживается негативная симптоматика, волевой дефект и эмоциональное уплощение.

При кататонической форме шизофрении (F.20.2) имеют место выраженные психомоторные нарушения, которые варьируют от ступора до интенсивного возбуждения. При данной форме шизофрении достаточно часто встречается автоматическое подчинение и негативизм. Вычурные позы могут сохраняться продолжительное время. Кататония может сочетаться со сновидным помрачением сознания, яркими зрительными галлюцинациями.

Резидуальная (остаточная) шизофрения (F.20.5) по сути, является хронической стадией её течения и в основном проявляется негативной симптоматикой: психомоторной заторможенностью, снижением активности, притуплением эмоций, пассивностью и безынициативностью, нарушениями волевой сферы, бедностью речи.

Простая шизофрения (F.20.6), ещё одна из форм шизофрении, с незаметным, но прогрессирующими развитием странностей в поведении, неспособностью отвечать требованиям общества, снижением активности. Характерные остаточные симптомы шизофрении в данном случае формируются без эпизодов острого психоза.

От шизофрении следует отличать шизофрено-формный психоз (F.20.8) - группу психических расстройств с относительно благоприятным типом течения. В клинике наблюдаются лишь отдельные симптомы шизофрении, причём они скорее выглядят как дополнительные симптомы заболевания, а не его основные проявления. При данном психозе обычно преобладают бред и галлюцинации.

В плане ограничения от шизофрении представляет интерес шизотипическое расстройство (F.21), проявляющееся эксцентричным поведением, нарушением мышления и эмоций, напоминающим проявления шизофрении. Шизотипическое расстройство напоминает расстройство личности, поскольку трудно определить начало его формирования.

Для дифференциальной диагностике шизофрении важно её отличить от шизоаффективного расстройства (F.25), включающего в себя как аффективные, так шизофренические симптомы. Выделяют маниакальный, депрессивный и смешанный типы шизоаффективного расстройства.

Для диагностики шизофрении важно исследование эмоциональных проявлений обследуемого лица. Характеристика эмоциональной сферы больных в клинике обычно является результатом субъективной оценки врачом поведения больного и его взаимоотношений с окружающей средой. В связи с этим понятно значение возможности объективно регистрировать в патопсихологическом эксперименте эмоциональные расстройства у психически больных, в первую очередь у больных шизофренией. Особен- но трудно бывает оценить эмоциональность больных с ещё не сформировавшимся грубым эмоциональным дефектом, при *не* резко выраженных явлениях эмоционального уплощения («неопределённый тип аффекта», по Я.П. Фрумкину и И.Я. Завилянскому, 1970).

Дифференциальная диагностика

1. Экзогенные психозы. Они начинаются в связи с определёнными вредностями (токсические, инфекционные и т.д.). Наблюдаются особые изменения личности по органическому типу. Психопатологические проявления протекают с преобладанием галлюцинаторных и зрительных расстройств.
2. Аффективные психозы (мантиакально-депрессивный психоз). При этом психопатологические проявления наблюдаются в виде аффективных расстройств. В динамике заболевания не наблюдается усложнения синдромов.
3. Неврозы. Имеются определённые психогенные вредности, обусловливающие их возникновение. Динамика отлична от неврозоподобной шизофрении.
4. Психопатии. Психопатологическая симптоматика связана с межличностными отношениями, а психопатоподобная симптоматика определяется прогредиентным процессом.
Показаниями к госпитализации являются:
 - 1) все первые манифестации психоза с отсутствием сознания болезни;
 - 2) психотические обострения, которые требуют применения высоких доз психотропных средств.

Список использованной литературы:

1. Баницков, В.М. с соавт. *Медицинская психология*, 1967, С. 61-110.
2. Лакосина Н.Д. с соавт. Учебное пособие по медицинской психологии, 1976.
3. Баницков, В.М. с соавт. *Психиатрия*, 1969, С. 80-96.
4. Портнов, А.А., Федотов, Д.Д. *Психиатрия*, 1965.
5. Руководство по психиатрии под ред. Г.В. Морозова, 1988.
6. Общая психопатология, под ред. Б.Е. Микрутумова и Б.Г. Фролова, 1988.
7. Попов, Ю.В., Вид, В.Д.. Современная клиническая психиатрия, Общество «Речь», СПб, 2000.
8. Нервные и психические болезни, под общ. ред. Б.В. Кабарухина. Изд. «Феникс», Ростов-на-Дону, 2000.

Особой бдительности требуют депрессивные состояния, которые протекают при шизофрении чаще по смешанному типу, и при которых опасность суицидальных тенденций чрезвычайно велика. Длительное стационарное лечение в специализированных отделениях необходимо для больных с конечными состояниями из-за больших трудностей ухода и надзора за ними в домашних условиях.

Для обеспечения стойкости и эффективности социально-профессионального приспособления больного в жизни необходимы меры социальной реабилитации. Подход к реабилитации больных шизофренией должен быть индивидуальным и дифференцированным.

В зависимости от состояния больного реабилитационные мероприятия проводятся в госпитальных или во внебольничных условиях. К вариантам госпитальной реабилитации в первую очередь относится трудотерапия в больничных мастерских, культуротерапия, внутриотделенные и общебольничные социальные мероприятия. Далее возможен перевод больных в отделение с облегчённым режимом типа санатория или на дневной стационар. Целесообразно проведение реабилитационных мероприятий по методу единой комплексной программы, особенно в тех случаях, когда больному необходимо привить какие-либо новые или восстановить старые трудовые навыки. Большая роль в проведении амбулаторной реабилитации больного шизофренией принадлежит врачам районного психоневрологического диспансера. Реабилитация, которая проводится на производстве, позволяет значительно сократить число социально дезадаптированных больных шизофренией. Однако успех реабилитационных мероприятий во многом зависит от сочетания трудовой активности и регулярного проведения поддерживающей терапии.

Таким образом, в каком бы возрасте ни началась шизофрения и как бы она не протекала рано, или поздно наступает тяжелый дефект психики, нарушающий возможность больного самостоятельно жить в обществе; они нуждаются в систематической психиатрической и дефектологической помощи.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА РИЛЕПТИД ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ СИМПТОМОВ ШИЗОФРЕНИИ

Е.С. Крыжановская

заведующая женским отделением ГУ «Талдыкорганская региональный психоневрологический диспансер», г. Талдыкорган (РК)

Шизофрения формирует большую часть стационарных больных в психиатрических учреждениях и причиной инвалидности по психическому заболеванию, что обуславливает ее значимость для психиатрической службы и необходимость совершенствования методик лечения [1].

На протяжении последних лет арсенал казахстанских психиатров значительно пополнился за счет современных психотропных препаратов, среди которых значительный удельный вес занимают генерики. Применение последних сопряжено с необходимостью тщательной оценки их клинической эффективности и безопасности, а также уточнением показаний для более результативного использования. Это связано, как показывает практический опыт, с далеко нередким несовпадением ожидаемого и реального эффектов препарата, что, в свою очередь, нивелирует относительную дешевизну лечения генериками по сравнению с оригинальными препаратами. В частности, имеют место высокая встречаемость побочных эффектов, недостаточность антипсихотического действия и т.п.

В связи с вышеизложенным, нами проведено обсервационное исследование применения препарата рилептид (генерика Рисполепта), целью которого было уточнение его эффективности и безопасности при купировании острых психотических симптомов шизофрении.

Материалы и методы исследования

Исследование носило прикладной характер и являлось неинвазивным, так как препарат назначался в обычных терапевтических дозировках, согласно имеющимся показаниям.

Методами исследования являлись клинико-психопатологический, клинико-лабораторный, клинико-инструментальный; использовались шкалы PANSS, Симпсона - Ангуса для оценки экстрапирамидных эффектов (SAS), клиническая регистрация нежелательных явлений терапии, клинико-статистический метод.

Критериями включения в исследование являлись:

1. Диагноз так называемой «острой» шизофрении, установленный клинико-психопатологическим методом, а также с помощью критериев МКБ - 10.
2. Суммарный балл по шкале PANSS от 70 и выше.
3. Возраст от 18 до 60 лет.

Критерии исключения из исследования:

- a) прием нейролептической терапии менее чем за неделю до начала приема рисполепта или рилептида;
- б) индивидуальная непереносимость рилептида;
- в) беременность и период лактации у женщин;
- г) наличие хронических соматических и неврологических расстройств в стадии субкомпенсации и декомпенсации.

В исследование вошло 40 пациентов, находившихся на стационарном лечении в региональном психоневрологическом диспансере г. Талдыкоргана. Все пациенты получали монотерапию рилептидом.

Средний возраст пациентов 37 ± 5 года. В таблице 1 представлена нозологическая характеристика пациентов.

Как следует из данных таблицы 1, более половины пациентов страдало параноидной шизофренией.

По давности заболевания пациенты распределились следующим образом (таблица 2).

Как следует из данных таблицы 2, большая часть пациентов имела небольшой стаж болезни.

Дизайн исследования

Пациенты получали рилептид в рекомендуемых производителями дозировках (средняя суточная дозировка в каждой группе составляла 6 ± 2 мг). Состояние пациентов еженедельно оценивалось по шкалам PANSS, SAS, производилась клиническая и клинико-лабораторная регистрация нежелательных явлений терапии. Эффективность терапии отслеживалась по результатам динамики показателей по шка-

Таблица 1

Распределение пациентов по клиническим диагнозам

Клинический диагноз по МКБ-10	Количество пациентов	
	Абсолютное число	%
F20.0 Параноидная шизофрения	24 чел.	60
F23.1 Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении	16 чел.	40
Всего	40 чел.	100

Таблица 2

Характеристика пациентов в зависимости от продолжительности заболевания

Давность заболевания	Количество пациентов	
	Абсолютное число	%
Менее 1 года	24 чел.	60
1-5 лет	10 чел.	25
Более 5 лет	6 чел.	15
Всего	40 чел.	100

ле PANSS. Эффективной считалась терапия, при которой редукция общего балла по шкале PANSS составляла 30% (пациенты включались в число респондеров). Общая продолжительность исследования для одного пациента составляла 6 недель. В случае неэффективности монотерапии (отсутствие динамики по шкале PANSS) в течение 14 дней производилась аугментация либо смена терапии.

Результаты исследования

Сведения по эффективности. По результатам исследования пациенты распределились на 2 группы в зависимости от качества результатов терапии.

1 группа - положительный эффект терапии. Сюда вошли 29 больных (72%). У всех пациентов с положительным эффектом от терапии имела место сходная терапевтическая динамика психического состояния. Первые положительные изменения состояния, регистрируемые как клинически, так и по шкале PANSS (средний общий балл на момент начала исследования 112 ± 8), отмечались к началу 2-й недели: уменьшалась аффективная напряженность, поведение становилось более упорядоченным. В последующем выявлялась прогрессирующая редукция галлюцинаторно-бредовых расстройств, явлений психического автоматизма в виде распада бредовых систем, потери актуальности психотических переживаний. К середине 4-й - началу 5-й недели терапии динамика психопатологических нарушений позволяла говорить о формировании медикаментозной ремиссии.

На рисунке 1 представлена динамика среднего общего балла по шкале PANSS у пациентов с положительным эффектом терапии.

2 группа - отсутствие положительного эффекта терапии. В данную категорию вошли 11 пациентов (28%), у которых клиническая картина изменилась незначительно, что повлекло за собой смену терапии. Полный пересмотр терапии происходил в период с 14-го по 18 день терапии в связи с неудовлетворительной динамикой, регистрируемой по шкале PANSS. Следует отметить, что подавляющее большинство данной группы составили больные с параноидной шизофренией, делящейся 5 и более лет (9 человек). У остальных (2 пациента) клиническая картина определялась полиморфной психотической симптоматикой, значительными нарушениями мышления и выраженным негативными симптомами, несмотря на небольшой стаж заболевания (2-4 года), что позволяло говорить о близости к злокачественному варианту параноидной шизофрении.

Сведения по безопасности

Результаты мониторинга побочных эффектов при терапии обоими препаратами показали, что острые экстрапирамидные расстройства отмечались в первые 4-5 дней от начала терапии у 17 пациентов (42%), однако, несмотря на вносимый ими дискомфорт, быстро купировались назначением тригексифенидила (0,004 г/сутки). В последующем экстрапирамидные нарушения не обнаруживались.

Среди иных нежелательных явлений терапии отмечались следующие симптомы (таблица 3).

Следует отметить, что все нежелательные явления носили транзиторный характер, субъективная оценка больным своего состояния, а также результаты клинико-лабораторного и клинико-инструмен-

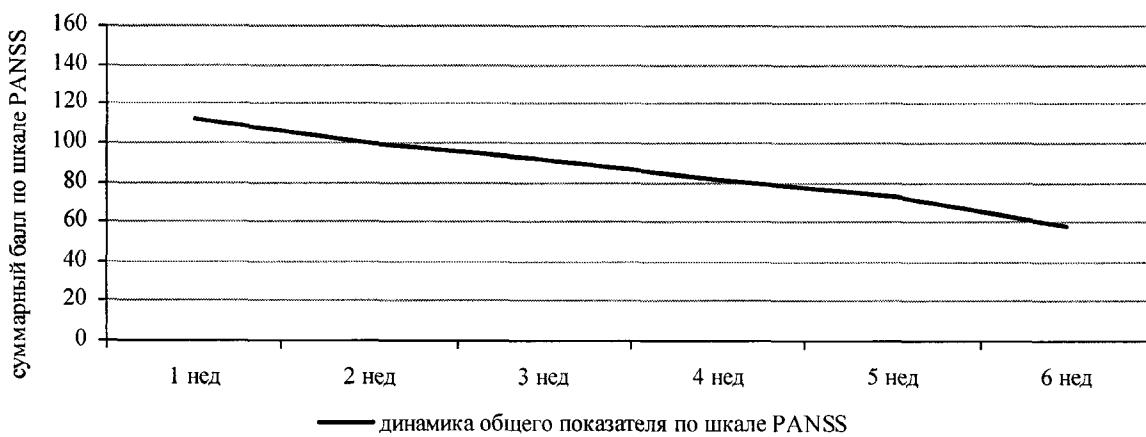


Рисунок 1. Динамика среднего общего балла по шкале PANSS на фоне терапии рилептидом

Таблица 3

Иные нежелательные явления терапии

Нежелательное явление терапии	Количество пациентов	
	Абсолютное число	%
Диспепсия	1 чел.	2
Изжога	4 чел.	10
Боли в мышцах	3 чел.	6
Тахикардия	2 чел.	4

тального обследования пациентов не выявляли данных, указывающих на наличие клинически значимых изменений в организме пациентов.

Обсуждение и выводы

Таким образом, полученные результаты обсервационного исследования клинической эффективности и безопасности рилептида позволяют говорить о его высокой эффективности при купировании острых симптомов шизофрении у пациентов с небольшим стажем заболевания - до 3 лет. Несмотря на малочисленность группы больных, в которой препарат не показал удовлетворительной эффективности, анализ полученных результатов по-

зволяет отметить тенденцию, которая выражается в том, что по мере увеличения стажа заболевания, а также при признаках злокачественности эндогенного заболевания эффективность рилептида снижается. Переносимость препарата можно охарактеризовать как удовлетворительную, принимая во внимание условия проведения исследования, а именно рамки стационара, где любые нежелательные явления терапии находятся под контролем. Тем не менее, нестойкость побочных эффектов в сочетании с данными по эффективности позволяют говорить о приемлемости применения рилептида в качестве монотерапии при лечении острых проявлений шизофрении.

Список использованной литературы:

- Гурович, И.Я., Ньюфельдт, О.Г. Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи. - М.: Медпрактик - М, 2007. - 356 с.

НАРКОЛОГИЯ

УДК 616.89-008:615.032

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ЗАВИСИМОСТИ

М.Х. Жаксалыкова

заведующая 2 наркологическим отделением принудительного лечения Павлодарского областного центра по профилактике и лечению зависимых заболеваний (ПОЦ ПЛЗЗ), г. Павлодар (РК)

Большинство исследований в области наркологии посвящено различным аспектам клинического и биологического характера (Илешева Р.Г., 1990; Кудьярова Г.М., 1995; Иванец Н.Н., Анохина И.П., 1997; Роклина М.Л., 1997). Работы по изучению особенностей формирования наркомании появились преимущественно только в 90-х годах XX века (Измаилова Н.Т., 1998; Егоров В.Ф., 1997; Кошкина Е.А., 1998).

В современной психиатрии всё большее признание получает представление о том, что наркомания является сложным биосоциальным феноменом, результатом взаимодействия различных социальных, культуральных, психопатологических факторов.

В разных странах мира применяются различные подходы в сфере профилактики и медико-социальной реабилитации (МСР) с учётом распространённости наркомании, особенностей культуры, национального состава и ряда многих других факторов (Сухарев А.В., 1997; Пезешкиан Х., 2000; Алтынбеков С.А., Катков А.Л., Россинский Ю.А., 2002).

Анализ работ, ставших классическими в области наркологии, а так же последние инновационные разработки, показывают, что основные принципы лечения наркоманий должны включать в себя добровольность, индивидуальность, комплексность и отказ от употребления наркотиков наркозависимых лиц.

В течение 2 лет (с 2010 г. по 2011 г.) во 2-м наркологическом отделении ПОЦ ПЛЗЗ находилось на лечении 440 пациентов. По Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) диагнозы всех пациенты распределились так.

1. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя. В настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление (F. 10.21) – 278 человек;

2. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов. В настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление (F. 11.21) – 162 человека.

Гендерное распределение было следующим:

- а) мужчины – 342 человека (62,7%);
- б) женщины – 98 человек (38,3%).

Лечебная тактика пациентов строилась с учётом патогенетических механизмов формирования зависимости от психоактивных веществ (ПАВ). Данные, накопленные в последние десятилетия, позволяют

прийти к мнению, что зависимость от ПАВ является также, в определённой степени, биологически детерминированной, и имеет основой нарушение согласованной деятельности различных нейромедиаторных систем головного мозга. Учитывая это обстоятельство, в терапии зависимостей применяются препараты с патогенетической точки зрения, не ограничиваясь симптоматическим лечением проявлений наркомании и алкоголизма. Ниже дан анализ методик и препаратов, применяемых в зависимости от периода заболевания (абstinенция, постабстинентные проявления, период формирования ремиссии) при лечении героиновой наркомании, как наиболее актуальной на сегодняшний день патологии.

Лечение лиц, больных наркоманиями, мы начинали с купирования острых абстинентных расстройств. Острый опийный абстинентный синдром в основном нами купировался следующими препаратами:

Клонидин (клофелин) - агонист α2-адренорецепторов ЦНС, широко известен и применяется повсеместно. Он успешно подавляет соматовегетативные расстройства при опийном абстинентном синдроме, практически не влияя на психопатологические нарушения, расстройства сна. Однако отрицательным побочным эффектом в данном случае является его воздействие на гемодинамику. Клонидин применяют в дозировке 0,6-0,9 мг/сутки, в комбинации с анальгетиками, снотворными, анксиолитиками, аналептиками и нейролептиками (как типичными, так и атипичными).

Для уменьшения побочных действий клонидина на гемодинамику (гипотония) применяют преднизолон (в дозировке 15-20 мг/сутки на период назначения клонидина).

Клинические испытания, проведённые с верапамилом показали, что его антиабстинентные и тимолептические свойства по эффективности и безопасности не уступают, а порой даже превосходят клонидин, что позволяет применять его с успехом в тех случаях, когда назначение клонидина невозможно ввиду сопутствующей патологии, в особенности сердечнососудистой.

Для купирования алгических проявлений абстинентного синдрома применялся в основном трамадол. Применение данного препарата обусловлено

несколькими факторами. Во-первых, являясь неспецифическим агонистом μ -опиатных рецепторов, трамадол является наиболее предпочтительным препаратом с точки зрения патогенеза опийной наркомании, конкурируя с героином (опием, морфином). Во-вторых, алгический компонент абстиненции имеет центральное происхождение, что также является показанием к назначению трамадола. Также, трамадол предпочтительнее других наркотических анальгетиков ввиду своей низкой наркогенности, что позволяет ограничивать срок его применения острым абстинентным периодом, отменяя в дальнейшем без ущерба для самочувствия больного. Несколько уступают трамадолу по силе анальгезирующего действия, однако так же применяются неспецифические противовоспалительные препараты ксефокам и кетаролак.

Период после купирования острых абстинентных расстройств (так называемый *постабстинентный период*) имеет определённую структуру. В его течении наблюдается закономерная смена отдельных синдромов и симптомов, прежде всего, психопатологических нарушений, таких как депрессии различной глубины и структуры, влечение к ПАВ, астенические состояния и инсомнические расстройства, нередко служащие причиной рецидивов. Этот период клинически характеризуется внезапным, без видимых причин, возобновлением расстройств, характерных для абстинентного периода, но отличающихся меньшей выраженностью соматических и вегетативных нарушений и преобладанием психопатологических расстройств. Для этого периода характерна актуализация влечения (которое не всегда осознается больным) к ПАВ на обсессивном или компульсивном уровне.

Аффективные нарушения в этом периоде представлены депрессией с тревогой, раздражительностью, тоскливостью или снижением настроения. Применение антидепрессантов патогенетически наиболее оправданно для лечения аффективного компонента патологического влечения. Эти препараты непосредственно после введения дают выраженный седативный и вегетостабилизирующий эффект. Систематическое же введение антидепрессантов приводит к плавному повышению тонуса симпатико-адреналовой системы.

Наиболее часто применяется амитриптилин (как правило, в случае преобладания дисфорического фона настроения, двигательного беспокойства, а также стойких нарушений сна, плохо поддающихся терапии обычными методами). Назначают препарат в вечернее время, когда психопатологическая и соматовегетативная симптоматика усиливается. Всю суточную дозу вводят за один раз, на ночь, медленно, на 200 мл физиологического раствора в течение 1-1,5 часа, курсом 3-5 дней. Начальная доза амитриптилина составляет 100 - 150 мг/сутки. При необходимости суточную дозу повышают до 200 мг.

Впоследствии больных переводят на пероральный приём соответствующих антидепрессантов. Такой способ введения позволяет во многих случаях обойтись без дополнительного назначения снотворно-седативных и других медикаментозных средств. После инфузии больные обычно погружаются в медикаментозный сон, просыпаются утром в хорошем настроении без остаточных явлений, наблюдавшихся при применении снотворных средств и нейролептиков. Субъективное улучшение самочувствия больных отмечается уже после 1 - 2-й процедуры.

Современные селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), такие как сертралин, флуоксетин, флуоксамин, коаксил применяют при преобладании в структуре постабстинентных расстройств тоскливо-апатического эффекта в сочетании с астенией. Преимущество данных препаратов перед амитриптилином заключается в отсутствии побочных эффектов и наличии умеренно выраженного стимулирующего эффекта.

Для купирования обострения патологического влечения к ПАВ традиционно автором в практической деятельности применяются нейролептические и противосудорожные средства. При компульсивном влечении в рамках псевдоабстинентного синдрома наиболее эффективным (с точки зрения автора) оказывается использование комбинации нейролептиков бутирофенонового и фенотиазинового ряда (галоперидол в дозе 5 - 10 мг и аминазин в дозе 50-100 мг внутривенно медленно вместе с 2 мл антагониста кордиамина, который автором применяется для коррекции побочных гемодинамических эффектов нейролептиков). При необходимости указанную комбинацию нейролептиков вводят повторно внутримышечно. Побочные явления после применения вышеуказанных препаратов (слабость, разбитость) легко снимаются однократным инфузионным введением раствора глюкозы 5% (400 мл) в сочетании с пирацетамом, витаминами группы В, С, рибоксином; возникающая в редких случаях нейролепсия корректируется назначением циклодола.

При обсессивном варианте, когда купировать влечение логически одномоментно не удается, предпочтение отдавалось атипичным нейролептикам (рисперидон в суточной дозировке 2-4 мг, эглонил – 400-500 мг/сутки). Эти препараты эффективны в отношении негативной психопатологической симптоматики (заторможенность, анергия); эглонил, кроме того, оказывает умеренное стимулирующее и антидепрессивное действие. Клинические испытания, проведённые нами в центре показали, что рисперидон более эффективен, чем галоперидол. При этом рисперидон реже вызывает побочные явления и осложнения, оказывает положительное воздействие, как на позитивную, так и на негативную психотическую симптоматику, депрессию, он эффективен при нарушениях мышления, апатии. Практическое отсутствие побочных эффектов позволяет

назначать его длительное время, в том числе амбулаторно в качестве поддерживающего лечения. Эффективен в данном случае и *финлепсин* в дозе 600–800 мг/сутки. По наблюдениям автора, данный препарат, помимо вышеописанного, обладает свойством выравнивать фон настроения при дисфороподобных состояниях, а также корректировать поведенческие нарушения.

Для нормализации метаболизма ЦНС и наблюдаемом практически при любой наркологической патологии снижении памяти применяют ноотропные препараты – ноотропил в дозировке 1,2-2,4 г/сутки, инстенон по 1 таблетке 3 раза в день. Ноотропы назначают курсом от 2 до 4 недель.

Подобная медикаментозная терапия позволяет быстрее добиться улучшения состояния больных и способствует формированию терапевтической ремиссии.

Для предупреждения рецидивов у больных опийной наркоманией в период становления ремиссии используют совместно с фармакотерапией специфический антагонист опиатных рецепторов налтрексон. Антагонистическое действие налтрексона достаточно длительное - более 24 часов после приема

50 мг препарата. Действие его основано на способности предотвращать развитие субъективно приятных переживаний (эйфории) при введении наркотика. Кроме этого, налтрексон обладает целым рядом других преимуществ:

- отсутствие агонистических свойств;
- не вызывает привыкания;
- отсутствие выраженных побочных действий и токсических проявлений даже при длительном его применении;
- лёгкий неинвазивный путь введения (препарат принимается перорально);
- большая продолжительность действия, позволяющая принимать его 1 раз в сутки и даже реже.

Не преуменьшая значения поддерживающей фармакотерапии и применения блокаторов опиатных рецепторов, исследования показывают, что их эффективность существенно возрастает при сочетании данных методик и методов с психотерапией. Только совокупность этих методов может способствовать формированию у пациента стойкой терапевтической ремиссии.

Список использованной литературы:

1. Аверцкий Г.Я., Недува А.А. *Лечение психически больных.* // М.: «Медицина», 1988. 528 с.
2. Вовин Р.Я. *Шизофренический дефект (диагностика, патогенез, лечение)* // Санкт-Петербург, Психоневрологический институт им. В.П. Бехтерева 1991. 171 с.
3. Гурович И.Я. *Побочные эффекты и осложнения при нейролептической терапии.* // Дисс. докт. мед. наук. М., 1971. 443 с.
4. Мосолов С.Н. *Основы психофармакотерапии.* // М.: «Восток», 1996. 288 с.
5. Aitchison K.J., Mechan K., Murray R.M. *First episode psychosis.* // Martin Dunitz Ltd., London, 1999. 138 p.

УДК 616.89

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МОТИВАЦИОННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ РЕГИОНАЛЬНЫХ (ГОРОДСКИХ, ОБЛАСТНЫХ) ОТДЕЛЕНИЙ ПСИХОТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ

Б.Т. Койшин

заместитель директора по медицинской части стационарной помощи
ГКПКП «Медицинский центр проблем психического здоровья», г. Астана

Одним из важнейших аспектов построения терапевтического процесса у зависимых больных является проведение последовательной, выверенной мотивационной психотерапии.

В настоящее время основной проблемой в данном направлении является недостаточное определение объема планируемых мероприятий, доли мотивационных интервенций относительно психотерапевтического вмешательства как целого. В частности существующий в настоящее время протокол диагностики и лечения алкогольной зависимости -

2 этап медико-социальной реабилитации (МСР) - уделяет внимание медикаментозному сопровождению в комбинации с интегративно-развивающей психотерапией. Однако при планировании лечения в условиях региональных отделений психотерапии и реабилитации упор делается именно на повышение и поддержание мотивации, в том числе на вовлечение пациента на продолжение реабилитации на других этапах МСР. В связи с этим для планирования и стандартизации мотивационной психотерапии в системе МСР актуальным является рассмотрения су-

ществующих методик и систем построения данного вида терапии.

Психотерапевтическое воздействие, также как использование психофармакотерапии, является патогенетической терапией, влияющей на стержневое звено зависимости – патологическое влечение к алкоголю. Однако психотерапия в наркологическом стационаре как компонент комплексного подхода чаще всего представлена лишь рациональной беседой и лекциями, тогда как мотивационная терапия используется редко.

Проведение любых форм психотерапии пациентов с зависимостью от алкоголя представляет определенную сложность в силу высокой напряженности механизмов психологической защиты и выраженности анонгнозических тенденций.

В современных социально-экономических условиях наблюдается чёткая тенденция к сокращению сроков пребывания алкогольно-зависимых пациентов в условиях стационара. При этом амбулаторная помощь этим пациентам носит эпизодический характер, напрямую зависит от мотивации пациентов и, в известной мере, несовместима с курсом групповой психотерапии, признанно считающейся эффективным методом коррекции личностных нарушений при алкоголизме.

Таким образом, в условиях наркологического стационара, где проводится первичная психологическая коррекция больных алкогольной зависимостью, остро стоит вопрос оптимизации методов проведения групповой психотерапии, а именно - формирования эффективного курса краткосрочной групповой психотерапии. Методов проведения краткосрочной групповой психотерапии в условиях наркологического стационара разработано крайне мало (Минко А.И., 1997; Mann K., Ackermann K., Sass H., 1997; Шустов Д.И., 2000).

Существуют многочисленные исследовательские работы, авторы которых обобщают и систематизируют представления о мотивах употребления алкоголя (Немчин Т.А., Цыцарев С.В., 1989; Битенский В.С., Херсонский В.Г., 1989). В.Б. Альтшуллер (1994) считает, что мотивацию потребления алкоголем алкоголизмом неправомерно объяснять так же, как и мотивацию потребления алкоголя у здоровых людей. По мнению многих исследователей (Завьялов Ю.В., 1982) у пациентов с алкогольной зависимостью есть лишь одна мотивация – патологическое влечение к алкоголю.

А.Е. Личко, В.С. Битенский (1991) указывают на необходимость разграничения понятий: *мотивации* (как стимула к деятельности, определяемой потребностями) и *мотивировки* (субъективного объяснения своих поступков). Задачей мотивационной психотерапии при лечении больных с зависимостью от алкоголя является поэтапный перевод мотивировки отказа от алкоголя (словесная установка на трезвость, высказываемая больным

под внешним давлением семьи, работы и т. д.) в истинный мотив отказа от алкоголя как полноценную потребность в трезвой жизни. Целью *мотивационной психотерапии* при лечении пациентов с зависимостью от алкоголя являются формирование, поддержание и усиление мотивации на полный отказ от приема алкоголя.

R. Tausch (1970) предложил принципы мотивационной терапии больных с зависимостью от алкоголя, основанной на недирективных методиках, разработанных C. Rogers (1956). Ellis (1984), Prochaska J.O. (1967), DiClemente C.C. (1992), Miller W.R., Rollnick S. (1991), напротив, в мотивационной работе с пациентами с зависимостью от алкоголя используют поведенческие (директивные) техники.

Мотивационная психотерапия у пациентов с алкогольной зависимостью проводилась поэтапно. *Первый этап* – инициальный – необходим для формирования у пациента мотивации к общению с врачом. *Второй этап* – ориентировочный – расширяет положительную мотивацию от мотивации поддержания отношений с врачом до мотивации приема медикаментов, мотивации отказа от алкоголя, мотивации обучению предотвращения перехода срыва в рецидив. *Третий этап* – структурирования мотивации – предусматривает выработку и фиксацию трезвого поведения через развитие таких мотивов как семья, работа, здоровье, увлечения и т.д. На каждом из этих этапов психотерапевтом использовались соответствующие техники и методики, при этом степень участия пациента и принятия им ответственности на каждом этапе была разной.

В этом отношении интересны результаты, полученные Эповым Л.Ю., исследование которого посвящено изучению влияния мотивационной терапии на различные личностные типы пациентов с алкогольной зависимостью.

При проведении мотивационной психотерапии на основе поведенческой психотерапии были обнаружены следующие особенности динамики мотивации у пациентов с разными характерологическими особенностями. Наиболее чувствительными к ней оказались пациенты с психастеническими и астеническими чертами характера. Эти пациенты поступали чаще всего в состоянии так называемого мотивационного когнитивного диссонанса и, как следствие, психоэмоционального перенапряжения. Особенностью мотивационной психотерапии у данной группы пациентов является сочетание определенной директивности, постоянной и интенсивной эмоциональной поддержки со стороны психотерапевта, а также стимулирование самостоятельной мыслительной деятельности через активное использование домашних заданий и поведенческих тренингов. Обязательным компонентом мотивационной психотерапии у таких пациентов было обучение обратной связи, так как вновь приобретенный навык необходимо было несколько раз

закрепить в реальных отношениях, то есть после выписки из стационара.

Мотивационная поведенческая психотерапия у группы пациентов с возбудимыми и истерическими чертами оставалась психотерапией второго этапа (4-5 дней), когда происходила своеобразная кристаллизация отношений. Главным общим правилом в работе с такими пациентами было чёткое структурирование бесед по времени и количеству встреч. Другой особенностью этой группы пациентов была высокая готовность к проведению предметно-опосредованной психотерапии (запретительных процедур – «торпедо», «эспераль», кодирование).

На протяжении всех трёх этапов пациенты с шизоидными и эпилептоидными чертами характера оказались резистентными к воздействию мотивационной психотерапии на основе поведенческой психотерапии.

У пациентов с синтонными и неустойчивыми чертами характера преобладали мотивировки отказа от алкоголя над истинной мотивацией. Такие пациенты поступали всегда под давлением внешних обстоятельств (семья, работа). В этом случае мотивационная терапия строилась по принципу пошагового делегирования ответственности пациенту. Можно говорить, что пациенты этой группы оказались самыми резистентными по отношению к мотивационной терапии.

Кроме того в данном исследовании проведено сравнение эффективности классической рациональной и клиент-центрированной психотерапии. В целом долгосрочный эффект личностно-ориентированной психотерапии оказался выше долгосрочного эффекта поведенческой психотерапии по показателю «частота рецидивов» и достоверно не отличается по показателю «продолжительность поддерживающей терапии после выписки из стационара».

Ялтонский В.М. Сирота Н.А., приходят к выводу, что мотивация в проблеме зависимости на каждом этапе решает собственные задачи. Мотивация, проводимая в региональных стационарах, прежде всего, направлена на включение в ту или иную программу, ещё не означает мотивацию на эффективное развитие, осознание и преодоление личных проблем. Учитывая, что процесс мотивации бесконечен, очень важно придерживаться четких границ в решении вышеназванных конкретных задач.

Другим не менее важным вопросом, при планировании мотивационной работы с зависимыми пациентами, является коррекция собственно мотивационной сферы.

До сих пор подавляющее большинство психотерапевтических программ в наркологии, так или иначе, остаются направленными на стимуляцию репрессирующих мотивов, выступающих при развитии нозогенных реакций, на усиление сдерживающего влияния кататических (чувство вины, стыда) и/или ипохондрических образований (страх за своё

здоровье), формирующихся в абstinентных, постабстинентных состояниях и в ремиссиях наркомании.

Реабилитационный процесс должен включать психотерапевтическое воздействие как на вторичные, сознательные, так и на первичные, бессознательные мотивации больных. Если только усиливается мотивации к отказу от психоактивных веществ (ПАВ), тогда собственно патогенетический элемент психотерапевтического воздействия, либо вовсе выхолащивается, либо выступает как второстепенный. Этот элемент в реабилитации больных должен выражаться именно в работе с мотивами, определяющими формирование и последующее рецидивирование патологического влечения.

Необходимо помнить, что от неверbalного поведения врача уже в приёмном покое и в первые часы в отделении в значительной степени зависит формирование не только «репрессивной» мотивации на лечение, связанной со страхом болезни, но и «глубинной», связанной с позитивными ощущениями больного от послабления патологического влечения.

В связи с этим на практике в ряде клиник применяются мотивационные техники в формате психодинамического метода.

Психодинамический метод работы с мотивами, ассоциированными с болезнью зависимости, ориентирован на вскрытие бессознательных личностных структур и расширение диапазона доступных для осознания и анализа описанных выше интрапсихических конфликтов аддиктов. В процессе терапии внимание больного смещается от «периферийных» мотивов, фигурирующих в сознательных аргументациях зависимости, и фокусируется на глубинных переживаниях и побуждениях. Терапевтическая тактика согласуется с особенностями психического развития индивида. Терапевт руководствуется в своих лечебных действиях, прежде всего, оценкой глубины (уровня) личностных дисфункций, затем – заключением о типе расстройства личности у больного и, далее, оценкой клинического своеобразия синдромов и симптомов. Последние, согласно психоаналитической концепции, подвергаются обратному развитию по мере вскрытия, проработки и разрешения (хотя бы частичного) лежащих в основе их психогенеза глубинных психических конфликтов; в этом, собственно, и заключается лечебный эффект психоаналитически ориентированного подхода. Если же внимание терапевта ориентировано на мотивы, непосредственно связанные с симптомами, то это не способствует, а, напротив, препятствует достижению лечебного результата.

Однако в рамках краткосрочной психотерапии, в отличие от классической долгосрочной, анализа симптомов болезни практически не удается избежать. В такой ситуации от терапевта требуется искусство переключения работы с симптомами на работу с конфликтами, объектными отношениями,

защитами и другими базисными процессами, лежащими в основе психопатологической картины. Деликатно игнорируются проблемы, находящиеся вне вектора главного мотива, определяющего патологическое влечение к психоактивному веществу, особенно, конкретные вопросы аддиктивного поведения, симптоматики болезни. Необходимы ранние и достаточно активные интерпретации в зоне главных интрапсихических конфликтов, констатация и проработка аффектаций, возникающих при проработке объектных отношений. При этом необходимо учитывать, что в процессе психотерапии нередко происходит трансформация анозогнозии в особого рода «защитную гипернозогнозию»: ригидно «застревая» на обсуждениях социальных, поведенческих и медицинских аспектов зависимости, пациент уходит от анализа мотивов, связанных с объектными отношениями, травмами и конфликтами. При этом обязательно проведение работы со значимы-

ми лицами, однако в данном случае учитывая краткосрочность психотерапевтических интервенций, в поле зрения терапевта попадает одно лицо.

Таким образом, при использовании психодинамической модели работа с пациентом расширяется за счёт «контрмотивации», вовлекая в терапевтический процесс еще одну мишень – «патологическое влечение».

Резюмируя выше изложенное, стоит отметить внушительный пласт теоретических данных относительно применения мотивационной терапии в лечении зависимости. Однако в то же самое время отсутствует чёткий стандартизованный подход, который бы регулировал последовательность, этапность данного вида лечения - с одной стороны, отдельно учитывал особенности реабилитационных подходов, проводимых на уровне оказания квалифицированной наркологической помощи - с другой.

Список использованной литературы:

1. Альтиулер В.Б. *Патологическое влечение к алкоголю*. - М.: Имидж, 1994.
2. Альтиулер В.Б. *Хронический алкоголизм и патологическое влечение к алкоголю: Автoreф. дис. докт. мед. наук*. - М., 1985.
3. Валентик Ю.В. *К клинической характеристике патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом с преморбидными чертами характера неустойчивого круга* // Клиника и патогенез алкогольных заболеваний. - М., 1984.
4. Валентик Ю.В. *К современной концепции алкоголизма и зависимости от алкоголя* // Новости науки и техники. - 1998. - № 2.
5. Валентик Ю.В. *Клиническая характеристика и терапия патологического влечения к алкоголю у больных хроническим алкоголизмом (клинико-катамнестическое исследование)*: Автoreф. дис. канд. мед. наук. - М., 1984.
6. Валентик Ю.В. *Принципы и мишени психотерапии больных алкоголизмом*. // Вопросы наркологии. - 1995. - № 2.
7. Иванец Н.Н., Валентик Ю.В. *Алкоголизм*. - М.: Наука, 1988.
8. Короленко Ц.П., Завьялов В.Ю. *Личность и алкоголь*. - Новосибирск, 1988.

ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

УДК 618

ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

О.С. Жокебаев

врач акушер-гинеколог КГКП «Павлодарский областной перинатальный центр», г. Павлодар (РК)

Психические и поведенческие расстройства послеродового периода

К психическим расстройствам послеродового периода относятся: материнская меланхолия, послеродовой психоз и послеродовая депрессия, это наиболее частые диагнозы, которые выносятся после родов и весьма часто встречаются в работе врача общей практики.

Материнская (или младенческая) меланхолия – это термин, описывающий относительно лёгкий синдром сниженного настроения, который испытывают 30-80% всех женщин после родов. Симптомы включают лабильность настроения, тревожность, грусть, бессонницу и усталость. В некоторых случаях это сопровождается также чувством вины, пессимистическим видением будущего, негативным отношением к мужу, родственникам и персоналу медицинского учреждения. Начало материнской меланхолии наблюдается обычно на 3-10 день после родов, симптомы в типичных случаях исчезают в течение 2 недель, если через этот срок состояние не нормализовалось, то диагноз должен быть пересмотрен.

Многие специалисты рассматривают материнскую меланхолию, возникающую после родов, как нормальное состояние в связи с высокой распространённостью и спонтанной ремиссией. Однако у некоторых женщин риск развития психического расстройства может быть выше обычного. Основные предрасполагающие факторы: первая беременность, депрессивное состояние и/или предменструальное дисфорическое расстройство в анамнезе, родственники первой степени родства, имеющие депрессивное расстройство.

Что же вызывает материнскую меланхолию? Точная причина сегодня неизвестна. Поскольку это расстройство встречается во всех культурах и национальностях и, скорее всего, не зависит от психосоциальных факторов, вероятна биологическая причина.

После отхождения плаценты повышенный уровень эстрогенов и прогестерона, поддерживаемый на протяжении всей беременности, падает, и уровень этих гормонов в плазме достигает средних величин к 3-му дню после родов, совпадая по времени с началом развития симптомов материнской ме-

ланхолии. Это поддерживает гипотезу о том, что быстрое снижение уровня репродуктивных гормонов после родов дестабилизирует нейротрансмиттерные механизмы регуляции настроения.

Следовательно, этиологическими факторами послеродовых психических нарушений считают резкие гормональные сдвиги после беременности, соматические осложнения в родах, а также тяжёлый психосоциальный стресс, который может сопутствовать деторождению. Важно знать, насколько брак благоприятен, каково отношение супругов к наступившей беременности, ожидания, связанные с появившимся на свет ребенком и т.д. Чем хуже отношения в браке и менее желательна беременность, тем выше риск послеродовых психических расстройств.

Диагностическими критериями послеродовых психических расстройств по Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) является возникновение в течение 6 месяцев после родов и невозможность отнести их в другие разделы и рубрики классификации болезней.

Какого-либо специального лечения эти состояния не требуют, необходимы лишь правильный уход, психологическая поддержка со стороны персонала и родных, а также адекватное объяснение родственникам того, что происходит с женщиной. К сожалению, в нашей отечественной практике данный диагноз до настоящего времени практически не используется.

Послеродовая депрессия – это состояние, которое находится между двумя крайними состояниями: материнской меланхолией и послеродовым психозом, и развивается у 10% - 20% женщин после родов. В отличие от меланхолии и психоза послеродовая депрессия имеет тенденцию развиваться скрытно в течение 3 недель после родов или даже позже. Симптомы сниженного настроения более монотонны, и общая продолжительность расстройства более длительна. Симптомы включают самоуничтожительные высказывания, нарушения концентрации, нерешительность, глубокую грусть. Мысли концентрируются вокруг собственной несостоятельности и бесполезности, неспособности справиться с ребёнком, необоснованного опасения о его здоровье, различных соматических жалоб. Суициdalная настроенность встречается часто.

Соматические признаки послеродовой депрессии напоминают явления гипотиреоидизма средней или тяжёлой степени. Часто наблюдаются чувствительность к холodu, усталость, сухость кожи, замедленное мышление, запоры и задержка жидкости.

Продолжительность послеродовых депрессий - от 2 недель до 6 месяцев, однако при отсутствии терапии они могут затягиваться.

Послеродовые депрессии, наряду с постоянным наблюдением и психологической поддержкой, требуют назначения антидепрессантов в обычных дозах. Необходимо также консультирование членов семьи пациентки. В определённых случаях может потребоваться госпитализация в психиатрический стационар.

Женщины с депрессивным расстройством в анамнезе имеют в 10% - 40% риск развития послеродовой депрессии. Женщины с послеродовой депрессией в анамнезе имеют 50-процентный риск возникновения послеродовой депрессии при последующих беременностях. Исследователями были определены значимые психосоциальные факторы: неблагоприятное семейное положение, стрессовые ситуации в течение беременности, амбивалентное отношение к материнству, низкий социально экономический статус, изоляция от семьи и близких, положение «матери-одиночки». А также высокие показатели по шкале невротизма связаны с повышенным риском послеродовой депрессии.

Возникает вопрос: «Является ли послеродовая депрессия заболеванием, имеющим первично биологическую природу?» Послеродовая депрессия известна не во всех культурах. Так, она встречается редко в незападных культурах, где мать новорожденного освобождена от любой ответственности, кроме ухода за собой и кормлением ребенка. Ритуалы, практикуемые в странах третьего мира, включают поддержку матери новорожденного, чётко ограничивают и определяют её социальную роль. Согласно современным тенденциям западного общества, социальное структурирование ситуации вокруг рождения ребенка менее конкретно и чётко, наблюдается дефицит гендерного распределения, например, распределения обязанностей отца и матери, а также недостаток социальной поддержки.

Послеродовый психоз в среднем развивается в 1-2 случаях на 1000 родов. В большинстве случаев симптомы манифестируют в течение 2 недель после родов. Однако есть второй пик развития заболевания - на 1-3 месяце после родов.

В проромальном периоде наблюдается усиливающаяся бессонница, не связанная с уходом за новорожденным и не ведущая к физическому дискомфорту матери. Психомоторное возбуждение может предшествовать психозу. Женщина испытывает спутанность, расстройства памяти, раздражительность и тревогу. Навязчивые мысли, обычно о нанесении вреда ребёнку, являются не столь уж ред-

кими. Наблюдаются параноидный или религиозный бред, слуховые галлюцинации, бред воздействия, ощущение открытости мыслей окружающим. Болезненное отношение к новорожденному, например, отсутствие реакции на крик ребёнка или полное безразличие к нему, может предшествовать развитию психоза.

Уникальным диагностическим признаком, характерным для послеродового психоза, является «крутная» изменчивость симптомов. Короткий период приподнятого настроения с речевым возбуждением, энергичностью, эйфорическим настроением может быстро смениться глубоким депрессивным состоянием или агрессией. Часто наблюдаются светлые промежутки, которые могут дать ложное впечатление о выздоровлении. Спустя недели после внезапного исчезновения ярких психотических эпизодов, они могут возникнуть вновь. Послеродовый психоз может закончиться внезапно, но чаще разрешение психоза проходит через стадию глубокой депрессии. Послеродовый психоз напоминает манию и существует предположение, что он является вариантом биполярного аффективного расстройства.

Уровень детской заболеваемости коррелирует с тяжестью психических нарушений матери. Роденицы с лёгкой или средней степенью тяжести психических расстройств испытывают трудности с кормлением ребёнка, слабо проявляют чувство привязанности к нему. Наиболее тяжело страдают младенцы матерей с тяжёлыми расстройствами, когда не исключено проявление физического насилия. В таких случаях в 4% имеет место убийство ребёнка, в США около 80 - 120 детей ежегодно погибают по этой причине. Около 50% детей были убиты своими матерями после исчезновения острой симптоматики послеродового психоза. Следовательно, необходимо длительное постоянное наблюдение (мониторинг) за психическим состоянием женщин в течение значительного периода времени после разрешения симптоматики психического расстройства. Необходимо помнить о том, что возможно возобновление психоза после длительного светлого промежутка.

Наследственная отягощённость и наличие эпизодов аффективных расстройств в анамнезе являются высокими факторами риска по формированию послеродового психоза. Женщина с депрессивным расстройством в анамнезе до беременности в 20% - 25% имеет риск развития послеродового психоза, риск значительно выше, если в анамнезе было биполярное аффективное расстройство. Если у женщины были в анамнезе биполярное расстройство и послеродовой психоз при первой беременности, то у нее существует 50-процентный риск развития послеродового психоза при последующих беременностях. Эта же женщина имеет 38% риска развития непсихотической послеродовой депрессии. Определены другие факторы риска: одинокие или перво-

родящие женщины, кесарево сечение, перинатальная смерть ребенка. Наиболее высокая заболеваемость послеродовым психозом характерна для 25-29 лет и 30-34 лет, эти возрасты совпадают с наиболее уязвимыми периодами для развития предменструального синдрома.

Послеродовой психоз рассматривается как заболевание, имеющее органическую природу; психологические и социальные факторы несут вторичное значение. После рождения плаценты, являющейся значительным источником поступления гормонов в организм, как и в случаях материнской меланхолии, наступает внезапное и резкое снижение уровня эстрогенов, что приводит к нарушению нейроэндокринной регуляции и серьёзным психическим нарушениям у уязвимых женщин. Существует гипотеза, что резкое падение уровня эстрогенов ведёт к повышению чувствительности постсинаптических рецепторов головного мозга - это может быть пусковым механизмом развития психоза. Склонность психоза к рецидиву в момент восстановления менструального цикла подтверждает данную гипотезу.

Различают послеродовые пуэрперальные психозы, они возникают гораздо реже 1 - 2 случаев на 1000 родов, проявляются развернутыми синдромами аффективных нарушений, таких как депрессии, мании, а также симптоматикой, свойственной при шизофрении: «голоса», психический автоматизм, бредовые идеи отношений и т.д. Длительность состояния может быть до 3 - 4 месяцев, после чего наступает выздоровление. Вероятность развития психоза примерно в 2 раза выше у первородящих и женщин, имеющих семейную отягощённость, как в отношении послеродовых психозов, так и других психотических нарушений: шизофрении, биполярного расстройства и др. Во всех случаях необходимы госпитализация в психиатрический стационар и лечение в зависимости от синдромов, включая нейролептики, антидепрессанты, электросудорожную терапию. В период острого психоза ребёнок должен быть на некоторое время изолирован от матери ввиду опасности причинения ему вреда. В последующем, по мере улучшения состояния необходимо давать матери возможность ухаживать за ребёнком под наблюдением подготовленного персонала. В некоторых странах госпитализация матери осуществляется совместно с ребёнком, тогда они находятся в разных палатах одного отделения.

После выхода из состояния острого психоза необходима диагностика психологической ситуации в семье, отношений женщины к ребёнку, материнству, мужу и другим родственникам. В подобных клинических случаях необходимы психотерапия, семейная терапия, семейное консультирование с тем, чтобы разрешить имеющиеся конфликты, дать женщите возможность осознать и принять свою новую семейную и социальную роль, ценности материнства и т.д.

Послеродовые расстройства трудно поддаются лечению, в связи с чем, необходимо максимум усилий направить на предупреждение их развития путём устранения или минимизации факторов риска. Пациенты с высоким риском должны быть определены на ранних стадиях беременности, и в отношении таких женщин следует предпринять усилия по уменьшению риска, сопутствующего беременности, включая помочь членов семьи, и мобилизуя дополнительные источники поддержки. Дородовое консультирование женщины должно научить её распознавать возможные явления материнской меланхолии и другие опасные симптомы, требующие вмешательства профессионалов. Женщины, у которых в анамнезе имеются депрессивные или психотические расстройства, должны наблюдаться особенно внимательно с акцентом на большие возможности вторичной профилактики в условиях раннего выявления послеродовых расстройств.

Объективно необходимо отметить, что ранняя диагностика послеродовых расстройств довольно редка, скорее всего, это результат недостатков и существующих проблем в современной акушерско-гинекологической помощи. Женщина после родов выписывается из родильного отделения, а симптомы послеродовых психотических расстройств проявляются, когда квалифицированное медицинское наблюдение среднего медперсонала и врачей уже не проводится, а формирует окно полного отсутствия какого-либо наблюдения за матерью.

Другой барьер, препятствующий ранней диагностике, это стигматизация психического заболевания в обществе. Пациенты и их родственники могут скрывать проблемы из-за чувства стыда, вины или смущения, более того, депрессия после родов противоречит культуральным понятиям «родительского счастья».

Симптомы, предшествующие началу серьёзных послеродовых психических заболеваний, часто маскируются под меланхолию, и женщины по этой причине могут быть оставлены без внимательного клинического психиатрического осмотра и наблюдения. При первом постнатальном посещении медицинского учреждения роженицей основной целью врача становится оценка её соматического состояния, а её эмоциональное состояние остается без внимания, что препятствует ранней диагностике послеродовых психических расстройств.

Психотерапия имеет решающее значение для предупреждения у женщин психологического напряжения и страха. Большинство пациентов ранее не испытывали психических нарушений и могут с трудом воспринимать необходимость психиатрического и психотерапевтического лечения. Полезно в беседе с пациенткой сделать акцент на биологических аспектах послеродового заболевания, которое следует рассматривать как осложнение беременности, т.е. заболевание с психическими сим-

птомами, связанными с физиологическими изменениями после родов. Возможности для устранения чувства вины и горя по поводу болезни становятся очевидными и реальными. Групповая психотерапия у женщин после родов считается частично эффективной. Важно акцентировать и дать понять пациентам, что послеродовые нарушения имеют положительную динамику и хороший прогноз. Нередко скрытой «жертвой» послеродового заболевания женщины становится её муж, который также нуждается в соответствующей психологической поддержке и обучении. Исследования показывают, что поддержка со стороны отца ребёнка оказывает значительный позитивный эффект на состояние женщины, также другие члены семьи должны быть привлечены к оказанию поддержки и помочи женщине.

Психические и поведенческие расстройства во время беременности

Отчётливые психические расстройства в период беременности возникают примерно у 10% женщин и проявляются эпизодами лёгкой тревожной либо тревожно-депрессивной симптоматики - чаще в первом и последнем периодах беременности. Фабула переживаний, как правило, концентрируется на состоянии беременности, перспективах будущего, семейных и социально-экономических последствиях. В ранние сроки переживания касаются предшествующих прерываний беременности в анамнезе, негативного воздействия данного факта на текущую беременность, опасений о правильном развитии плода; в поздние сроки пациентки больше переживают о жизненных лишениях, семейной и экономической ситуации после рождения ребёнка и т.д. Помощь заключается в психологическом консультировании и супружеской психотерапии. При этом необходимо выяснить характер отношений в семье, наличие социальной поддержки, отношение супругов к предстоящим родам.

Важно помнить, что приём психотропных средств на весь период беременности должен быть, как правило, прекращён. В случаях любых психических расстройств во время беременности женщины необходимо наблюдение психиатра в послеродовом периоде.

Тревожные расстройства часто встречаются у женщин детородного возраста. Современные литературные источники свидетельствуют о том, что у некоторых женщин в период беременности может наблюдаться смягчение симптомов панических расстройств, в целом же прослеживается тенденция к ухудшению, особенно в поздние сроки беременности и в послеродовом периоде. У женщин с тревожной симптоматикой тяжёлой или средней степени тяжести наблюдается сравнительно больше осложнений во время беременности и родов. Повышен риск в отношении преждевременных родов,

отслойки плаценты, недоношенности ребёнка и гипоксии плода в родах. Эти осложнения можно связать с повышением уровня катехоламинов, который, в свою очередь, приводит к повышению артериального давления и вазоконстрикций фетоплацентарных сосудов.

Цель терапии женщин с тревожными расстройствами – это минимизация риска угрозы здоровью матери и плода, а не полное устранение имеющихся симптомов. Перед назначением медикаментозного лечения целесообразно предпринять попытку ограничить лечебные мероприятия психотерапевтическими техниками, например прогрессивной релаксацией или биологической обратной связью (БОС). Данные психотерапевтические подходы в сочетании с общей поддерживающей терапией могут позволить исключить лечение психотропными препаратами, либо значительно снизить их общие дозы.

В условиях необходимости медикаментозного лечения, препаратами выбора становятся флуоксетин, сертралин, пароксетин. Допустимо применение трициклических антидепрессантов, например, нортриптилина, при этом следует, по мере возможности, избегать назначенияベンзодиазепинов, в случаях необходимости их назначения, применять только в минимальных дозах и на короткий период. Рекомендуется снижение доз трициклических антидепрессантов иベンзодиазепинов перед определённой датой родов с целью предупреждения развития абстинентных явлений у новорожденных.

Депрессивные состояния среди беременных женщин достигают 20% по данным некоторых недавно проведённых исследований. Симптомы в целом по степени интенсивности и выраженности значительно мягче, чем наблюдаемые расстройства настроения в послеродовом периоде. Факторы риска развития депрессивного состояния во время беременности – это депрессивные состояния в анамнезе женщины, депрессивные состояния в семейном анамнезе и нежелательная беременность, а также неудовлетворительная социальная поддержка беременной женщины и негативные жизненные события.

Несмотря на то, что относительно большое количество женщин испытывают депрессивное состояние во время беременности, не все они нуждаются в проведении фармакотерапии. У многих женщин развивается незначительная депрессивная симптоматика, которую возможно отнести, скорее всего, к расстройствам адаптации, и в таких случаях хорошие результаты достигаются через улучшение социальной поддержки и внутри семейного общения, то есть по средствам минимизации психосоциальных причин дистресса.

Фармакотерапию рекомендуется использовать в более тяжёлых случаях, когда наблюдаются нейрологические компоненты депрессии, включая нарушения аппетита и сна. При этом решение о проведении терапии психотропными средствами долж-

но соответствовать серьёзным показаниям и быть обоснованным в отношении риска проведения фармакотерапии.

Препаратами выбора для медикаментозной терапии беременных являются трициклические антидепрессанты (ТЦА) или ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). Психотерапевтические методы, включая когнитивно - поведенческую и межличностную терапию, доказали свою эффективность, и их применение в ряде случаев позволяет отказаться от психотропных средств. В тяжёлых случаях, когда у женщины наблюдаются суицидальные намерения и/или обнаружены признаки ухудшения соматического состояния вследствие отказа от пищи, необходима неотложная психиатрическая помощь. Электросудорожная терапия служит альтернативой фармакотерапии у таких пациентов, когда требуется достичь быстрого и надежного улучшения психического состояния.

Заключение

Таким образом, психические и поведенческие расстройства, связанные с беременностью, родами

и послеродовым периодом, встречаются не только в работе врача акушера-гинеколога и психиатра, а гораздо чаще в деятельности врача общей практики. Диагностика данных состояний может представлять трудности из-за нечёткости симптоматики, близости этих расстройств с обычными физиологическими проявлениями жизнедеятельности женщины. Кроме того, дополнительным барьером в диагностике является наличие психологического сопротивления у врача вторгаться, а у пациента раскрывать стороны и детали интимной жизни, особенно в сексуальной сфере.

Большинство расстройств, связанных с беременностью, родами и послеродовым периодом, имеет психогенную (психологическую, функциональную, неорганическую) природу, следовательно, при своевременной диагностике данные состояния вполне курабельны. Более того, для значительной части женщин такая помощь может быть оказана и успешна уже на этапе первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), согласно приоритетным направлениям реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты •аза•стан» на 2011-2015 годы.

Список использованной литературы:

1. Altshuler LL, Cohen L, Szuba MP, et al: *Pharmacologic management of psychiatric illness during pregnancy: Dilemmas and guidelines*. Am J Psychiatry 1996; 153(5):592-606.
2. Appleby L, Warner R, Whitton A, Faragher B: *A controlled study of fluoxetine and cognitive behavioral counseling in the treatment of postnatal depression*. BMJ 1997; 314(7085):932-936.
3. Chambers CD, Johnson KA, Dick LM, et al: *Birth outcomes in pregnant women taking fluoxetine*. N Engl J Med 1996; 335:1010-1015.
4. Chelmow D, Halfin VP: *Pregnancy complicated by obsessive-compulsive disorder*. J Maternal-Fetal Med 1997; 6(1):31-34.
5. Cohen LS, Rosenbaum JF: *Birth outcomes in pregnant women taking fluoxetine (letter)*. N Engl J Med 1997; 336(12):872.
6. Duffull SB, Begg EJ, Ilett KF: *Fluoxetine distribution in human milk (letter)*. J Clin Pharmacol 1996; 36(11):1078-1079.
7. Flaherty B, Krenzelok EP: *Neonatal lithium toxicity as a result of maternal toxicity*. Jfet Hum Toxicol 1997; 39(2):92-93.
8. Goldstein DJ: *Effects of third-trimester fluoxetine exposure on the newborn*. J Clin Psychopharmacol 1995; 15:417-420.
9. Goldstein DJ, Corbin LA, Sundell KL: *Effects of first-trimester fluoxetine exposure on the newborn*. Obstet Gynecol 1997; 89(5 Pt 1):713—718.

ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА

УДК 618

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА

О.С. Жокебаев

врач акушер-гинеколог КГКП «Павлодарский областной перинатальный центр», г. Павлодар (РК)

Распространенность предменструального синдрома среди женщин

По эпидемиологическим исследованиям около 75% женщин с регулярным менструальным циклом имеют незначительные или отдельные предменструальные симптомы, у 20-50% женщин наблюдается предменструальный синдром (PMS), согласно критериям DSM-IV, диагноз: PMS возможно поставить 3-5% всех менструирующих женщин.

Синонимы данного расстройства: синдром предменструального напряжения, предменструальное дисфорическое расстройство. Это широко распространенное явление, которое возникает спонтанно вскоре после овуляции, то есть примерно за 10-12 дней до начала очередных месячных, достигает максимума за 5 дней до этого и проходит к 1-2 дню менструального периода. Оно выражается неглубокой депрессией, тревогой, аффективной лабильностью, раздражительностью, слезливостью по незначительным поводам, сонливостью или инсомнией, повышением аппетита, утомляемостью, снижением интереса к обычной деятельности, а также рядом соматических симптомов - головной болью, ощущением напряжения молочных желез, мышечными болями и др. Общая продолжительность расстройств настроения составляет около 11-12 дней.

Таким образом, распространенность PMS высокая. Возникает вопрос: «Возможно, ли данное состояние относить к патологии, оно существенно затрудняет повседневную жизнь женщины, и часть таких пациенток нуждается в медицинской помощи?» Предположительно причинами расстройства могут быть временные нарушения гормонального баланса - уровня эстрогенов, пролактина и тестостерона, при этом возникают нарушения обмена серотонина, сходные с теми, что отмечаются при большой депрессии.

Предменструальный синдром включает в себя комплекс неспецифических психологических, поведенческих и соматических симптомов. Время наступления этих симптомов, между овуляцией и началом месячных, отличает PMS от других психических расстройств, возникающих у женщин репродуктивного возраста. К симптомам PMS относятся депрессия, раздражительность и повышенная чувствительность. Также распространены отёчность,

связанная с задержкой жидкости, повышенный аппетит, увеличение массы тела, чувствительность или нагрубание молочных желез, головная боль в связи с чем, такие пациентки чаще обращаются к специалистам общей медицинской практики – терапевтам, невропатологам, кардиологам, а также к психотерапевтам и психологам. Данные симптомы достаточно выражены, что вызывает расстройства и конфликты в межличностных отношениях повседневной жизни.

У 70% женщин с биполярным расстройством наблюдается предменструальное дисфорическое нарушение, а 30-60% женщин с предменструальной дисфорией имеют в анамнезе большое депрессивное расстройство. В связи с этим до сих пор существует значительное затруднение в установлении того, является ли PMS независимым расстройством или же это предменструальное обострение имеющих место аффективных расстройств.

Наличие в анамнезе клинической депрессии обусловливает повышенный риск развития PMS. Наличие в анамнезе послеродовой депрессии и/или расстройств настроения, связанных с приемом оральных контрацептивов, также повышает риск развития этих нарушений, а также наличие в семейном анамнезе PMS также является самостоятельным фактором риска.

К вопросу об этиологии и патогенезе предменструального синдрома

Несмотря на интенсивные исследования в этой области, этиология PMS окончательно не установлена. Различные этиологические теории до сих пор исследуются на предмет их состоятельности. Поскольку симптомы PMS по своей природе гетерогенны, большинство исследователей сходятся во мнении, что этиология данного расстройства, скорее всего, многофакторная.

Существует высокая распространенность PMS при отягощённом семейном анамнезе, что говорит о значительной роли генетических факторов. Женщины, у которых матери и/или сестры подвержены PMS, имеют больший риск развития данного расстройства.

Современные теории отмечают связь между изменениями яичниковых гормонов и дисрегуляцией центральных нейротрансмиттеров у женщин,

предрасположенных к PMS. Клинические исследования подтверждают, что у женщин развитие PMS может быть связано с воздействием яичниковых гормонов на центральные звенья серотонинергической передачи. Другие исследователи предполагают, что у женщин с PMS в конце лутеиновой фазы ситуации специфических вкусовых предпочтений в виде повышенного влечения к употреблению углеводов, возможно, являются попытками самолечения нарушений настроения путем повышения уровня триптофана и, соответственно, поступления серотонина в ЦНС.

Результаты недавних исследований, проведенных P.J.Schmidt и соавторами, заставляют сомневаться в предположении о связи предменструальных симптомов и колебаниями в лутеиновой фазе уровня эстрогенов и прогестерона. Женщины, соответствовавшие критериям PMS и подтвержденным в дальнейшем диагнозом, получали антипрогестерновый агент RU 486 (mifepristone). Несмотря на преждевременное окончание лутеиновой фазы, они испытывали обычный для них предменструальный синдром на фоне искусственно индуцированной фолликулиновой фазы менструального цикла. Это заставляет предположить, что гормональные изменения, предшествующие лутеиновой фазе, могут вызывать PMS. В качестве альтернативы этому предположению, PMS, возможно, является циклическим расстройством, независимым от менструального цикла и связанным с гормональными изменениями.

Диагностические критерии DSM-IV для предменструального дисфорического расстройства

В 1994 году диагноз: Предменструальное дисфорическое расстройство (PMDD) был классифицирован в DSM-IV в рубрике «Расстройство настроения неуточненное». Хотя у многих женщин в предменструальном периоде наблюдается психологический и физический дискомфорт, лишь у небольшого процента женщин развиваются достаточно тяжелые симптомы, чтобы соответствовать диагностическим критериям PMDD.

А. В большинстве менструальных циклов в течение последнего года пять (или более) следующих симптомов представлены большую часть времени в течение последней недели лутеиновой фазы, начиная уменьшаться через несколько дней фолликулиновой фазы, и отсутствуют в первую неделю постменструального периода. По крайней мере, один из следующих симптомов должен присутствовать - 1, 2, 3 или 4:

- 1) отчетливо подавленное настроение, чувство безнадежности или самоуничижительные мысли;
- 2) отчетливая тревога, напряжение, ощущение «взвинченности» или «подзуживания»;

- 3) отчетливая аффективная лабильность (например, быстро наступающие грусть или слезливость, или повышенная чувствительность к отказу окружающих на просьбы больной);
- 4) стойкая и отчетливая гневливость или раздражительность, или учащение межличностных конфликтов;
- 5) снижение интереса к повседневной деятельности (например, работе, школе, друзьям, хобби);
- 6) субъективное затруднение концентрации внимания;
- 7) апатия, быстрая утомляемость, отчетливое снижение энергичности;
- 8) отчетливое изменение аппетита, переедание или специфические вкусовые предпочтения;
- 9) сонливость или бессонница;
- 10) субъективное ощущение подавленности или неконтролируемости;
- 11) другие физические симптомы, такие как повышенная чувствительность или нагрубление молочных желез, головные боли, суставные или мышечные боли, небольшая отечность, повышение массы тела.

Б. Нарушения отчетливо изменяют способность к работе, учёбе в школе или обычную социальную деятельность и взаимоотношения с окружающими (например, избегание социальной активности, снижение продуктивности и эффективности на работе или в школе).

В. Маловероятно, что эти нарушения являются обострениями другого расстройства, например, большого депрессивного расстройства, панического расстройства, расстройства личности (хотя PMDD может накладываться на эти расстройства).

Г. Критерии А, Б и В должны наблюдаться в течение, по крайней мере, двух последовательных менструальных циклов в ходе проспективной ежедневной оценки симптомов (предварительный диагноз может быть поставлен до такого подтверждения).

Примечание. У менструирующих женщин лутеиновая фаза соответствует периоду между овуляцией и началом месячных, а фолликулиновая фаза начинается с месячными. У неменструирующих женщин (например, в случае гистерэктомии) для определения времени наступления лутеиновой и фолликулиновой фаз может потребоваться определение репродуктивных гормонов в крови.

Дифференциальная диагностика PMS и/или PMDD должна осуществляться методом исключения. Из всех женщин, у которых наблюдаются жалобы на предменструальные симптомы, 25-75% в действительности отвечают критериям других, лежащих в основе этих жалоб, соматических или психических заболеваний (таблица 1).

Диагностику PMS и PMDD начинайте с тщательного выявления психиатрического, медицинского и семейного анамнеза. Соматическое обследование,

Таблица 1

Дифференциальная диагностика предменструальных симптомов

МЕДИЦИНСКИЕ	ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ
Мигрень	Аффективные расстройства
Судорожные состояния	Тревожные расстройства
Эндокринопатии	Расстройства пищевого поведения
Синдром раздраженной кишки	Злоупотребление ПАВ
Синдром хронической усталости	
Анемия	
Воспалительные заболевания органов малого таза:	
Эндометриоз	
Перименопауза	
Идиопатические отеки	
Болезнь Шиммельбуша	

включая гинекологическое, должно проводиться на регулярной основе у женщин, имеющих как психологические, так и физические жалобы. Как отмечено выше, предменструальное обострение соматических и психических расстройств весьма распространено и такую возможность следует исключить до установления диагноза: PMS или PMDD. Не существует специальных лабораторных методов установления диагноза. Однако для женщин, жалующихся на усталость или депрессию, в дополнение к исследованию щитовидной железы следует провести полный анализ крови, чтобы исключить анемию.

Основные подходы к лечению PMS и PMDD

Терапия PMS включает назначение диуретиков, ограничение потребления соли и жидкости на этот период, приём анальгетиков (но не аспирина, так как он влияет на свертывающую систему крови). Иногда может потребоваться назначение транквилизаторов, витамина В₆ в дозе до 100 мг в сутки. В исследованиях последних лет показана эффективность антидепрессантов группы СИОЗС - сертралина, флуоксетина и др. Во многих случаях бывает достаточно объяснить пациентке, с чем связано её состояние, указав к тому же, что оно быстро пройдёт и без лечения.

При отсутствии точной этиологии лечение PMS и PMDD в целом направлено на облегчение отдельных симптомов. Лечение должно начинаться с консервативных методов, включающих улучшение психологической образованности, поддержку и рекомендации по здоровому образу жизни. Процесс проспективной оценки симптомов для установления диагноза позволяет женщине принимать участие в собственном лечении, таким образом уменьшая мнительность и опасения, создавая обстановку большей предсказуемости. Когда женщина привыкает улавливать первые признаки возникающих симптомов, это позволяет ей прогнозировать наиболее тяжёлые дни её цикла и изменять свои планы для уменьшения стрессов в этот период. Когнитивная,

поведенческая и релаксационная психотерапия способна уменьшать тяжесть симптомов PMS. Физические упражнения способствуют выделению эндорфинов, которые оказывают положительное влияние на настроение и способствуют релаксации. Нужно поощрять увеличение интенсивности физических упражнений в конце лuteиновой фазы менструального цикла у женщин с жалобами на апатичность, напряжение, тревогу и сниженное настроение.

Чрезмерное употребление алкоголя может увеличивать нарушения сна и настроения. Ограничение употребления кофеина рекомендуется женщинам с жалобами на раздражительность, тревожность, болезненность молочных желез. Снижение потребления соли в конце лuteиновой фазы может уменьшить отечность вследствие задержки жидкости. Wurtman и соавторы установили, что низко протеиновая углеводистая диета в течение лuteиновой фазы ведёт к большему снижению депрессивных проявлений, напряжённости, гневливости, нарушений внимания и усталости.

Витамины, определённые макро- и микроэлементы часто рекомендуются как компонент терапевтического лечения PMS, несмотря на тот факт, что никакой витаминной или минеральной недостаточности у этих больных не зарегистрировано. Относительно недавно небольшое число хорошо организованных клинических исследований показало эффективность использования некоторых нутриентов.

Результаты исследования с использованием двойного слепого контроля подтвердили эффективность кальция, смягчающего как физические, так и психологические симптомы PMS. Пациентки, ежедневно получавшие 1200 мг кальция, отмечали значительное уменьшение болей в мышцах, меньшую выраженность необычных пищевых предпочтений, улучшение настроения, снижение задержки жидкости. Исследователи предполагают, что гормоны, участвующие в регуляции обмена кальция, также взаимодействуют с половыми гормонами. Наличие предменструальных симптомов может отражать существование дефицита кальция у некоторых женщин.

Витамин В₆ (пиридоксин) является кофактором синтеза допамина и серотонина. Его применение способно улучшить настроение, уменьшить раздражительность, усталость, отечность и головные боли у некоторых женщин с PMS. Научные данные относительно ценности использования витамина В₆ противоречивы. Десять рандомизированных, с использованием двойного слепого контроля, исследований показывают положительный эффект витамина В₆ приблизительно у 30% пациентов. В остальных случаях эффект неочевиден или отсутствует. Эффективные дозы варьируют от 50 до 100 мг в день.

Дефицит магния связан с истощением ресурсов допамина в ЦНС и повышением уровня периферического альдостерона. Магний участвует в синтезе простагландинов и влияет на индуцируемую глюкозой секрецию инсулина. Качественно проведенные исследования показали эффективность использования магния в течение лютениновой фазы (от 360 до 1080 мг) для уменьшения задержки жидкости, сниженного настроения и усталости. Витамин Е модулирует синтез простагландинов и в ежедневной дозе 400 МЕ полезен для снижения предменструального снижения настроения и болей, хотя эффективность его применения научно не подтверждена.

Список использованной литературы:

1. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed.* Washington DC, American Psychiatric Association, 1994.
2. Dubovsky S.L, Giese A. *Selected issues in the psychopharmacologic treatment of women with psychiatric disorders.* J Pract Psychol Behav Health 277-282, 1997.
3. Freeman E.W., Rickels K., Sondheimer S.J., et al. *Nefazadone in the treatment of premenstrual syndrome: A preliminary study.* J Clin Psychopharmacol 14:180-186, 1994.
4. Steiner M., Korzekwa M., Lamont J., et al. *Intermittent fluoxetine dosing in the treatment of women with premenstrual dysphoria.* Psychopharmacol Bull 33(4):771-774, 1997.
5. Young S.A., Hurt P.H., Benedek D.M., Howard R.S. *Treatment of premenstrual dysphoric disorder with sertraline during the luteal phase: A randomized, double-blind, placebo-controlled crossover trial.* J Clin Psychiatry 59:76-80, 1998.

УДК 616.89

РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ

Н.Г. Изотова

врач-психиатр, член СПЭК, Медицинский центр психического здоровья,
г. Астана (РК)

Изучение этиологии, клиники и динамики расстройств личности (психопатий) убеждает в том, что личностная патология представляет большой интерес для общей и судебной психиатрии, психологии, общественных наук (Гурьева В.А., Гиндин В.Я., 1968). Сегодня не вызывает сомнения нарастание в структуре психической заболеваемости доли пограничных расстройств. Особое место психопатий в этом ряду определяется не только ранним возникновением и постоянством структуры последних, но и четко прослеживаемой связью с такими социально негативными проявлениями, как суициды, опасные действия и правонарушения (Пелипас Б.Е., 1980; Косачев А.Л., 1982; Шелудько И.Н., 1989; Boucek et al, 1981 и др.).

Начало разработки клиники и сущности психопатии было тесно связано с развитием судебной психиатрии. Родившись из конкретных потребностей юриспруденции, пройдя стадии различных биологизатор-

ских моделей и представлений, для которых были характерны воззрения о жёсткой детерминированности социально опасного поведения самой природой личностной патологии, их последующего критического переосмысливания, понятие психопатии, или расстройства личности, продолжает оставаться одним из ключевых в психиатрии (Дмитриева Т.Б., 1991).

Психопатии по МКБ-10 – это тяжёлое нарушение характерологической конституции и поведенческих тенденций индивида, всегда сопровождающееся личностной и социальной дезадаптацией. Согласно данной классификации психических расстройств предложены следующие диагностические критерии патологии личности:

- а) заметная дисгармония в личностных позициях и поведении, вовлекающая несколько сфер функционирования, эффективность, возбудимость, а также стиль отношения с другими людьми;

-
- б) хронический характер аномального стиля поведения;
 - в) аномальный стиль поведения является всеобъемлющим, отчетливо нарушающим адаптацию к широкому диапазону личностных и социальных ситуаций;
 - г) вышеупомянутые проявления всегда возникают с детства и продолжают свое существование в период зрелости;
 - д) расстройство приводит к значительному личностному дисстрессу, но это может стать очевидным только на поздних этапах течения болезни;
 - е) расстройство может сопровождаться существенным ухудшением профессиональной и социальной продуктивности.

При определении психопатий можно также исходить из практического признака, выдвигаемого Шнейдером (Schneider), по словам которого, психопатические личности - это такие ненормальные личности, от ненормальности которых страдают или они сами, или общество. Надо добавить, что это индивидуумы, которые находясь в обычной жизни, резко отличаются от обыкновенных нормальных людей. Они, между прочим, легко вступают в конфликт с правилами общежития, с законом, но оказавшись, добровольно или по приговору суда, в стенах специального заведения для душевнобольных, не менее резко отличаются и от обычного населения этих учреждений.

Показатели распространённости психопатий среди населения колеблются в значительных пределах 2-15%. На учёте в психоневрологическом диспансере лиц с патологическим характером около 5%. Среди психопатических личностей преобладают мужчины в 2 и более раз, чем женщины.

В зависимости от критерииов диагностики среди взрослого населения психопатии составляют 5-15%. По данным О.В. Кербикова (1968) среди больных, состоящих на учете в психоневрологическом диспансере и поступающих в психиатрические больницы, лица, страдающие психопатией, составляют около 5%. Среди лиц, проходящих судебно-психиатрическую экспертизу, психопатических личностей значительно больше.

По данным И.Н. Бобровой, А.Р. Мохонько (1975), среди вменяемых лиц психопаты составляют 13,1%, среди невменяемых лиц - 2% общего числа направленных на судебно-психиатрическую экспертизу для определения вменяемости.

Имеется целый спектр точек зрения на происхождение расстройств личности от сугубо биологических до социальных точек зрения (Горшков И.В., Горинов В.В., 1998).

Работы последних лет свидетельствуют о роли патобиологических факторов в происхождении расстройств личности, показаны изменения функционирования катехоламиновых систем у психопати-

ческих личностей, изменения биоэлектрической активности мозга и латерализации. К. Intrador (1993) при компьютерно-томографическом исследовании описала нарушения плотности мозговой ткани у пациентов с расстройствами личности.

При постановке проблемы психопатий клиническая психиатрия была вынуждена расширить пределы своей компетенции и ввести в круг изучаемых явлений не только психопатологическую симптоматику, но и различные личностные категории: ни в одном из своих разделов психиатрия не смыкается так тесно с психологией, социологией, юриспруденцией, как при изучении расстройств личности (Гульдан В.В., 1986; Тихоненко В.А., 1991). В детальное изучение динамики личностной патологии, проясняющей многие стороны делинквентного поведения, большой вклад внесли судебные психиатры (Гурьева В.А., 1971; Фелинская Н.И., 1979 и др.). В их работах выделены психопатические фазы, реакции и декомпенсации, формы патологического и психогенного развития личности. Показано, что все указанные динамические феномены могут сопровождаться тенденцией к агрессивным и аутоагрессивным действиям (Внуков В.А., 1934; Краснушкин Е.К., 1940; Фрейеров О.Е., 1971).

В настоящее время существуют различные классификации психопатий. Наиболее принято разделение психопатий на три группы (Кербиков О.В., 1962): 1) ядерные или конституциональные; 2) краевые или приобретенные; 3) органические, а также их деление, основанное на клинико-патофизиологических параметрах: возбудимые, тормозимые, истерические.

По классификации П.Б. Ганнушкина (1933) выделяются: циклоиды, астеники, шизоиды, параноики, эпилептоиды, истерические, неустойчивые, антисоциальные, конституционально-глупые. В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) выделено 8 типов расстройств личности: параноидное, шизоидное, диссоциальное, эмоционально-неустойчивое, ананкастное, истерическое, тревожное, и расстройства типа зависимой личности.

Важным является изучение динамики психопатий. П.Г. Ганнушкин (1933) под динамикой понимал изменение свойств личности и выделял следующие основные динамические сдвиги психопатической личности: 1) фаза или эпизод; 2) шок; 3) реакция; 4) развитие. Динамику психопатий можно рассматривать как динамику становления психопатии, так и временные сдвиги самой психопатии. При формировании психопатии выделены три этапа 1) начальных проявлений; 2) структурирования; 3) завершение формирования (Гурьева В.А., 1971). Также в динамике выделено временные колебания состояния (психопатические фазы, реакции, декомпенсации) и более выраженная динамика (патологическое и психогенное развитие личности) (Фелинская Н.И., 1979). Наиболее частым видом динамики расстройств личности являются психопатические реакции, отра-

жающие тип психопатического реагирования. В развернутой реакции выделяются следующие этапы: 1) отрицательного эмоционального напряжения; 2) предаффективный; 3) аффективной разрядки; 4) постаффективной астении (Нечипоренко В.В., Брюховецкий А.С., 1988).

По данным Ю.М. Антоняна (1987) и В.В. Гульдана (1980) самую большую группу среди обследованных преступников составляли психопатические личности возбудимого типа - 45,6%. Большая часть противоправных действий, совершенных ими, были направлены против личности (убийства, телесные повреждения, изнасилования).

Истерические психопаты составляли 18,6% преступных действий, совершенных истерическими психопатами, в основном это преступления против государственного и личного имущества граждан (среди них большой процент приходится на мошеннические действия).

Неустойчивые психопаты - 16,4% преступные действия, совершенных неустойчивыми психопатами. Преступления они совершают преимущественно корыстные.

Психопатические личности тормозимого круга составляют 15%. В этой группе, по данным авторов, большая часть противоправных действий направлена против общественного порядка.

Паранойальные психопаты составляют 2,5%. Среди них противоправные действия также направлены против общественного порядка.

Известно, что психопатические личности бурно реагируют не только на ничтожные раздражители. Преступные насилистственные действия совершаются ими и в ответ на тяжкие оскорбления, явно провоцирующие поступки потерпевших, что наблюдается, например, при анализе убийств на почве семейных отношений. Такие действия, естественно, могут совершить и психически здоровые лица. Поэтому лишь факт наличия данной психической аномалии полностью ещё не раскрывает субъективных причин таких действий. В связи с этим задача заключается в выявлении и оценке тех психологических особенностей, которые детерминируют противоправное поведение психопатических личностей. Нет сомнения, что эти особенности складываются под влиянием психопатии, которая затрудняет усвоение и реализацию ими социальных норм, регулирующих отношения людей в различных ситуациях, в том числе сложных. Однако этого, вероятней всего, недостаточно для объяснения преступных действий психопатических личностей, поскольку не объясняется до конца, почему все-таки психопат совершил именно эти, а не иные действия (Балабанова Л.М., 1998).

Кriminогенными являются не сами психопатические личности, а характерные особенности формирования мотивов и способы их реализации. Это находит своё отражение и в агрессивном поведении психопатических личностей, то есть в реакции лич-

ности на фruстрацию потребностей и конфликт (Горшков И.В., Горинов В.В., 1998).

R.L. McNeely, G. Robinson-Simpson, R.J. Gelles (1987) полагают, что насилие имеет внутреннюю субъективную мотивацию. При рассмотрении мотивации противоправных действий у психопатических лиц отмечается нарушение иерархии и опосредования деятельности в сочетании с расстройством прогнозирующей функции и учета прошлого опыта (Балабанова Л.М., 1998). Само формирование мотива у психопатической личности подчиняется, по-видимому, общим закономерностям мотивации поведения человека и происходит в результате актуализации потребностей субъекта, ставящего перед собой определенные цели, в процессе деятельности, отражающей все стороны личности, а в случае психопатии и все её патологические изъяны (Пенерникова Т.П., Шостакович Б.В., Гульдан В.В., 1978; Антонян Ю.М., Гульдан В.В., 1991; Горьковая И.А., 1993).

В.В. Гульдан (1984) к нарушениям опосредования потребностей у психопатических личностей относит аффектогенные мотивы, которые ведут к преступлениям, совершаемым под влиянием эмоционального возбуждения, и связаны с особенностями эмоционального реагирования психопатов и их склонностью к агрессивным действиям вследствие повышенной эмоциональной возбудимости и ригидности аффекта. Актуализация этих мотивов происходит в условиях аффектогенных ситуаций, которые подразделяются на три типа, соответственно трём уровням регуляции психической деятельности. Это ситуации, предъявляющие повышенные требования к психической деятельности; ситуации, ущемляющие основную личностную позицию, притязания, самооценку; ситуации, предъявляющие повышенные требования к сознательной регуляции поведения. К этой же группе нарушений относятся ситуационно-импульсивные мотивы, которые ведут к непосредственному удовлетворению актуальной потребности с помощью «ближайшего» объекта, без учёта существующих социальных норм, прошлого опыта, внешней обстановки, возможных последствий своих действий. Ситуация здесь не является сама по себе пусковым механизмом, но лишь включает в себя объект, актуализирующий значимые потребности.

Антические мотивы отражают нарушения самого высшего уровня регуляции поведения: морально-этические и правовые нормы.

В группе мотивов, связанных с нарушением определяния потребностей, различают мотивы - «суррогаты», связанные с реализацией потребностей в объектах, биологически неадекватных и запрещаемых существующими социальными нормами. Эти мотивы, как правило, детерминируют кражи, поджоги, бродяжничество, но главным образом сексуальные преступления.

Мотивы психопатической самоактуализации ведут к действиям, при которых побудительную силу приобретает та или иная черта личности и стремление к ее реализации. Эти черты являются основой «стереотипных и ригидных «сценариев личности», осуществляемых в значительной мере независимо от оценки внешних обстоятельств и реальных потребностей субъекта».

Суггестивные мотивы основаны главным образом на внушаемости субъекта и имеют значение в совершении групповых противоправных действий у «ведомых» личностей.

Представления о механизмах, лежащих в основе тех или иных форм реагирования при личностных девиациях, крайне важны для судебной психиатрии в плане понимания феномена психопатической агрессии.

В судебно-психиатрической практике принципы диагностики психопатий, определение их глубины и динамики имеют большое значение, так как в ряде случаев предопределяют экспертное решение.

Судебно-психиатрическая оценка строится по общим принципам, однако имеет и свои особенности. Большинство лиц с таким диагнозом признаются вменяемыми, так как уровень их личностных расстройств не исключает возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Сложности возникают в экспертной оценке при констатации глубоких психопатий с неблагоприятными формами динамики. В этих случаях экспертное решение может быть неоднозначным.

Список использованной литературы:

1. Антоян, Ю.М. *Психологическое отчуждение личности и преступное поведение*. - Ереван, 1987.
2. Антоян, Ю.М., Гульдан, В.В. *Криминальная патопсихология*. - М., 1991.
3. Балинский, И. М. // *Вести, клин, и судеб, психиатр, и нев-ропатол.* - 1885. - Вып. 3. - С. 368-371.
4. Бехтерев, В.М. *Психопатия и её отношение к вопросу о вменении*. - Казань, 1886.
5. Внуков, В.А. // *Психопатии и их судебно-психиатрическое значение*. — М., 1934. - С. 10-14.
6. Горшков, И.В., Горинов, В.В. *Расстройства личности и агрессия (обзор литературы)*. // *Росс. психиатр. журн.*, 1998, № 5, стр. 68-73.
7. Горьковая, И.А. // *Обозр. психиатр, и мед. психол. им. В. М. Бехтерева*. - 1993. - № 3. - С. 114-116.
8. Гульдан, В.В. *Два подхода к экспериментально-психологическим исследованиям при психопатиях* // *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*, 1980. - Т. 30. Вып. 12.- С. 1841-1846.
9. Гульдан, В.В. *Психологические механизмы формирования суггестивных мотивов противоправных действий у психопатических личностей* // *Психические расстройства, не исключающие вменяемости*.- М., 1984.
10. Гульдан, В.В. // *Криминальная мотивация* / Под ред. В. Н. Кудрявцева. — М., 1986. - С. 189-250.
11. Дмитриева, Т.Б. *Динамика психопатий: Автoref. дис. ... д-ра мед. наук*. — М., 1991.
12. Кандинский, В.Х. *К вопросу о невменяемости*. - М., 1890.
13. Кербиков, О.В., Коркина, М.В., Наджаров, Р.А. и др. *Психиатрия*.- М.: Медицина, 1968.
14. Корсаков, С.С. *Курс психиатрии*. - М., 1901. - Т. 2.
15. Краснушкин, Е.К. *Преступники-психопаты*. — М., 1929. — С. 3-20.
16. Краснушкин, Е.К. // *50 лет психиатрической клинике им. С.С. Корсакова*. - М., 1940. - С. 69-77.
17. Пенерникова, Т.П., Шостакович Б.В., Гульдан В.В. // *Судебно-психиатрическая экспертиза*. - М., 1978. - № 31. -С. 9-17.
18. Тихоненко, В.А. // *Соц. и клин, психиатр.* - 1991. - № 1. - С. 32-37.
19. Фрейеров, О.Е. // *Проблемы судебной психиатрии. Пограничные состояния*. Вып. 20. — М., 1971. — С. 3-22.
20. McNeely, R.L., Robinson-Simpson, G. // *Social Work* - 1987. - Vol. 32, N 6. - P. 485-490.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ В РАБОТЕ С СЕМЬЯМИ ПОДРОСТКОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ И СОМАТОФОРНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Л.П. Маринчева

врач-психотерапевт Кировской областной клинической психиатрической больницы им. В.М. Бехтерева, к.м.н., доцент, г. Киров

Дезадаптивные стили семейного воспитания и нарушения в системе детско-родительских отношений представляют из себя существенные микросоциальные факторы риска (ФР) возникновения психосоматических расстройств (ПСР) и соматоформ-

ных вегетативных дисфункций (СВД) [5, 8, 10]. Карвасарский Б.Д., Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. (2005) считают, что дезадаптивные стили воспитания, в частности, доминирующая гиперпротекция со стороны родителей, «симбиотическая связь» (конфлюен-

ция второго типа в трактовке теорий гештальт-терапии) способствуют развитию черт инфантильности, замкнутости, безынициативности, что в свою очередь является основой для формирования данного типа заболеваний. Стиль воспитания и особенности детско-родительских отношений оказывают влияние на формирование паттернов поведения и отношений с окружающими, толерантность к психотравмирующим воздействиям окружающей среды, особенностей эмоционального реагирования, самооценку подростка [1, 2, 3, 13]. Дисфункциональная семья блокирует способность гибко удовлетворять свои потребности (потребности ребёнка заменяются родительскими), вследствие чего нарушается система взаимодействий «организм – среда». Подростков, выросших в дисгармоничных семьях, отличает страх перед «утратой значимых объектов» вследствие наличия симбиотической связи с кем-то из окружения (конфлюенции) и наклонность к соматизированным депрессиям [1, 12, 13].

Психосоматический симптом с позиций гештальт-терапии [4, 6, 7, 8, 9] обусловлен срывом циклов удовлетворения потребностей, тогда как гибкое удовлетворение потребностей в соотношении с потребностями среды является основой процесса адаптации. Незавершенные гештальты способствуют также возникновению телесных зажимов. Психосоматические нарушения могут быть обусловлены такими сопротивлениями удовлетворению потребностей, как ретрофлексия, конфлюенция (первого и второго типа) и проекция. Однако, в их возникновении принимают участие и другие типы сопротивлений. Основу для подобных форм реагирования закладывает семья.

Для представителей психоаналитического направления и неофрейдистов преобладающим является положение З. Фрейда о конверсии эмоционального состояния на соматические функции организма. G. Groddeck (1929) распространил применение конверсионного механизма на понимание заболеваний внутренних органов. F. Alexander (1939) показал, что симптомы соматических заболеваний могут иметь символическое значение и представляют собой неосознанное символическое выражение пациентом внутриличностного конфликта и влечений, существующих в области бессознательного.

Конверсия (перераспределение) эмоционального напряжения на соматическую сферу имеет отчетливое сходство с тем, что на языке гештальт-терапии принято обозначать термином «ретрофлексия». В данном случае имеет место нарушение цикла удовлетворения потребности (цикла контакта), так как энергия эмоции, возникшей в ответ на стимулы внешней среды, не реализуется вовне, не побуждает к действию, а подавляется вследствие блокирования социальной средой и направляется на себя, проявляясь в телесных зажимах и соматических симптомах.

Согласно теории «десоматизации и ресоматизации» (Schur M., 1974), в основе возникновения психосоматических расстройств лежит неразрывность соматических и психологических процессов в период раннего детства, которая ослабевает по мере взросления человека. Нормальное развитие, по мнению M. Schur, соответствует понятию десоматизации, а патологическое – ресоматизации. Таким образом, предрасположенность к психосоматическим заболеваниям обусловлена недостаточной дифференциацией эмоциональных и соматических процессов у лиц с явлениями инфантилизма, что с позиций гештальт-терапии имеет много общего с конфлюенцией (слиянием) первого типа между процессами соматического и эмоционального реагирования.

В соответствии с концепцией «утраты значимого объекта» (Freyberger, 1976), ведущей в развитии психосоматической патологии является субъективно перерабатываемая потеря значимых объектов, обеспечивающих комфортность самочувствия субъекта. Зависимость от значимого объекта и потеря границы контакта согласно теории гештальт-терапии связана с механизмом конфлюенции (слияния) второго типа. Некоторые авторы (С. Минухин) отмечают, что изначально для отношений в родительских семьях психосоматических клиентов характерно наличие симбиотических (конфлюентных) отношений с одним из родителей. Утрата (действительная или мнимая) значимого объекта ведёт к возникновению состояний, которые в отечественной психиатрии расцениваются как соматизированные депрессии.

Большое значение в классических психосоматических теориях уделяется фактору Алекситимии (Sifneos P., 1973), который характеризуется ограничением представленности в сознании и в речи эмоционального компонента, снижением способности воспринимать собственные переживания. Если перевести это утверждение в плоскость представлений гештальт-терапии, то можно утверждать, что в данном случае в основе возникновения психосоматического симптома лежит сочетание двух механизмов нарушения адаптивного взаимодействия с внешней средой: конфлюенции первого типа (в результате которой не дифференцируются, не осознаются собственные потребности и эмоциональные реакции) и ретрофлексии (вследствие которой неосознанная до конца эмоция не может быть отреагирована, а энергия эмоции направляется на себя). Сходные характеристики Алекситимии подчеркиваются W. Brantigam, P. Christian, et al. (1999).

W. Brantigam, P. Christian (1973) основное значение в развитии бронхиальной астмы отводят давлению матерью эмоциональных проявлений (крика, плача и т. д.) у ребёнка в раннем детстве. Родительские семьи больных бронхиальной астмой характеризуются сдержанностью в проявлениях эмоций у её членов; родители контролируют и подавляют инициативу своих детей, блоки-

рут «несанкционированные» ими их эмоциональные проявления.

Ретрофлексия наблюдается в тех случаях, когда какие-либо потребности не могут быть удовлетворены из-за их блокирования социальной средой и когда энергия потребности направляется на самого себя. Ретрофлекциичаются чаще те импульсы, которые человек боится отправлять в среду, например, эмоции гнева, обиды, раздражения. Это может быть обусловлено привычной системой запретов на выражение чувств в семье (контролирующая гиперпротекция). Психосоматически ретрофлексия проявляется в мышечных зажимах, в напряжении, в зажатом или поверхностном дыхании, в нарушениях глотания. Доказательством наличия ретрофлексии является то, что симптом (боль, напряжение) часто возникает в эмоционально насыщенной ситуации, при отсутствии возможности выразить свои переживания.

A. Hudgens (1979) пришёл к следующим выводам:

- психосоматические пациенты очень зависимы от значимых других;
- коммуникации между членами семьи формальны;
- социальные контакты – узкие;
- члены семьи демонстрируют неспособность эффективно выражать и перерабатывать гнев (то есть в семье присутствует конфлюентная модель отношений, при этом эмоции ретрофлекциичаются).

Проекция – это попытка сделать окружающую среду ответственной за то, что связано с собственными особенностями реагирования пациентов. Так, например, возникновение телесного симптома может полностью объясняться неблагоприятным влиянием среды, в тоже время собственные эмоции и сопутствующее неудовлетворенным потребностям напряжение пациентом игнорируются.

Существенная роль в возникновении ПСР и СВД может принадлежать и конфлюенции первого и второго типа. При конфлюенции первого типа наличие «слияния» со своими переживаниями не позволяет до конца осознавать, а, следовательно, и проявлять эмоции. Это соответствует алекситимическим проявлениям (Sifneos P., 1973; Brautigam, Christian P., et al. 1999). Конфлюенция второго типа связана со слиянием со «значимым другим», что может приводить к тому, что переживаемые потребности и эмоции просто не осознаются клиентом как собственные, поэтому удовлетворены быть не могут. Изначально для отношений в родительских семьях психосоматических клиентов характерно наличие симбиотических (конфлюентных) отношений с одним из родителей. Утрата (действительная или мнимая) значимого объекта ведёт к возникновению состояний, которые в отечественной психиатрии расцениваются как соматизированные депрессии.

Таким образом, больным является человек, хронически блокирующий удовлетворение собствен-

ных потребностей вследствие сложившейся искаженной Я - концепции, создаваемой для пациента другими людьми – прежде всего близкими. Указания на подобные нарушения, лежащие в основе психосоматического симптома, имеются в классических психосоматических концепциях.

Семейная терапия должна занимать существенное место в комплексном лечении СВД и ПСР у подростков, так как позволяет существенно увеличить спектр адаптивных реакций пациентов.

Мишениями психотерапевтической работы являются эмоциональные реакции родителей, дезадаптивные отношения и стиль воспитания в семье подростка.

Достоинством применения метода гештальт-терапии при работе с семьями психосоматических больных является то, что он позволяет работать с личностными границами, фиксирует в работе внимание на чувствах, мыслях, телесных ощущениях, что ведёт к более полному осмыслению подростком и его близкими причин заболевания, своих чувств, внутренних противоречий, мотивов принятия решений, особенностей реагирования. Гештальт-терапия помогает установлению более адаптивного контакта с окружением за счёт осознания каждой стороной своих потребностей, чувств, особенностей взаимодействия. В процессе психотерапевтического процесса происходит переоценка сложившейся системы семейных взаимодействий.

Целью настоящего исследования являлось выявление эффективности применения гештальттерапии в работе с семьями подростков с психосоматическими расстройствами и соматоформными вегетативными дисфункциями.

Материалы и методы исследования

В процессе проведённого нами исследования было обследовано 426 подростков и их семей.

Исследуемые лица были разделены на экспериментальную и контрольную группы.

В экспериментальную группу вошёл 321 человек - пациенты Кировской детской городской клинической больницы. Данная группа состояла из двух подгрупп: I подгруппа состояла из 117 подростков (36,5% от общего числа исследуемых лиц) с соматоформными вегетативными дисфункциями (F 45) и II подгруппа состояла из 204 подростков (63,5% от общего числа исследуемых лиц), страдающих психосоматическими расстройствами (F 54), включая 49 человек (24,0% от числа подростков II подгруппы), больных бронхиальной астмой, 67 человек (32,8% от числа подростков II подгруппы), больных артериальной гипертонией, 77 человек (37,8% от числа подростков II подгруппы) – с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, 11 человек (5,4% от числа подростков II подгруппы), страдающих ней-

родермитом. Средний возраст исследуемого контингента подростков составил $15,1 \pm 1$ года.

Контрольную группу составили 105 подростков с первой группой здоровья, учащихся 8-10 классов средних школ г. Кирова; Средний возраст исследуемого контингента подростков составил $15,1 \pm 1$ года.

Для проведения исследования применялись: клинико-психопатологический метод исследования, анкетирование (Маринчева Л.П., Злоказова М.В., 2001), а также экспериментально-психологические методы: тест «Шкала самооценки» Е.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина, методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунге в адаптации Т.И. Балашовой, Торонтская алекситимическая шкала (ТАШ), патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) А.Е. Личко, тест «Анализ семейных взаимоотношений» (ACB).

Статистическая обработка полученного материала проводилась с использованием t-критерия Стьюдента и Фишера (SPSS for Windows, vers. 11). Критерием статистической достоверности являлась величина $p < 0,05$.

Результаты исследования

Стиль воспитания в семье является фактором, во многом определяющим особенности эмоционального и поведенческого реагирования на внешние обстоятельства. На рисунке 1 представлены данные о частоте выявления особенностей семейного воспитания у подростков с психосоматическими расстройствами и соматоформными дисфункциями из обеих групп исследуемого контингента лиц.

Дезадаптивные стили семейного воспитания (потворствующая гиперпротекция, доминирующая гиперпротекция, воспитание в режиме повышенной моральной ответственности) были выявлены в 66 семьях (56,3%) подростков из экспериментальной группы с СВД, в 112 семьях (54,9%) – с ПСР, в 23 семьях (20,0%) – в контрольной группе ($p \leq 0,05$). Нарушения в системе детско-родительских отношений отмечались в 79 семьях (67,5%) подростков из экспериментальной группы с СВД, 132 семьях (64,7%) – с ПСР и 29 семьях (24,8%) – из контрольной группы ($p \leq 0,05$). Таким образом, в группе подростков из экспериментальной группы с СВД и ПСР достоверно чаще ($p < 0,01$), чем в контрольной группе встречались неконструктивные типы воспитания в целом, в том числе, достоверно ($p < 0,01$) преобладали потворствующая и доминирующая гиперпротекция, а также воспитание в стиле повышенной моральной ответственности. Данные типы воспитания способствовали формированию дезадаптивных стереотипов взаимодействия с социальной средой, выражавшихся в инфантильности, зависимости, низкой самооценке, неспособности конструктивно разрешать проблемные ситуации, что вело к снижению толерантности к психотравмирующим обстоятельствам.

Достоверно чаще ($p \leq 0,01$) были отмечены психотравмирующие ситуации, связанные с семейными дисфункциями (разводы, частые ссоры в семье, потеря близких лиц). В таблице 1 представлены данные о частоте встречаемости психотравмирующих ситуаций у подростков с психосоматическими расстройствами и соматоформными дисфункциями из обеих групп исследуемого контингента лиц.

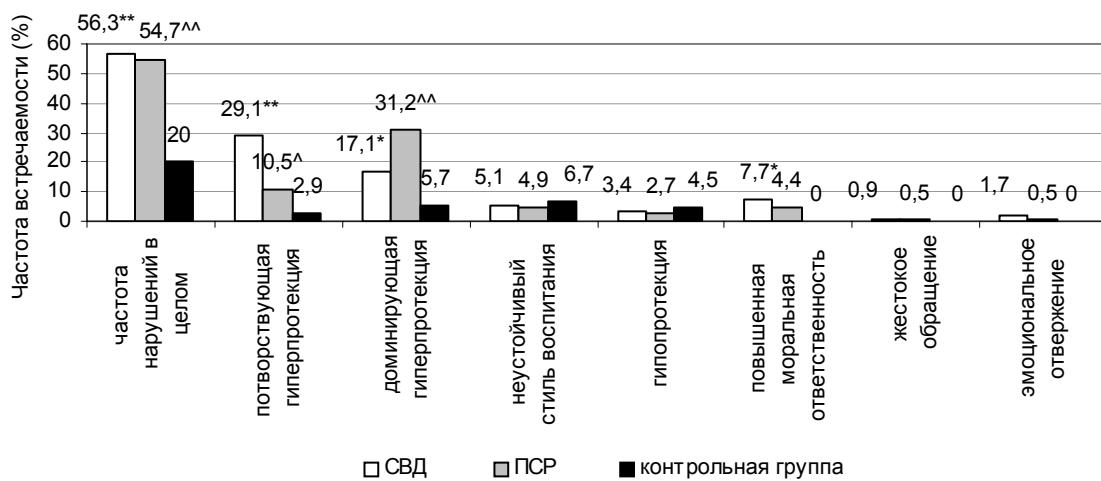


Рисунок 1. Частота выявления особенностей семейного воспитания у подростков с психосоматическими расстройствами и соматоформными вегетативными дисфункциями из экспериментальной группы и из контрольной группы.

Примечание: здесь и далее – различия между первой экспериментальной подгруппой и контрольной группой достоверны при $p < 0,05$ - *, при $p < 0,01$ - **; различия между второй экспериментальной подгруппой и контрольной группой достоверны при $p < 0,05$ - ^, при $p < 0,01$ - ^^.

Таблица 1

Частота встречаемости психотравмирующих ситуаций у подростков с психосоматическими расстройствами и соматоформными дисфункциями из обеих групп исследуемого контингента лиц

Тип психотравмирующей ситуации	Соматоформная дисфункция	Психосоматические расстройства	Здоровые подростки
Конфликты в семье	45,2%**	44,7%^	4,5%
Смерть кого-то из близких лиц	5,1%	3,5%	3,8%
Расставание с родителями	2,6%	3,4%	0%
Развод родителей	34,2%*	29,9%^	6,7%

Основные стратегические задачи семейной терапии состояли в следующем:

- улучшение внутрисемейных отношений;
- ощущение членами семьи того, что их потребности и интересы понимают и уважают другие;
- преодоление членами семьи позиции, связанной с приписыванием семейных проблем кому-то одному;
- формирование более гибкого отношения к тому, кто является лидером в той или иной ситуации;
- развитие способностей к взаимопониманию и эмпатии;
- развитие способности принимать существующие различия в оценках и взглядах;
- совершенствование навыков совместного и индивидуального решения проблем;
- освобождение одного или нескольких членов семьи от роли «носителя проблемы»;
- развитие способности к интроспекции и анализу своих потребностей и переживаний;
- достижение баланса между стремлением членов семьи к независимости, с одной стороны, и достижению сплоченности, с другой.

Работа с семьей проводилась длительно - начиналась в стационаре и затем продолжалась амбулаторно.

Многие психосоматические болезни являются результатом ретрофлексии. Психотерапевтическая проработка ретрофлексии связана с возвращением к истинной задержанной эмоции. Так, работая с чувством вины, клиенту помогают выразить это чувство, затем восстановить агрессивный компонент чувства, после чего возникает аутоагgression, и лишь затем разворачивают направление агрессии, которая становится гетероагgression. Человек может осознать, на кого на самом деле направлена эмоция, и выразить её вполне социально приемлемым образом.

В случае наличия такого механизма срыва цикла контакта в детско-родительских отношениях, как дефлексия, потребность не реализуется, так как её удовлетворение замещается сходным действием по отношению к другому объекту. Например, родительница хотела обсудить с дочерью-подростком причины своего недовольства её вчерашними высказываниями, вместо этого обсуждает это с её классным руководителем, вследствие этого взаимоотношения не улучшаются, а становятся более напря-

жёнными. Нашей задачей являлась помочь клиенту в осознании его истинной потребности и исследование вариантов её реализации наиболее адаптивными способами. Психотерапия дефлексии направлена на стимулирование спонтанных проявлений клиента, выявления «ухода от контакта».

Часто во взаимоотношениях между родителями и подростками присутствовал такой вариант нарушения цикла реализации потребности, как профлексия (когда подростку пытались навязать то, что является собственной потребностью родителей). В этом случае родитель не только подавляет свои потребности, но и неосознанно начинает реализовывать их за счёт своего ребёнка. Терапевт может работать здесь, используя приёмы работы с ретрофлексией и проекцией (амплификация, техника пустого стула, двух стульев, проективная игра).

При включении механизма слияния (конфлюенции) родитель перестает разграничивать «Я» и «не Я», он находится в слиянии с окружающими. В такой ситуации невозможно определить, где собственные чувства и желания, а где чувства и желания другого, где я, а где ты. Например, в семьях бывает настолько близкая связь её членов, что любые индивидуальные различия и проявления игнорируются, возникает недифференцированная семейная «эго-масса». Слияние в «Мы» – это бегство от ответственности за собственную жизнь, желание «жить жизнью ребёнка». Основная психотерапевтическая работа с пациентами, находящимися в патологическом слиянии, была связана с построением личных границ с окружающим миром с помощью процесса сепарации (работа с осознанием границ, монодрама и другие техники).

Нередко в работе с родителями подростков с психосоматическими расстройствами и соматоформными вегетативными дисфункциями мы сталкивались с таким сопротивлением, как эготизм, при котором границы клиента были закрыты, - он выступал постоянно в роли наблюдателя или оценщика. Причиной эготизма нередко являлся страх утратить контроль или испытать потерю после открытого общения. В сеансе чаще всего такой родитель уходил в теоретизирования, стремился контролировать сеанс, держался подчеркнуто дистанцированно и без эмоций по отношению к проблеме ребёнка. Психотерапевту важно было осторожно исследовать, что пугает в открытости, экспериментировать с заместительным поведением.

Во взаимоотношениях родителей и подростков часто присутствовал и такой механизм срыва цикла-контакта, как девальвация – обесценивание или отчуждение результата деятельности. Чаще всего, родитель с данным типом сопротивлений игнорировал очевидное (взросление ребенка, его достижения и т.д.): вел себя так, как будто значимого для него события не произошло - выслушивал вещи, которые были значимы для подростка, обесценивал вклад подростка в событие. В этом случае важно выявить, чем новизна неугодна, а также предложить родителю эксперименты на границе приемлемого поведения. Уместно применение техники членока для выявления того, с чем связаны данные проявления в собственном раннем опыте родителя и восстановления гармоничного реагирования.

Применение гештальт-терапии в работе с семьями подростков с психосоматическими расстройствами и соматоформными дисфункциями в сочетании с другими методами терапии и психофармакотерапией в 2004-2009 годах на базе Кировской дет-

ской городской клинической больницы позволило значительно повысить эффективность лечебных мероприятий:

1. количество повторных поступлений сократилось до 11,9%, (по сравнению с 35,1% - при традиционном лечении);
2. уменьшилась длительность пребывания детей в стационаре, снизился средний койко-день (на 1 человека) с 19,5-21,5 в 2001 г. до 14,5-16,9 в 2009 г.;
3. сократились объем и сроки соматотропной терапии с 12-13 недель до 4-5 недель;
4. в более короткие сроки происходила стабилизация соматического состояния и психоэмоционального статуса подростков на фоне отчетливой тенденции к гармонизации семейных взаимоотношений.

Таким образом, по результатам проведенного нами исследования, можно сделать вывод: применение гештальт-терапии в работе с семьями подростков с психосоматическими расстройствами и соматоформными вегетативными дисфункциями является вполне обоснованным и эффективным.

Список использованной литературы:

1. Антропов, Ю.Ф. Клинико-патогенетические закономерности соматизации психических расстройств в детском возрасте/Ю.Ф. Антропов, С.В. Бельмер//Педиатрия. - 2004. - № 5. - С. 56-64.
2. Антропов, Ю.Ф. Лечение детей с психосоматическими расстройствами/ Ю.Ф. Антропов, Ю.С.Шевченко. - СПб.: Речь. - 2002. - 556 с.
3. Великанова, Л.П. Психосоматические расстройства: современное состояние проблемы /Л.П. Великанова, Ю.С. Шевченко//Социальная и клиническая психиатрия.- 2007. - Т.15. - № 4. -С. 79-91.
4. Гингер, С. Гештальт – терапия контакта [текст] / С. Гингер, А. Гингер - СПб.: Специальная литература. - 1999. - 286 с.
5. Исаев, Д.Н. Психосоматические расстройства у детей/Д.Н. Исаев. - СПб.: Питер. – 2000. – 508 с.
6. Лебедева, Н. Путешествие в гештальт. Теория и практика. /Современный учебник [текст] /Н.Лебедева, Е. Иванова –СПб.: Речь. 2004. – 555 с.
7. Наранхо, Кл. Я и ты, здесь и сейчас: вклад гештальт-терапии [текст] / Кл. Наранхо - М.: Апрель пресс. -2002. – 107 с.
8. Перлз, Ф. Практикум по гештальт-терапии [текст] /Ф.Перлз, П.Гудман - С-Пб.: ХХI век. - 1995. – 445 с.
9. Польстер, Ир. Интегрированная гештальт-терапия [текст] / Ир. Польстер, М. Польстер - М., 1997.- 248 с.
10. Сидоров, П.И. Психосоматическая медицина: руководство для врачей/П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев, И.А. Новикова/Под ред. П.И. Сидорова. – М.: МЕДпресс - информ. – 2006. – 568.
11. Смулевич, А.Б. Депрессии в общемедицинской практике /А.Б. Смулевич М: Берег. - 2000. -160 с.
12. Холмогорова, А.Б. Концепция соматизации: история и современное состояние./А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян, Т.В. Довженко//Социальная и клиническая психиатрия.- 2000. - № 4. – С. 81-97.
13. Эйдемиллер, Э.Г. Психология и психотерапия семьи. / Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. – С.-Пб.: Питер. – 1999. – 652 с.

УДК 616.89–008.454

ОРГАНИЧЕСКИЕ АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Г.Т. Якирова

врач-психиатр-психотерапевт ГККП «Городская поликлиника № 8», г. Астана (РК)

Органические аффективные расстройства представлены в МКБ-10 [1] под рубрикой F06.3. Диагностика органических аффективных расстройств базируется на выявлении следующих признаков:

- а) наличие церебрального или общесоматического заболевания, которое определено связано с аффективным синдромом;
- б) связь во времени между развитием этого за-

-
-
- болевания и появлением аффективных расстройств;
 - в) редукция аффективных расстройств вслед за выздоровлением от основного заболевания;
 - г) отсутствие наследственной отягощённости или провоцирующего стресса.

Наличие церебрального заболевания и связь во времени между развитием этого заболевания и появлением аффективных расстройств оправдывает предположительный диагноз. Наличие всех 4-х вышеперечисленных признаков делает диагностику более достоверной. Однако ряд авторов отдаёт предпочтение тому или иному признаку. По мнению одних авторов, принципиальным критерием включения аффективных расстройств в органические расстройства является прямая их обусловленность церебральным или физическим расстройством, установленным различными методами [2]. По мнению других авторов, различные неврологические отклонения, выявленные при инструментальных и клинических исследованиях, не могут служить решающим доказательством органической природы заболевания [3]. Основанием для предположительной диагностики может служить взаимосвязь во времени между психопатологическим синдромом и основной болезнью. Более достоверным диагноз становится при исчезновении психических расстройств вслед за выздоровлением от основного заболевания, а также при отсутствии наследственной отягощённости и психотравмирующих обстоятельств.

Наиболее часто встречающимися аффективными органическими расстройствами являются депрессивные расстройства. На наш взгляд, клинико-психопатологический подход наряду с инструментальными, анамнестическими и иными методами исследования позволяет чётко выделять конкретные психопатологические феномены, формирующие структуру депрессивных состояний.

В данной работе нами рассмотрены органические аффективные расстройства, относящиеся к категории эндоформных.

Из числа обратившихся в ГККП «Городская поликлиника № 8», г. Астана (РК), была выделена группа пациентов с органическими аффективными расстройствами. В ходе исследования было обследовано 39 человек (36 женщин и 3 мужчин) с аффективными, эндоформными синдромами в рамках органических психических расстройств различного генеза. Возраст больных колебался от 20 до 70 лет. Более

больных (15 человек) были в возрасте от 51 года до 60 лет. Преобладающими аффективными расстройствами были депрессивные синдромы – F06.32 (36 больных), маниакальные синдромы (F06.30) наблюдались в единичных случаях (3 больных).

У 18 больных диагностирован травматический генез органических психических расстройств, у 16 больных – сосудистый генез, у 5 больных в генезе психической патологии имело место сочетание

черепно-мозговой травмы и сосудистого поражения ЦНС.

У подавляющего числа исследованных лиц (35 больных) обнаружена рассеянная неврологическая симптоматика, которая свидетельствовала о наличии неглубокой органической недостаточности: слабость конвергенции, мелкоразмашистый нистагм, чаще горизонтальный, слабо положительный симптом Маринеску - Родовича.

Органическая недостаточность головного мозга подтверждалась также инструментальными методами исследований электроэнцефалографией (ЭЭГ), реоэнцефалографией (РЭГ) у 36 больных, в единичных случаях – компьютерной томографией головного мозга, краниограммами.

Все больные обнаруживали клинику психоорганического синдрома, степень выраженности которого колебалась у разных больных от лёгкой до выраженной степени. Мы разделяем мнение ряда авторов, которые отмечают разногласия в понимании психоорганического синдрома и высказываются за необходимость установления более чётких границ этого понятия. Б.Н. Пивень предлагает в качестве критериев психоорганического синдрома нарушения памяти, расстройства эмоциональной сферы, нарушения восприятия, мышления, снижение критики, а также астенические расстройства, которые он рассматривает в рамках психоорганического синдрома [4].

Самой частой жалобой исследуемых больных были головные боли диффузного характера без чёткой локализации. Все больные плохо переносили духоту и жару. Больные отмечали головокружение при езде на транспорте, метеозависимость. Как правило, больные жаловались на ухудшение самочувствия накануне перемены погоды. Больные плохо переносили бытовые шумы, яркий свет, запахи. У них отмечались быстрая утомляемость, истощаемость.

Клинический анализ наших наблюдений показал снижение адаптационных возможностей у большинства больных (35 чел.), что проявлялось в повышенной подверженности внешним воздействиям. Больные были крайне чувствительны к психогенериям, воздействиям вредных средовых факторов, соматогенериям, плохо переносили приём алкоголя. Указанное обстоятельство нередко оказывалось провоцирующим моментом в развитии аффективных расстройств. Развитию аффективных расстройств у рассматриваемой группы больных предшествовали различные соматические и инфекционные заболевания:

- грипп, корь, паротит, пищевая токсицинфекция – 5 человек;
- различные индивидуально значимые ситуационные влияния – 15 человек (болезнь детей, конфликтные отношения с родственниками).

Условно психогенным фактором оказывалась сама ситуация, в которой находились больные, изменения условий жизни: переезд на новое место жительства, расставания в связи с выездом детей – 15 больных.

Больные субъективно отмечали ухудшение памяти, однако при экспериментально-психологическом исследовании выявлялись незначительные снижения памяти или нарушения памяти не выявлялись. Расстройства мышления проявлялись в виде незначительно выраженной обстоятельности, вязкости.

Длительность органического заболевания к моменту возникновения аффективных расстройств составила от 1 до 10 лет.

Феноменологическая структура депрессивных расстройств психической патологии в рамках органической психической патологии отличались полиморфизмом симптомов, однако, преобладание депрессивного аффекта позволило рассматривать их в рамках единого депрессивного симптомокомплекса. В зависимости от психопатологической оформленности были выделены следующие варианты депрессивного синдрома:

- 1) депрессивный синдром непсихотического (неврозоподобного) уровня - 24 человека;
- 2) депрессивный синдром психотического уровня - 12 человек.

В группу депрессий неврозоподобного уровня включены непсихотические формы, проявляющиеся в виде астено-депрессивного синдрома (10 больных) и депрессивно-ипохондрического синдрома (14 больных).

При астено-депрессивном синдроме депрессии клинически характеризовались пониженным фоном настроения, тревога, проявлявшаяся в виде внутреннего волнения, часто была связана с реальными переживаниями по поводу ближайшего окружения или собственного благополучия. Идеи депрессивного характера были нестойкими, пациенты высказывали мысли о собственной малоценностии, виновности, связывая их с реальными обстоятельствами прошлой жизни. Нередко возникали суицидальные мысли, на высоте тревожного аффекта появлялись нестойкие мысли о самоубийстве, которые приближались к навязчивым. Больные успешно боролись с этими мыслями, суицидальных попыток не было.

Признаков эндогенности депрессии в ходе исследования выявлено не было, хотя некоторые пациенты жаловались на неприятные ощущения в области сердца, что, однако, нельзя было отождествить с чувством предсердной тоски. У данной группы больных не отмечено интеллектуальной и заметной двигательной заторможенности, за исключением печальной мимики. Больные не высказывали идей осуждения. Вегетативный компонент депрессии наблюдался у всех исследуемых лиц и проявлялся в виде нарушения сна, снижения аппетита. Нарастание утомляемости с элементами раздражительнос-

ти, физической слабости, слезливости, головных болей, в структуре депрессии позволяли квалифицировать состояние как астено-депрессивное.

Основу депрессивно-ипохондрического синдрома составляла депрессия. На фоне подавленного настроения возникала беспредметная неопределенная тревожность, больные выглядели беспокойными, говорили о безвыходности состояния, бесперспективности, жили в ожидании скорой смерти, жаловались на наплывы мыслей депрессивного содержания. У больных возникали навязчивые страхи, опасения ипохондрического или иного содержания. Депрессия сочеталась также с астено-адинамическими расстройствами. Ипохондрические симптомы проявлялись в виде диффузного сверхценного отношения к своему здоровью, больные были фиксированы на незначительных телесных ощущениях, переоценивали тяжесть своего состояния. Соматовегетативные расстройства, достаточно выраженные у данной группы пациентов, служили непосредственным поводом для ипохондрических фиксаций. Сенестопатии, как правило, локализовались в области головы, также подвергались ипохондрической трактовке.

При эндоформном депрессивном синдроме можно отметить более широкую представленность компонентов депрессивной триады. Подавленное настроение сопровождалось чувством тоски, больные жаловались на грусть, безрадостность, однако признаки витализации были крайне редкими. Двигательная заторможенность различной степени выраженности была отмечена у всех 12 человек, в одном случае моторная заторможенность достигала субступора. Больные жаловались при этом на утрату легкости при выполнении привычных действий. Идеаторная заторможенность имела место у 11 человек - они отмечали «трудность сосредоточения», «забывчивость», жаловались, что «трудно думать». Идеи самообвинения носили сверхценный характер, опирались на имевшие место сомато-психические расстройства, были нестойкими. Нередко возникали суицидальные мысли и попытки, хотя часто стрелка виновности была направлена вовне, на ближайшее окружение. Выраженность указанных расстройств отмечалась в утренние часы, уменьшалась и смягчалась днем. К концу дня состояние вновь ухудшалось, усиливалось и нарастало состояние астенического расстройства.

В отличие от депрессий мании возникали очень редко. В наших наблюдениях у 3 пациентов были зарегистрированы маниакальные расстройства. Феноменологическая структура маниакального синдрома была представлена неадекватной весёлостью с лёгкой дурашливостью. Снижение критики с неадекватной завышенной самооценкой сочеталось с повышенной раздражительностью, возбудимостью. Отмечалось агрессивное поведение. Выраженная эмоциональная лабильность, истощаемость в соче-

тании с результатами неврологического и параклинических обследований свидетельствовали в пользу органической природы этих состояний.

Таким образом, проведённые исследования показали, что в рамках органических аффективных расстройств наблюдаются депрессивные и маниакальные синдромы. Значительно реже наблюдают-

ся маниакальные синдромы. У обследованной группы лиц депрессивный синдром является феноменологически неоднородными. В зависимости от психопатологической оформленности при проведении исследования были выделены несколько вариантов депрессивного синдрома непсихотического и психотического уровней.

Список использованной литературы:

1. *Международная классификация болезней (10-й пересмотр).* - СПб.: Оверлайд, 1994.
2. Нурмагамбетова С.А., Асимов М.А. *Органические аффективные (депрессивные) расстройства // Сборник материалов международной конференции «Актуальные вопросы психиатрии. Оказание психиатрической и психотерапевтической помощи при чрезвычайных ситуациях».* – Алматы, 2004. – С. 21-22.
3. Кудьярова Г.М., Зальцман Г.И., Зальцман И.Г. *Диагностика психических заболеваний в соответствии с МКБ-10: методические рекомендации.* – Алматы, 1997. – 39 с.
4. Пивень Б.Н. *Экзогенно-органические заболевания головного мозга.* - М., 1998. – С. 144.

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

ПЕДАГОГ КАК ПСИХОТЕРАПЕВТ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ: НЕВЫСКАЗАННЫЙ СОЦИАЛЬНЫЙ ЗАПРОС

В.А. Лыкова

к.педаг.н., доцент, Южноукраинский Национальный педагогический университет им. К.Д. Ушинского, кафедра теории и методики практической психологии

Психотерапия проникает в психогигиеническую, психопрофилактическую, реабилитационную, воспитательно-коррекционную, образовательную деятельность, в область предболезни, в «группу риска», становясь актуальным социальным явлением. По замечанию А. Маслоу, она может служить противодействием основным формам давления и тенденциям больного общества, поэтому необходимо «разрушить стены, отгородившие психотерапию от других видов отношений между людьми и от самой жизни» [7: 149–161].

Современное образование для большинства его субъектов является патогенным. Неблагополучное состояние целостного (холистического, биopsихо-социо-духовного) здоровья подрастающего поколения вызывает необходимость исследований и практических действий. «Группу риска» составляет большая часть школьников, студентов, педагогов. Многие из них расплачиваются за свой документ об образовании пошатнувшимся здоровьем, экзистенциальными затруднениями, личностным неблагополучием и психосоматическими расстройствами.

Невротическими характеристиками современного образовательного процесса являются: интенсификация, линейная детерминированность, жесткая структурированность и ригидность, репродуктивность, абсолютная объективация, фрагментарность, преобладающая когнитивно-речевая ориентация, «интоксикация» агрессивной информацией, доминирование трансляционно-контролирующей функции в деятельности учителя, коммуникативная императивность, формально-ролевые отношения и нарастание виртуального общения в формате дистанционного обучения. Человек в образовательном процессе – нецелостен, фрагментарен – набор разрозненных частей (важных – голова, мозг и неважных – все остальные части тела) – внутривидо-личностная гармония и взаимодействие. Э. Тоффлер так описывал «Модульного Человека» в мире кратковременных, фрагментированных межличностных отношений на пути супериндустриализма: «мы не воспринимаем человека в целом, а включаемся, как вилка в розетку, в один из модулей его личности... Трудности возникают тогда, когда одна из сторон переступает принятые границы и пытается вступить в контакт с каким-либо другим модулем, который не имеет отношения к данной фун-

кции». В модульных отношениях требования строго ограничены [11].

Понятие «телесность» вовсе не присутствует в образовательном контексте. Традиционное воспитание в стратегии расщепления «голова-туловище», приводящее к привыканию к сверхконтролю головы (ума), игнорированию или недоверию к телу, его памяти, сигналам, импульсам. Нарушено взаимодействие в системе «мысли-эмоции-действия». Успешный ученик – тот, кто обладает хорошей памятью или способностью угадать и воспроизвести то, что хочет услышать учитель. С. Шацкий красноречиво замечал, что «педагогические вопросы весьма отличаются от обычных человеческих вопросов: педагог знает ответ на свой вопрос, и ученику тоже хорошо известно, что ответ на вопрос, задаваемый учителем, у него уже в голове имеется... Педагог обычно спрашивает своих учеников о том, что он знает, а обычно человек спрашивает о том, чего он не знает... Если учитель хочет спрашивать о чем-либо своих учеников, то было бы вернее спрашивать их как раз о тех условиях, которые сопровождали работу учеников, т.е. спрашивать о затруднениях, сомнениях, интересах и т.п.» [12].

Такая «гримучая смесь» приводит к социально-психологической напряжённости, состояниям безразличия, угнетенности, агрессивности, повышенной тревожности, накоплению неотреагированных эмоций и неразрешённых задач, снижению адекватности поведения, формированию мышечного панциря, расщеплению, психофизиологическому переутомлению на фоне гиподинамики, что, в итоге, «обеспечивает» организм, истощает личностные и энергетические ресурсы.

Учащиеся и педагоги в образовательном процессе практически лишены возможности, осознания необходимости и навыков накопления, сохранения и усиления своих жизненных сил. Поэтому, можно утверждать, что, несмотря на то, что здоровье берегающая функция образования провозглашается в документах как одна из приоритетных, она не реализуется в полной мере. Образование как «слепок общества» отражает реальные, а не декларируемые приоритеты.

Необходимы осознанные усилия, направленные на создание экологичной, «терапевтически обогащенной» образовательной среды и осознанных бе-

запасных отношений внутри нее. Можно считать, что существует «невысказанный» социальный запрос на терапевтическое сопровождение образовательного процесса, содействие целостному развитию его субъектов и, соответственно, на терапевтическую компетентность педагога. Предлагаемый в исследовании терапевтический подход может служить одним из методологических принципов гуманизации и экологизации образования.

Важно отметить, что, некачественный с точки зрения здоровьесбережения образовательный процесс, приводит к тому, что недостаточно внимания и усилий в образовательном процессе направляется педагогами на развитие у учащихся ключевой компетенции, которая обеспечивает собственную и социальную экологическую безопасность, сохранение и пополнение ресурсов целостного здоровья. В рекомендациях Парламента и Совета Европы также актуализируется необходимость обладания современным человеком социальной компетенцией, которая связана с личным и общественным благополучием и предполагает: понимание каким образом он может обеспечить оптимальное психическое и физическое здоровье, в том числе как ресурс для него самого, его семьи и ближайшего социального окружения; знание о том, как здоровый образ жизни может этому способствовать; навыки и способность справляться со стрессом и чувством фрустрации, выражать их конструктивным образом; умение строить отношения сотрудничества, асертивности и целостности [4].

Цели психотерапии (прежде всего, гуманистической ориентации) во многомозвучны этим образовательным задачам: воспитание гибкости, умения находить новые, эффективные стратегии поведения; накапливать и рационально использовать энергетические ресурсы; обеспечивать активность, энтузиазм, оптимизм; изыскивать, сохранять и развивать ресурсные состояния (В. Макаров). Психотерапию определяют как тонкое и целенаправленное использование структурированных отношений для улучшения бытия индивида (С. Берри); процесс, в ходе которого два человека стремятся разрешить вопросы, связанные с жизнью в этом мире и в это время; стимулирование и содействие внутреннему поиску клиента, помочь ему в познании самого себя и выявлении собственных сил и возможностей (Дж. Бюдженталь); «лучшую из методик», результатами которой является то, что люди иначе воспринимают действительность, иначе мыслят, иначе обучаются; изменяются их мотивы и эмоции; межличностные связи и отношение к обществу; внешность, улучшается психологическое здоровье (А. Маслоу); вид помогающих отношений, в которых, одна из сторон намеревается способствовать другой стороне в личностном росте, развитии, лучшей жизнедеятельности, развитии зрелости, в умении ладить с другими – одним человеком или группой (К. Роджерс). Объединя-

ющим для образовательной и психологической (психотерапевтической) практик является антропологический принцип и «помогающая» направленность.

Таким образом, категории «образование», «психотерапия», «целостное здоровье», «личностное благополучие», «качество жизни» являются взаимозависимыми и отражают фундаментальные аспекты жизни человека.

Идея об аксиологической, функциональной близости психотерапии и педагогики (как наук и искусств одновременно), психотерапии и образования (как развивающих, обучающих и воспитательно-коррекционных процессуальных практик) схожести их объектов, давно созрела в недрах общественного сознания и психолого-педагогической науки и является потребностью образовательной практики. Терапия часто предполагает обучение; а преподавание может трансформироваться в психотерапию.

В. Сухомлинский писал, что учительская профессия – это «человековедение, постоянное, никогда не прекращающееся проникновение в сложный духовный мир человека» [10]. А. Маслоу считал, что одна из задач обучения – научить ценить жизнь [7: 315]. Эти установки (метанавыки) роднят педагогическую деятельность с психотерапевтической практикой. Длительное общение, необходимость решать дисциплинарные проблемы, помогать в адаптации, осуществлять профилактику «оценочной тревожности», «школьных неврозов», «обученной беспомощности», реагировать на «трудное поведение», разрешать конфликты, создавать условия для самопознания, самовыражения, личностного развития и многое другое функционально объединяют творчество педагогов и психологов – консультантов, терапевтов. «Открытия в психотерапии справедливы и для образования» – считал К. Роджерс. Перед учителем и психотерапевтом стоит одна и та же цель – помочь индивидам достичь полноты своего само осуществления. Если учителя заинтересованы в функциональных знаниях, которые вносят изменения и распространяются на человека, они должны обратиться к психотерапии за примерами и идеями [9].

Развитие этих идей можно проследить по работам Б. Ананьева, В. Ананьева, Н. Аникеевой, Р. Бернса, Д. Белухина, И. Беха, Н. Бояринцевой, С. Братченко, М. Буянова, Я. Воробейчика, А. Вострикова, А. Добрович, И. Зимней, В. Кагана, А. Копытина, Б. Лихачева, Л. Лебедевой, Д. Леонтьева, В. Макарова, А. Маслоу, С. Митина, Р. Мэя, П. Третьякова, К. Роджерса, В. Столина, В. Сухомлинского.

Рассмотрим, как она представлено в современных психотерапевтическом, научном психологопедагогическом и образовательном пространствах.

Наряду с другими (медицинской, психологической, социальной и т.п.) развивается педагогическая модель психотерапии. По словам В. Макарова, она предполагает направленность на процессы обучения, воспитания и перевоспитания и включает та-

кие направления, как работа с личностью педагога, с учащимися и их семьями [6]. Модель педагогической психотерапии интегрирует разные подходы. Я. Воробейчик отмечает, что она состоит из научно обоснованных, педагог – психотерапевтических рекомендаций по применению профилактических и лечебных средств ПДП (приёмы, упражнений, методов) и учебных методик. Он выделяет такие её разновидности: педагогический вариант рациональной психотерапии (И. Вольперт, А. Свядоц, Д. Панков), психогигиена – психотерапевтическое учение о воспитании (М. Бурно), дидактическая психотерапия (И. Вельтовский, К. Платонов, Н. Нарицын), обучающая психотерапия (В. Семке и др.) [1].

В психолого-педагогической науке разрабатываются разные аспекты и представлены разнообразные подходы к пониманию задач, сущности, субъектов педагогической психотерапии.

В исследованиях научной школы П. Третьякова (Н. Бояринцева, С. Митин и др.) актуализируется проблема психотерапевтической и психогигиенической компетентности современного педагога (учителя, руководителя) как необходимого условия создания адаптивной образовательной среды. Возможности применения законов и закономерностей психотерапевтической науки в сфере педагогической деятельности рассматривает Д. Белухин. А. Добрович отмечал, что эффективное влияние педагога имеет своим непрямым результатом психотерапию. При этом педагогика и психотерапия опираются на одни и те же закономерности взаимодействия, однако отличаются в задачах и методах влияния на человека. Б. Лихачев анализировал экспериментальное воздействие педагога и способы «духовно-словесного взаимодействия»: выслушивание, выяснение, уточнение, понимание; разъяснение, увещевание, побуждение, убеждение. Е. Морозов изучает использование педагогической терапии в решении проблемы школьных неудач. Т. Карпунькина, Н. Алафировская исследуют социотерапевтическое пространство в образовании – принципы организации, технологии, основные социально-психологические средства, модель духовно-психологического пространства и виды социокультурной деятельности в его рамках. Н. Щуркова, С. Попова, Л. Шибаева и др. полагают, что психотерапевтическое влияние педагога предполагает активность в снижении неблагоприятного состояния учащихся. В. Каган считает, что эффективный подход к профилактике и коррекции психогенной школьной дезадаптации связан с правильно поставленным воспитанием, которое включает использование психогигиены и психотерапии.

А. Востриков и А. Табидзе разрабатывают концепцию педагогической психотерапии как направление психологической педагогики. Ее психотехника направлена на: активизацию и развитие резервных возможностей психики; становление эмоциональ-

но-волевой саморегуляции; преодоление психических барьеров деятельности; гуманизацию межличностных взаимоотношений, приобретение навыков эмоциональной устойчивости и защиты от стресса; психопрофилактику и коррекцию вредных привычек. Педагогическая психотерапия проводится школьными психологами на специальных занятиях по «Практическому человекознанию» [2].

Последние годы наблюдается активное внедрение в образовательный процесс в качестве здоровьесберегающего подхода и инновационной педагогической технологии арт-терапии неклинической направленности, рассчитанной на потенциально здоровую личность. Мнения о субъекте её реализации расходятся – школьный арт-терапевт-психолог (А. Коныгин), или подготовленный учитель (Л. Лебедева).

Практически и научно не разработанной, но социально востребованной является проблема внедрения терапевтического подхода в образовательный процесс в университете.

П. Грэйсон характеризует университетскую психотерапию как программу, ориентированную на психическое здоровье. Задача терапевта в университете – помочь студентам одновременно справляться с давлением, которое они испытывают в процессе обучения, и решать задачи развития [3].

Р. Мэй пишет о необходимости специального консультанта в университете, поле деятельности которого находится между профессиями психолога и немедицинского психотерапевта. Вместе с тем, отдельной службы / административного должностного лица / деканна / преподавателя-консультанта, которые заботятся о личностном здоровье студентов, недостаточно для удовлетворения их потребностей в психологической поддержке.

Созвучными нашему исследованию являются идеи Р. Мэя о том, что неотъемлемым элементом деятельности педагогов (в том числе в аудиториях) должно быть психологическое консультирование. Вся методика преподавания наиболее эффективна при подходе с пониманием личности и соответствующими эмпатическими функциями [8: 122–124]. Д. Леонтьев, анализируя преподавательскую работу в университете, также считает, что она может принимать формы, близкие психотерапии в широком её понимании.

В зарубежном образовательном пространстве активно развивается образовательная терапия, направленная на помочь учащимся и студентам с учебными трудностями и психоэмоциональными проблемами. Задача образовательных терапевтов – представлять широкий спектр индивидуальных образовательных мероприятий для детей и взрослых с ограниченными возможностями обучения.

Таким образом, в настоящее время идея сближения, взаимообогащения психотерапии, педагогики, образования становится все более актуальной. Происходит активный поиск путей и средств её практи-

ческого воплощения. Наше исследование является вкладом в разработку этой проблематики.

В основе нашей концепции лежит идея о том, что образовательный процесс обладает психотерапевтическими ресурсами, которые традиционно игнорируются, остаются невостребованными. В частности, речь идет о таких его равноважных и взаимосвязанных характеристиках, как: целостность (+ экологичность + синергетичность), субъективность, телесность, природосообразность.

Еще одним неисчерпаемым ресурсом в образовательном процессе (так же, как и в психотерапии) служат отношения, контакт. Они являются источником, путём, средством, условием достижения целей (как образовательных, так и саногенных). Однако, следует признать, что глубина и эффекты (в том числе, долговременные, отсроченные) межличностных воздействий, чаще всего, не осознаются или не признаются педагогами. Слова Р. Штайнера, к сожалению, оставаться, не услышанными и не прочувствованными многими современными педагогами: «Ведь то, что, волнуясь и струясь, живет в детях, проникает в их сердца, и волю, и, далее, в мышление, – живет в них просто потому, что еще прежде это живет в учителе, когда он со своим особым темпераментом, своим особым характером, своим особым душевным складом находится рядом. Поэтому следует знать о том, сколь существенно благополучие и несчастье в духовном, душевном и телесном отношении связаны с воспитанием и преподаванием», – писал [13].

Проблемной зоной в образовательном процессе является то, что педагоги чаще всего реагируют только на внешние – поведенческие аспекты, не осознавая возможных причин, психофизиологических особенностей, состояния здоровья ученика и т.п. Например, под педагогический диагноз «агрессивный ребёнок» попадают многие учащиеся, которые ведут себя «неудобно» – невоспитанно, беспокойно, напряжённо, истерично, жестоко, грубо, драчливо, враждебно-молчаливо неуправляемо и т.д. Педагогами часто игнорируется факт того, что такое поведение – отражение внутреннего дискомфорта, неумения адекватно реагировать на происходящее вокруг, отчаянная попытка заявить о себе, наладить социальные контакты, а продуцировать его могут самые разные причины (а не только понятные педагогу). Соответственно выбираются карательные воспитательные меры. Однако они не дают стойких позитивных результатов, на которые рассчитывают педагоги, а только усугубляют конфликтную ситуацию. Для многих из них постоянное противостояние «агрессивному» ребёнку представляется бесконечным и неразрешимым, а поиск адекватных форм и приемов взаимодействия с ним – проблемным.

Незамеченными чаще всего остается телесно-звуковой пласт общения. У педагогов обычно не развита способность к их адекватной и грамотной

интерпретации и учёту. Недостаточно отрефлексированным остается и понимание педагогом своей роли и возможностей своего влияния в становлении личности и развитии обучаемого. Поэтому и отношения «учитель – ученик», «преподаватель – студент» чаще всего остаются дефицитарными – формальными, искаженными, неполноценными.

Вместе с тем, любой педагог (воспитатель, учитель, преподаватель), независимо от статуса, постоянно сталкивается с необходимостью принятия на себя роли и функций психотерапевта в образовательном процессе. Он может проигнорировать этот бессознательный «запрос» учащегося на психологическую / эмоциональную / терапевтическую поддержку или отреагировать на него. Однако, эти попытки «спонтанной психотерапии» чаще всего реализуются педагогом на уровне интуиции (что, в силу профессиональных стереотипов и личностных особенностей, не всегда означает – конструктивно).

А. Маслоу считал, что «любой, кто добр, порядчен, готов прийти на помощь, демократичен в психологическом понимании этого слова, проявляет сердечность и теплоту, является психотерапевтическим фактором...» [7: 161]. Однако, как показывает образовательная практика, современному педагогу явно недостаточно быть «просто хорошим человеком», которого уважают ученики, а тем более, «отличным учителем-методистом, который дает хорошие знания». Однако простого желания проявить эмоциональную заботу, несмотря на его значимость, также недостаточно. Даже мотивированный на оказание помощи и поддержки педагог, не обладает соответствующими компетенциями.

Р. Мэй отмечал, что «консультирование – это скорее не профессия, а техника или искусство, которое должно применяться как часть более широких обязанностей в профессиях, предполагающих длительное общение с людьми, например, в работе врачей, учителей, директоров школ, деканов, священнослужителей, пасторов и социальных работников. Необходимы специальные курсы, тренинги для овладения наукой, искусством и техникой помощи людям, в том числе, для профессорско-преподавательского состава. При этом он выражал надежду, что это будет восприниматься всерьез представителями педагогической профессии [8: 161]. В. Макаров также считает, что в области психотерапевтических технологий важно готовить разных специалистов, в первую очередь – психологов, социальных работников, педагогов.

Конечно, педагог не может и не должен подменить собой специалиста – психотерапевта или психолога. Но, живя в невротизированном обществе с малой осознанностью эффектов и последствий «эгожизни» (Н. Маслова), низким уровнем психологопедагогической и валеологической культуры населения, недостаточным пониманием содержания и возможностей психологической помощи, и, соот-

вественно, – её малой востребованностью, он не имеет права игнорировать этот аспект. Взаимодействовать с учащимися по принципу «не навреди» – его профессиональная обязанность. Таким образом, терапевтическая компетентность педагога (воспитателя дошкольного учреждения, учителя средней школы, преподавателя университета, гувернера и т.п.), так же, как и терапевтическое сопровождение образовательного процесса становятся не только социальным запросом, но и цивилизационным вызовом.

Уровень профессионально-личностного здоровья большинства педагогов, их компетентность в вопросах сохранения и пополнения ресурсов холистического здоровья (в том числе, своего собственного), недостаточны для решения проблемы. Необходима специальная подготовка, включающая личностную гармонизацию педагога и развитие его терапевтической компетентности. Ее можно осуществлять при обучении в магистратуре по педагогическим специальностям, в процессе повышения квалификации либо в рамках неофициального обучения, подтвержденного сертификатом.

Педагог, прошедший подготовку и обладающий соответствующей терапевтической компетентностью, обладает гораздо большими возможностями для оказания реальной помощи и поддержки. Он свободен от традиционных неадекватных педагогических стереотипов (поскольку проработал их в процессе подготовки), гибок в выборе способов и приемов её оказания. Однако, как справедливо отмечает В. Макаров, психотерапевтическая подготовка педагогов представляется очень важной и пока не решенной задачей. Результаты нашего исследования определённым образом восполняют этот дефицит [5].

Мы разработали и внедряем учебную программу «Педагогическая терапия в образовании». Она предполагает гибкий индивидуально-ориентированный подход – коррекцию содержания и форм обучения, перераспределение часов внутри курса в соответствии с потребностями участников, что способствует трансформации обучения в мотивированное, личностное значимое учение; выявление, учёт дефицитов, прояснение тревог и ожиданий студентов; совместное обсуждение цели и наличного учебного опыта участников; создание в процессе обучения терапевтической образовательной среды, аутентичных, открытых, доверительных отношений и возможности «погружения» в них, что позволяет проследить на себе ценность и возможности терапевтического педагогического взаимодействия; интерактивный формат группового обучения, диалогичное общение, что способствует развитию автономности, ответственности и сотрудничества, осознания себя активным субъектом обучения; демонстрацию на ранней стадии обучения его ценности, целесообразности, полезности, перспективности; возможности использования учебного опыта для

решения жизненных ситуаций; актуализацию и опору на личностный и профессиональный опыт участников группы как важнейший источник обучения; опору на эмоционально-чувственное восприятие, биполушарное обучение; активное внимание к телесному самовыражению и невербальным коммуникациям, осознание психосоматических неблагополучий, мышечных зажимов и их проработку; постоянную обратную связь, комментарии и анализ результатов обучения; возможность пролонгированного обучения, супервизии, «групп встреч» для обсуждения эффектов применяемых в собственной педагогической деятельности стратегий и навыков, возникающих трудностей и сомнений, индивидуальных консультаций педагогов по вопросам педагогической терапии.

Учебная программа ориентирована на взрослых людей – педагогов с достаточно развитым уровнем личностного и профессионального сознания и опыта (ее можно изучать на уровне магистратуры, в системе повышения квалификации). Этим обусловлена возможность достаточно глубокого «погружения» в обсуждаемые проблемы посредством рассмотрения психологических механизмов, причин, нюансов межличностных (в частности педагогических) отношений, а также высокая трудоемкость самостоятельной работы и итогового учебно-исследовательского задания.

Родительский возраст многих участников программы позволяет включить «проработку» более интимных, личностных проблем, которые непосредственно влияют на эффективность в профессиональной деятельности. Это, например, обсуждение и последующая самостоятельная работа над вопросом: «учительский ребёнок» – диагноз или...?». Исследование собственных детско-родительских сценариев, позитивные эмоциональные изменения в ближайшем семейном окружении позволяют учителю выйти как педагогу-терапевту в более широкий социум (класс, школу, студенческую группу), создавая здоровьесберегающую среду.

В соответствии с целями были предложены ожидаемые результаты обучения (компетенции). Быть компетентным педагогом-терапевтом в образовательном процессе означает:

- испытывать интерес к самому себе, людям; хотеть и мочь исследовать внутренний мир; обладать навыками аутотерапии;
- целостно воспринимать человеческую жизнь, понимать и принимать актуальные потребности и возможности окружающих людей;
- принимать и понимать своего Внутреннего ребёнка как ресурсное состояние;
- понимать ценность холистического здоровья, биopsихосоциодуховной модели личности;
- быть заинтересованным в оздоровлении отношений (как жизненно необходимого опыта присутствия и рождения собственных смыслов) в обра-

зовательной среде, понимать их ценность и самодостаточность;

- знать основы и возможности применения психосоматического подхода в образовательном процессе;
- осознавать роль телесности и тела в образовательном процессе, обращать внимание, разбираться в сигналах тела (дыхание, интонации, вегетативные реакции и т.п.), учитывать их при установлении и разворачивании контакта; знать и уметь адекватно и гибко применять телесно-ориентированные приемы;
- понимать и аргументировать ценность и взаимосвязь холистического здоровья, целостного развития, качества отношений (контактов) и опыта в образовательном процессе;
- понимать и принимать роль процессуальности, субъективности в образовании; ценить и «наслаждаться» педагогическим процессом (отношениями) так же, как целями, средствами и результатами;
- знать и учитывать индивидуальные особенности, принимать и приветствовать непохожесть, демонстрировать толерантность;
- знать возможные причины и формы проявления эмоционально-личностных неблагополучий, школьных неврозов, осознавать многоконтекстность разнообразных поведенческих проявлений; уметь осознанно, гибко и адекватно на них реагировать;
- знать и понимать сущность, механизмы сопротивления, различных видов психологической защиты, трансфера и контрпереноса;
- владеть навыками саногенного, латерального, двуполушарного мышления, использовать их для целостного развития учащихся;
- быть аутентичным, искренним, эмпатийным, сензитивным; открытым новому опыту, знаниям; демонстрировать готовность пересматривать неадекватные профессиональные стереотипы; проявлять присутствие (доступность и экспрессивность); проявлять мужество признавать ошибки; обладать способностью и навыками рефлексии, принятия и проявления чувств, обратной связи;
- владеть методами вербальной и невербальной терапевтической поддержки, уметь слушать, держать паузу; навыками медиации;
- использовать интерактивное обучение как терапевтический процесс;
- понимать особенности групповой динамики;
- отказаться от агрессивных неэкологичных образовательных подходов и технологий.

Такой широкий набор компетенций обусловлен принципами целостности и процессуальности. Цель педагогической терапии – помочь человеку (ученику, студенту, педагогу) внести в свою жизнь необходимые изменения. Изменения могут коснуться убеждений, способов познания, поведения, вытес-

ненные переживания, восприятие самого себя или окружающего мира, затронуть поведенческую, эмоциональную и когнитивную сферы. В терапевтически ориентированном образовательном процессе и соответствующем поле отношений каждый учащийся предоставляется возможность и присутствует вера в его способность самостоятельно интуитивно выбрать и «взять» для себя то, в чем он, прежде всего, испытывает дефицит (наиболее необходимое и важное для него на момент обучения¹), наметит собственную образовательную траекторию и необходимую стратегию изменений – соответственно будут формироваться или закрепляться компетенции. Выбор здорового внутреннего «Я» всегда будет наиболее адекватным. Развитие и/или «реабилитация» в одной из названных областей в соответствии с эффектом «снежного кома» или «кругов по воде» обязательно приведет к глобальным конструктивным личностным изменениям, вызовет устойчивые изменения в многочисленных сферах жизни личности.

Участие в учебной программе предоставляет педагогу возможность пережить опыт «помогающих» отношений. Отношения, разворачивающиеся между субъектами терапевтически обогащенного образовательного процесса (при сохранении всех его традиционных функций), сами по себе являются опытом роста и обучения (как для учащихся, так и для педагога). Если человек будет «затронут» этим опытом, он сможет распространить его на все сферы своей жизни.

Отличительной особенностью педагогической терапии в образовательном процессе является то, что она *не является*: отдельной функцией психолога системы образования; самостоятельным участком (видом, функцией) работы педагога; только оперативной психологической помощью (в случае конфликтов, «трудного» поведения) и т.п.); *не предполагает для внедрения специального урока или отдельного мероприятия*; *не тождественна* педагогическому мастерству в его традиционном понимании (близости к актерской профессии); информированности педагога в области психологии, вопросах здоровья; использованию педагогом терапевтических техник. Она пронизывает и сопровождает (чаще выступая «фоном», при необходимости – «фигурой») весь образовательный процесс. Основой педагогической терапии является профессиональное мировоззрение педагога, его установка на сбережение и пополнение ресурсов холистического здоровья и целостного развития педагога и ученика (студента), на полноценное аутентичное присутствие в отношениях.

Условие и средство реализации педагогической терапии – создание экологичных, здоровых, помогающих, заботливых, безопасных отношений в образовательном процессе; возможность проживания опыта таких отношений, целостного осознания себя в них.

¹ Можно провести параллель с индивидуальным запросом в момент обращения за психологической помощью.

Стратегии реализации педагогической терапии в образовательном процессе – забота, помощь, коррекция, сопровождение. Объект – образовательный процесс и его субъекты; модель – психологическая (в широком понимании) – неврачебная, педагогическая; место – образовательные учреждения; продолжительность – долговременная и при необходимости – кратковременная – «оперативная» психотерапевтическая помощь; форма воздействия – отношения; результат – для субъектов образовательного процесса: формирование базовых компетенций – умения познавать, сохранять, активизировать и развивать собственные ресурсные состояния; гибкость;

способность к аутотерапии – разрешению внутренних трудностей; мотивация целостного индивидуального развития и обучения; улучшение холистического здоровья; для образовательного процесса в целом – внимание к субъективности, процессуальности и телесности; повышение качества образования. Критерии эффективности – субъективная позитивная оценка субъектами образовательного процесса собственного психологического состояния и состояния здоровья, осознание ими собственных ресурсов; ощущение аутентичности, интегрированности и заземленности; улучшение межличностных отношений и качества жизни в целом.

Список литературы:

1. Воробейник Я.Н. *К вопросу о структуре педагогической психотерапии и её задачах* // *Психотерапия и клиническая психология*. – 2009. – № 4. – С. 20–28.
2. Востриков А.А., Табидзе А.А. *Педагогическая психотерапия. Авторская концепция* // *Материалы IV Всероссийского съезда психологов образования России «Психология и современное образование*. Направление I, II. – М., 2008. – С. 41–42.
3. Грэйсон П.А. *Психодинамическая психотерапия со студентами и аспирантами* // *Журнал практической психологии и психоанализа*. – 2008. – №3. // <http://psyjournal.ru/>
4. Ключевые компетенции для обучения в течение всей жизни. Рекомендации Парламента и Совета Европы от 18 декабря 2006 г. «О ключевых компетенциях обучения в течение жизни» (2006/962/EC). Кн. 2. – С. 66–77.
5. Лыкова В.А. *Педагогическая терапия в образовании (предпосылки и основания)*: Монография. – Киев – Ивано-Франковск: Галицкая академия, 2009. – 676 с.
6. Макаров В.В. *Психотерапия нового века*. – М.: Академический Проект, 2001. – 496 с.
7. Маслоу А. *Мотивация и личность*. 3-е изд-е / Пер. с англ. – СПб.: Питер, 2009. – 352 с.
8. Мэй Р. *Искусство психологического консультирования. Как давать и обретать душевное здоровье* / Пер. с англ. – М.: Апрель Пресс, ЭКСМО-Пресс, 2001. – 256 с.
9. Роджерс К. *Взгляд на психотерапию. Становление человека* / Пер. с англ. – М.: Прогресс, 1994. – 480 с.
10. Сухомлинский В.А. *Сто советов учителю*. – К.: Радянська школа, 1984. – 254 с.
11. Тоффлер Э. *Шок будущего* / Пер. с англ. – М.: ACT: ACT МОСКВА, 2008. – 557 с.: С. 113–115.
12. Шацкий С.Т. *Избранные педагогические сочинения: В 2 т. Т. 2*. – М., 1980. – С. 192–193.
13. Штайнер Р. *Методика обучения и предпосылки воспитания* / Пер. с нем. – М.: Парсифаль, 1994. – 80 с.

УДК 159.922

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ФАКТОРА НА РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТИ И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ

А.З. Нургазина

руководитель отдела менеджмента научных исследований РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», к.м.н., г. Павлодар (РК)

Л.А. Бикетова

эксперт по психологии отдела менеджмента научных исследований РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар

И.К. Тотина

врач-психотерапевт ГУ «Павлодарский областной центр профилактики и борьбы со СПИДом»

Социально-психиатрические исследования [1-3] демонстрируют различия в вероятности проявления психических нарушений в зависимости от социального типа семьи и социального статуса индивиду-

ма. Принадлежность к разным социальным слоям опосредует развитие трех негативных социальных феноменов: 1) увеличение социального балласта (давление со стороны общества) в семьях с низким

социальным статусом; 2) болезненное переживание изменений в социальной среде и во внутренних семейных отношениях социально незащищенной семьи, имеющей меньший положительный опыт в регулировании отношений; 3) социально неблагополучные семьи сориентированы на использование неадекватных требованиям среды способов и форм разрешения конфликтов.

N. Dorn (1983) описывает три, связанные между собой, системы: социокультурная (общество), личностная (индивиду) и социализирующая (грубый эквивалент семьи). Каждая система состоит из комплекса поощрений и наказаний (нормативной системы, социальных и личностных ценностей и системы контроля). Когда совпадают несколько факторов, например социокультурная подсистема возможностей заблокирована, личностная, нормативная подсистема слаба и недоразвита, социальный контроль низкий, то тогда нарушения поведения становятся более вероятными. По мнению автора, алкоголизм и токсикоманию следует относить к социальным девиациям из-за блокировки потребностей. Рядом авторов роль предшествующих отклонений в психическом и физическом развитии признается, как «изменённая почва», способствующая возникновению психогенных заболеваний и определяющая их симптоматику, а от части и динамику [4-5].

Макаров В.В. (1981), Гонопольский М.Х. (1985) склонны утверждать, что в этиологии токсикоманий существует сумма биологических и социальных факторов, причём последним придаётся решающее значение [6-7].

Орлов И.В. определяет «социальную зависимость» и как давление со стороны группы, и как стремление молодого человека, испытывающего потребность одобрения и признания её членов, приспособиться к этой группе.

Стремительное ускорение темпов общественного бытия и огромный информационный поток порождают различного рода социальные кризисы, ведущие к нарушению адаптации и, как следствие, реализация саморазрушающих видов поведения у значительной части социума [8, 9], в том числе алкоголизация и наркотизация [9-10].

Интенсивное внедрение развивающих психотерапевтических технологий в другие социальные практики и, прежде всего, в сферы воспитания и образования способствует повышению эффективности первичной профилактики алкоголизма, наркомании и токсикомании [10-15].

Широкому распространению употребления психоактивных веществ (ПАВ), особенно среди молодого поколения, способствует также размытость общественных ценностей и норм поведения [16]. Другими маркерами нарастающего тотального социального кризиса являются религиозный фанатизм, рост преступности, изобилие вооруженных конфликтов и многие другие «флаги катастроф», свидетельству-

ющие о несостоительности самоорганизующей функции социума [17]. В связи с этим возникает необходимость формирования в обществе противодействующих механизмов и технологий, направленных на развитие социального психического здоровья [8]. Наиболее адекватно этим целям отвечает психотерапия как уникальная индивидуальная и социальная развивающая практика [18].

Приоритетная роль психотерапии в превентивной аддиктологии и наркологии подчеркивается большей частью исследователей [19, 20, 21, 22]. Важным представляется замечание А.В. Надеждина: «Существующие антинаркотические программы, основанные на концепции личностного роста, не приносят пока желаемого результата, потому что нельзя рассматривать личность в отрыве от социума, развивая её, изолированно от общества и исторически преемственного менталитета». Кроме того, результаты транскультуральных исследований продемонстрировали, что универсализм современных методов психотерапии относителен, поскольку они тесно взаимосвязаны с «картиной мира» и образом жизни.

Поэтому возможности переноса их из одной культуры в другую ограничены [23-24]. Исходя из данного утверждения - социальная психотерапия [25], а также транскультуральная психотерапия и наркология [26-27] становятся наиболее перспективными направлениями, эффективно предотвращающими распространение зависимости от психоактивных веществ и других социальных эпидемий. В.Я. Семке (1999) отмечает, что «по сути дела нуждается в кардинальном пересмотре вся теоретико-методологическая база отечественной медицины, прежде всего в вопросах предупреждения того или иного заболевания, в более широком осознании самого термина, профилактика». Более точным и адекватным является понятие предупредительного (превентивного) характера осуществляемых воздействий: не только медицинской помощью должно обеспечиваться право на охрану здоровья, но и присоединению к ним широких социально-экономических, политических мероприятий [28].

Максимова Н.Ю. (2001) предлагает следующие направления профилактики аддиктивного поведения:

- а) превентивное образование (в том числе превентивное образование для родителей);
- б) психокоррекционная работа с подростками «группы риска»;
- в) психологическая помощь детям из семей, отягощенной алкогольной зависимостью;
- г) психологическая поддержка родных и близких проживающих совместно с алкоголиком (наркоманом);
- д) психокоррекционная работа с взрослыми детьми алкоголиков.

Весь комплекс мер по первичной диагностике, коррекции и профилактике поведенческих нарушений Рычкова Н.А. (2001) относит к профилактичес-

кой реабилитации. По её мнению, к принципам профилактической реабилитации относятся:

- предупреждение возникновения поведенческих расстройств;
- раннее выявление нарушений поведения и предупреждение их дальнейшего развития;
- учет нозологической принадлежности больного; комплексность лечебно-профилактических и коррекционных мероприятий;
- дифференцированный подход к процессу лечения и занятий с учетом возрастных и индивидуальных особенностей ребенка, а также типологии поведенческих нарушений;
- равномерное распределение психофизической нагрузки в ходе психокоррекционной работы;
- взаимопроникновение коррекционных и общепедагогических целей; опора на сохранные и компенсаторные механизмы с целью повышения результативности проводимой системы мер [29].

Из этого следует, что Н.А. Рычкова (2001), говоря о профилактической реабилитации, включает в данный комплекс психологическую коррекцию и психотерапию.

В мероприятиях по первичной профилактике поведенческих расстройств трудно переоценить значение системы научно обоснованных и целенаправленных мероприятий по пропаганде общегигиенических и психогигиенических знаний. В ней должны найти место и меры, направленные, с одной стороны - на предотвращение экзогенных вредностей, начиная с периода беременности, а с другой стороны - на создание благоприятных условий для гармоничного развития ребенка с первых дней жизни. Характер стимулирования потребности в эмоциях у ребенка (положительных или отрицательных), уход, соблюдение режима, сенсомоторное развитие в ранние периоды жизни - всё это создает основу для дальнейшего психического развития.

Профилактическая реабилитация объединяет ряд комплексных мероприятий, осуществляемых специалистами разного профиля: медикаментозное лечение; ЛФК; физиотерапия; коррекционные психолого-педагогические занятия; функциональная музыкальная игропсихотерапия; семейная психотерапия; ритмика; общевоспитательные мероприятия; индивидуальные психотерапевтические беседы с родителями по тактике воспитания; участие родителей и детей в «проигрывании конфликтов»; обучение родителей приемам коррекционной работы с детьми; обследование бытовых и общих жизненных условий.

В.Я. Семке и Г.В. Залевский (1999) пришли к идеи формирования научного направления «Психическое здоровье участников педагогического процесса», где речь идет о здоровье в цепочке «ребёнок – родители – педагог».

А.Л. Катков (1995), говоря о «феномене психического здоровья», одним из существенных момен-

тов приводит фактическое сближение и взаимопроникновение профессий, напрямую связанных с проблемами формирования душевного здоровья населения, таких, например, как медицина, психология, педагогика. Он подчёркивает «исключительную важность внесения в образовательную базу подготовки педагогов основ теории и практики медицинской психологии и психотерапии, с помощью которых возможно наиболее эффективное решение проблем личностного роста, компенсации дефицита каких-либо качеств, повышение адаптационных способностей и т.д.» [30].

Карл Р. Роджерс считает, что данная категория методов лечения оказывает прямое воздействие на индивида с тем, чтобы помочь ему достичь более приемлемого отношения к собственной ситуации и носит название прямое лечение. Другая группа методов прямой терапии может быть определена как экспрессивная терапия, поскольку очень важную роль здесь играет так называемый катарсис в области чувств и установок. Эта группа методов включает игровую терапию, групповую терапию, арт-терапию, психодраму и другие подобные техники. Большинство из этих методов используется при работе с детьми. В каждом случае основным элементом лечения является полное выражение чувств, ощущений либо неверbalными средствами при помощи кукол, рисунков или глиняных фигурок и т.д., либо вербально, когда эмоции и чувства проецируются на других, как, например, при спонтанной или управляемой драматизации. Говоря о терапии К. Роджерса, необходимо учитывать этнокультуральные аспекты личности [26; 31], так как многие западные технологии не имеют успехов при работе в культуральной среде, присущей нашей стране.

Другой очень важный метод психотерапии различных расстройств, о котором говорит Карл Р. Роджерс – это лечение средой, то есть решение проблем индивида путём управления его окружения. Формы такого лечения многообразны и могут включать любые возможные средства, посредством которых окружение отдельного человека, как в физическом, так и психологическом плане, становится более благоприятным для нормального его приспособления [26].

Говоря о профилактике, терапии и гигиене, по сути, мы говорим о валеологии. Данное понятие приобрело известность в последнее время. И.И. Брехман (1990), В.А. Лищук (1994) определяют понятие валеология, как науку о здоровье [31].

М.Н. Валивач (2001) включает в понятие валеология воспитание здоровья. Воспитание здоровья состоит из двух частей – поддержания здоровья и развития здоровья. Поддержание здоровья – это воспитание навыков личной и общественной гигиены, навыков правильного питания, половой гигиены и контрацепции, умения жить в экологически неблагополучной среде. Развитие здоровья (функциональ-

ная тренировка с целью создания «резерва прочности») состоит из занятий физической культурой, за-каливания, прививок социально-психологических тренингов и т.п. В.Я. Семке (1999) вводит понятие валеопсихология. «Валеопсихология является, по нашему мнению, новой отраслью научных знаний, интегрирующей в системном анализе два понятия – «здравье» и «психология» – с позиций их оценки в общественном и индивидуальном аспектах, прежде всего с учетом социального и личностного статусов человека» [28]. Исходной позицией для развития валеопсихологии, по мнению В.Я. Семке, служит концепция психического здоровья человека и общества. По мнению В.Н. Никитина (2000), психическое здоровье выступает как следствие конфликтного взаимоотношения «человека индивидуального» и «человека общественного» [32]. По мнению Х. Пезешкиана (1995), здоровым является не тот человек, у которого не бывает конфликтов, а тот, кто умеет возникающие конфликты преодолевать [33].

А.Л. Катков (1995) предлагает информационно-экономическую концепцию развития и деятельности системы психиатрической помощи и формирование феномена психического здоровья, как личности, так и общества. Данная модель наиболее всеобъемлюща для профилактики, превенции, реабилитации психического здоровья личности и общества и вмещает в себя понятие глобальная валеопсихология. В схеме «феномена душевного здоровья

человека и общества», по мнению Каткова А.Л. (1995), центральное место занимает человек как объект, формирующийся за счёт различных информационных потоков и подвергающийся воздействию с их стороны на протяжении всей жизни (человек – мера всех вещей) [8]. Но в тоже время человек в данной схеме предстаёт субъектом, активно формирующими данные информационные потоки (человек – начало всех вещей) [34]. В.Я. Семке (1999) приводит принципы ранней превенции, которыми являются: повышение устойчивости организма к воздействию неблагоприятных производственных, микросоциальных и природно-климатических факторов; раннее выявление формирующихся пограничных состояний; своевременное купирование на донозологическом уровне [27].

Таким образом, по мнению авторов, в феномене «социальной зависимости» можно рассматривать два аспекта. С одной стороны она определяется воздействием группы на человека, с другой – как зависимость подростков от своей неформальной группы в отношении предметов и ценностей, которые важны для него, но находятся во власти этой группы. Переход «социальной зависимости» рассматривается как предварительная стадия в развитии психической зависимости от наркотика. Лицам, находящимся на стадии «социальной зависимости», угрожает опасность наркомании других видов аддикций уже в медицинском смысле этого слова.

Список использованной литературы:

1. Höfner, H., Reimann, H., Immich H. Inzedenz seelischth Erkrankunger in Mann-heim, 1965 // Sozialpsychiatrie. – 1969. № 4. – P. 126 – 135.
2. Dohrenwend, B.P., Dohrenwend, A.S., Social and cultural influences on psycho-pathology // Annual Ref Psychol. – 1974 - № 25, - P. 417-453.
3. Thalmann, H.C., Verhaltensstörungen im Grundschulalter.– Stuttgart: Klett, 1971.
4. Ковалев, В.В. Основные вопросы проблемы психогенных заболеваний на измененной почве // Психогенные (реактивные) заболевания на измененной «почве»: Матер. научн. практик. конф. в г. Воронеже 21 - 22 октября 1982 г. - Воронеж, 1982. - С. 5-2.
5. Ушаков, Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства / изд. 2-е., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1987 – 304 с.;
6. Гонопольский, М.Х. Некоторые актуальные проблемы наркологии: Актовая речь. - Алма-Ата: Наука. - 1985.
7. Макаров, В.В. Развитие алкоголизма у подростков: Автореф. дис. канд. мед. наук. - Новосибирск, 1981. - 18 с.
8. Соложенкин, В.В. Психологические механизмы личностного роста, факторы препятствия ему и службы психического здоровья // Вопросы ментальной медицины и экологии, 2000, Т. 6, № 3. – С. 41-42.
9. Кошкина, Е.А. Проблемы употребления психоактивных веществ среди молодежи // Вопросы наркологии, Т. 2, № 2, 2002. – С. 89 – 90.
10. Дмитриева, Т.В. Гештальт - подход в работе сарами и семьями // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 1999, №1. – С. 27 – 37.
11. Сирота, Н.А., Ялтонский, В.М. Профилактика наркомании у подростков. От теории к практике. – М., 2001.
12. Лаврова, Н.М., Мельников, А.В., Лавров, В.В., Дедков, Р.О. Интенсивно-интегративная групповая психотерапия // Вопросы ментальной медицины и экологии, 1999, Т. 5, № 4. – С. 44-45.
13. Мазур, Е.С. От гуманистической психологии личностного роста – к экзистенциальной психологии жизнетворчества // Московский психотерапевтический журнал, 2001, № 2. – С. 150-154.
14. Ромек, Е.А. Социальный статус психотерапии: Становление, функция, концептуально-методологические основания // Авторефер. дисс. док. филос. наук. Ростов-на-Дону: Ростовский государственный университет, 2003.

-
-
15. Нургазина, А.З., Идрисова, А.М., Букаева, С.К., Молчанов, С.Н. Изучение формирования у подростков аддиктивного поведения и психокоррекция // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, № 2 (28), 2003. – С. 73.
16. Гоголева, А.В. Аддиктивное поведение и его профилактика. - Москва - Воронеж, 2003.
17. Катков, А.Л., Россинский, Ю.А. Комплексное исследование качества социального психического здоровья. – Павлодар, 2002. – 24 с.
18. Симонова, Е. Возможности когнитивного подхода в психотерапии химической зависимости // Московский психотерапевтический журнал, № 4, 2001. – С. 132-143.
19. Семке, В.Я. Аддиктивная личность в зеркале персонологии // Наркология, № 1, 2002. – С. 27-34.
20. Валентик, Ю.А., Гериш, А.А., Зарецкий, В.В. Базовая модель профилактики злоупотребления психоактивными веществами // Наркология, № 8, 2002. – С. 16 – 18.
21. Сидоров, П.И. Пропаганда здорового образа жизни в наркологической превентологии // Наркология, 2003, № 5. – С. 2-14.
22. Сирота, Н.А., Ялтонский, В.М. Мотивация в контексте первичной, вторичной и третичной профилактики наркомании // Наркология, № 8, 2002. – С. 26 – 30.
23. Тукаев, Р.Д. Российская мультимодальная психотерапия. Часть 1. На распутье. – М.: Московский научно-исследовательский институт психиатрии Минздрава России, 2003. – С. 1 – 19.
24. Pfeiffer, W. [What makes a consultation therapeutic? On the cultural characteristics of psychotherapeutic methods] [Article in German] // Psychother Psychosom Med Psychol., 1991, v. 41 (3-4). – P. 93-101.
25. Катков, А.Л. Базовая динамика организационных подходов в психотерапии – от элитарных к социализированным // Вопросы ментальной медицины и экологии, 2000, Т. 6, №3. – С.7 - 18.
26. Семке, В.Я., Эрдэнэбаяр, Л., Бохан, Н.А. Транскультуральная наркология и психотерапия. – Томск, 2001. – 162 с.
27. Семке, В.Я. Реалии и перспективы транскультуральной наркологии // Наркология, № 1, 2003. – С. 44-48.
28. Семке, В.Я. Превентивная психиатрия. – Томск: издательство Томского университета, 1999. - 403 с.
29. Рычкова, Н.А. Дезадаптивное поведение детей, диагностика, коррекция, профилактика. Учебно-методическое пособие. – М.: Издательство ГНОМ и Д, 2001. – 96 с.
30. Катков, А.Л. Информационно-экономическая концепция деятельности системы психиатрической помощи в условиях рыночных отношений. Информация и формирование феномена психического здоровья. Вопросы психиатрии и наркологии (сборник научных трудов). – Изд. «АО Кустанайский печатный двор». Том XIII, 1995. – С. 295-305.
31. Лицук, В.А. Научные основы здоровья // Вестник РАМН, 1994, №4. – С. 55 – 59.
32. Никитин, В.Н. Энциклопедия тела. - М., 2000.
33. Пезешкиан, Х. Психотерапия повседневной жизни. – М.: «Медицина», 1995. – 336 с.
34. Катков, А.Л. Феномен психотерапии // Наркология, № , 2003.

МЕДИАЦИЯ КАК ПРОФЕССИЯ И МЕДИАТИВНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ КАК НОВОЕ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

И.А. Чеглова

вице-президент Профессиональной психотерапевтической лиги, к.м.н., доцент, г. Москва, Россия

Развитие медиации (процедуры внесудебного разрешения споров) и связанной с этим профессиональной и образовательной деятельности в России санкционировано сверху, и набирает силу и скорость. Совсем недавно, 1 января 2011 г. официально вступил в силу закон о медиации [2]. Чуть позже была утверждена Государственная образовательная программа по данной специальности. А тема внесудебного разрешения споров широко обсуждается в юридическом и психологическом сообществах, публикуются комментарии к закону. Этой теме посвящаются телепрограммы, издается ряд специализированных журналов, в интернете появляются мно-

гочисленные тематические блоги, развиваются информационные и дискуссионные сообщества, посвященные юридическим и психологическим аспектам медиации, развиваются медиативные центры, как при вузах, так и на основе частной коммерческой и социальной инициативы. Традиционный осенний конгресс Профессиональной психотерапевтической лиги заявил медиацию в качестве одной из основных тем.

Наибольший интерес к новой сфере профессиональной деятельности проявили представители двух сообществ – психотерапевтического (психологического) и юридического. При этом юристы считают

своим основным преимуществом знание законодательства и умение работать с документацией по правовой тематике, а психотерапевты и психологи – коммуникативную компетентность и личностную подготовку.

Здесь я кратко изложу основные аспекты того, где применяется медиация и как она работает. Расскажу и о том, почему я убеждена, что медиативная компетентность фактически определяет новое качество жизни человека, семьи, и, как знать, может быть, и общества в целом.

Медиация – это процедура, в ходе которой конфликтующие стороны могут на добровольной основе путём переговоров совместными усилиями выработать и закрепить решение, которое будет приемлемым для каждой из сторон и приведет к разрешению конфликта. И поможет им в этом *медиатор* – лицо, уполномоченное сторонами для осуществления процедуры медиации. Медиатор может получать гонорар за свои услуги, но при этом никоим образом не зависит от сторон и не имеет права принимать решения по существу конфликта.

Фактически стороны (медианты) отвечают в этом процессе за содержательную сторону вопроса, за выработку и выполнение взаимоприемлемого решения, а медиатор – за осуществление соответствующей коммуникативной процедуры, за организацию переговорного процесса, за его следование целевой направленности и психологическую безопасность.

Согласно Закону о медиации сферами применения этой процедуры являются споры, возникающие из гражданских, трудовых и семейных правоотношений.

Медиация является средством выбора в следующих случаях:

- когда сторонам важны их будущие отношения, интересы (например, в бизнесе, или после развода, когда затронуты интересы детей);
- когда стороны признают сильное влияние эмоциональной / ценностной / личностной стороны конфликта (например, при разногласиях между партнерами или акционерами);
- когда важно сохранить полную конфиденциальность (в отличие от судебных процессов, которые, как правило, публичны);
- когда стороны стоят перед необходимостью выработать всеобъемлющее решение (а правовой спор охватывает лишь часть проблемы, и регулирует бинарным конструктом «да \ нет»).

Основные отличия медиации от судебного разбирательства

Суд – процесс формальный и публичный, который контролируется государством. Суд сфокусирован на поводе к конфликту, сборе доказательств, причин и фактов из прошлого. Он регулируется пра-

вом, ориентируется на победу одной из сторон, используя слабости позиций другой стороны, применивая стратегию «выигрыш - проигрыш».

В отличие от суда медиация представляет собой конфиденциальный, неофициальный процесс, основанный на автономности участников конфликта. Процесс, при котором учитываются личные убеждения, субъективные интересы, уважаются различия, и точки зрения сторон для создания взаимоприемлемого будущего. Это путь к решению в духе «выигрыш-выигрыш».

Медиативные услуги – это разрешение корпоративных, коммерческих, трудовых, семейных и других споров и конфликтов. Медиаторы, прошедшие обучение, способны помочь разрешить практически любой спор – от семейной неурядицы до сложнейшего многостороннего конфликта в экономической сфере. Применение медиации возможно:

- a) для создания комплексной системы предупреждения и разрешения споров в корпорациях и компаниях;
- b) для сопровождения коммерческих проектов и сделок;
- c) при индивидуальном консультировании;
- d) в школьной медиации.

Коммерческие организации по всему миру используют медиацию для разрешения споров в следующих случаях:

- 1) по контракту;
- 2) урегулирование противоречий претензий клиентов;
- 3) страховые иски и иски о компенсации ущерба;
- 4) споры по вопросам условий труда и его платы;
- 5) при реализации больших проектов.

Многие организации привлекают медиатора в процессе планирования своей деятельности, а также для организации эффективного диалога с заинтересованными сторонами.

Область семейной медиации:

1. Урегулирование споров между родителями и детьми.
2. Между братьями и сестрами.
3. Конфликты с родственниками.
4. По вопросам усыновления (удочерения).
5. По вопросам наследования имущества.
6. Вопросы по уходу за пожилыми родителями.
7. Медиация при разводе.

Происходит процесс медиации на основе следующих принципов, также указанных в Законе:

- добровольность;
- конфиденциальность;
- сотрудничество и равноправие сторон;
- беспристрастность и независимость медиатора.

Для реализации этих принципов используется специальная структура переговорного процесса, которая включает согласование рамочных условий (о чем конкретно идет речь, и как будет организовано взаимодействие) и последующие действия в этих

рамках. Практика показывает, что само по себе соблюдение принципа рамочных условий и фазовой модели переговоров является чрезвычайно эффективным и действенным инструментом для обеспечения эффективности переговорного процесса. Поскольку пользуясь этим инструментом, участники всегда могут чётко понять, на каком этапе работы они находятся, насколько близки они к согласованным рамочным условиям и насколько процесс общей работы идет в русле обеспечения их интересов.

Чтобы показать, насколько важным для согласования интересов является адекватное определение рамки процесса, приведу пример клиентки (назовем её Надеждой), которую я консультирую по организации медиативных переговоров с её бывшей партнершей по бизнесу. Наряду с классической медиацией, это еще одна форма получения и реализации медиативной компетентности (но о медиативной компетентности и ее формах – чуть ниже).

История началась несколько лет назад, когда Надежда с целью использования в совместном бизнесе, но без соответствующего оформления, передала в доверительное управление своей партнерше средства, вырученные от полученной Надеждой в наследство квартиры в центре Москвы. На эти средства вторая сторона без ведома Надежды приобрела на своё имя несколько объектов недвижимости на территории другого государства. Юристы, с которыми советовалась Надежда относительно возможности возврата средств, утверждали, что это невозможно. Но вторая сторона согласилась на переговоры, предложив Надежде в качестве «моральной компенсации» отдать ей один из приобретенных объектов недвижимости, самый малоценный (около 5% исходной суммы). В ходе консультации я сообщила Надежде о принципе рамочных условий переговоров и о том, что успешность переговорного процесса в первую очередь определяется адекватным согласованием этих рамок. И предложила попробовать укрупнить тему, перейдя от конкретного объекта недвижимости до распоряжения наследством в целом, пройдя при этом настолько далеко, насколько это будет возможно с точки зрения другой стороны. По сообщению клиентки, ей удалось убедить свою партнершу по переговорам, и теперь речь идёт о передаче нескольких объектов недвижимости (их стоимость примерно эквивалентна $\frac{2}{3}$ суммы наследства).

Итак, данный пример показывает, насколько в переговорном процессе по улаживанию конфликтной ситуации важно соблюдать чётко определенную последовательность фаз. Эту последовательность, например, можно определить следующим образом:

1. Прояснение предмета и цели переговоров.
2. Определение списка обсуждаемых тем в рамках предмета.

3. Исследование позиций сторон и выявление их интересов.
4. Согласование интересов в процессе совместного поиска решения.
5. Консенсус, заключение и оформление совместно найденного решения.

Для того, чтобы эта последовательность лучше укладывалась в голове и медиатора, и медиантов, Немецкая школа коучинга и медиации (Санкт-Петербург) предлагает аббревиатуру «ПОИСК».

Базовыми процессами, происходящими в ходе процедуры медиации, являются:

- 1) поддержание конструктивных взаимодействий (работа с отношениями) медиантов с тем, чтобы переговоры были эффективны;
- 2) согласование интересов сторон с целью разрешения конфликта.

Процесс поддержания конструктивных взаимодействий (работа с отношениями) включает проработку коммуникативных барьеров – преобразование упреков в пожелания, рефрейминг оскорблений и угроз, утилизацию уловок, манипуляций и провокаций, «выпускание пара». А, самое главное, даёт медиантам возможность рассмотреть человеческие отношения в аспекте права просить и требовать, проявлять определенное отношение к тем или иным аспектам их коммуникаций и интересов, и они могут получить опыт отношений, основанный на достоинстве и взаимоуважении. Иногда – впервые в жизни.

Процесс согласования интересов сторон предполагает чёткое и адекватное установление предмета переговоров таким образом, чтобы оно включало интересы обеих конфликтующих сторон с тем, чтобы у каждой из них оставались бы возможности для маневра и ресурсные сферы, из которых можно было бы черпать творческие решения.

Процесс поиска решения с помощью медиатора либо обучение процедуре медиации формирует весьма важный комплекс знаний и навыков – *медиативную компетентность*.

Медиативная компетентность, подобно речевой, технической, а, в последнее время, и компьютерной грамотности, входит в набор качеств, которые определяют качество жизни современного цивилизованного человека.

Далее я намерена обосновать точку зрения, что формирование медиативной компетентности в нашем обществе является стратегически важным общественным продуктом развития медиации в нашей стране и процессом, способным определить важные перспективы развития общества в плане развития качества жизни его граждан и перехода от компрадорского режима к государству с выраженным технологическими и культурно-правовыми перспективами.

В первую очередь я хотела бы очертить само понятие «медиативная компетентность». *Медиатив-*

ная компетентность включает следующие группы умений и навыков (рисунок 1):

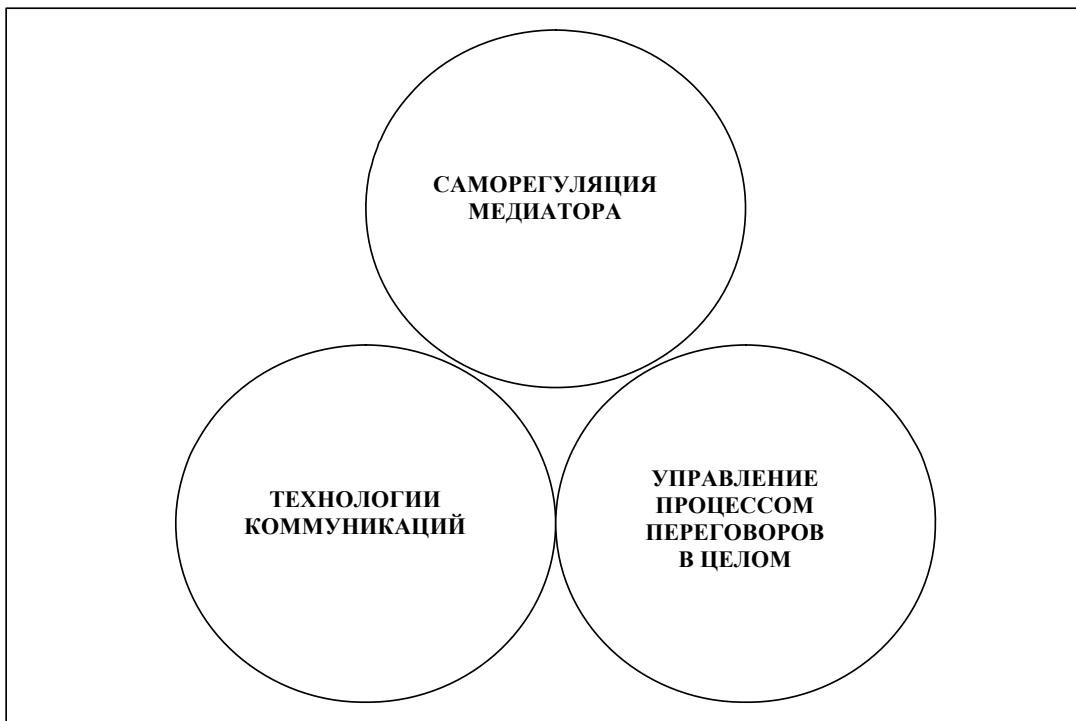


Рисунок 1. Структура медиативной компетентности

Первая группа - определяет психологическую способность медиатора руководствоваться в своей деятельности вышеописанными принципами (особенно это касается беспристрастности и независимости); включает набор техник и приемов саморегуляции, навыки профилактики и коррекции психического заражения.

Вторая группа (технологическая) предполагает умение работать с коммуникативными технологиями:

- умение опираться на фазовую модель переговорного процесса, использовать ее как инструмент;
- владение техниками работы с отношениями в переговорах;
- владение техниками работы с интересами в переговорах;
- умение грамотно обходиться с уловками, манипуляциями и провокациями, утилизируя заложенную в них энергию для реализации интересов сторон и преобразуя по мере возможности, взаимодействие, осуществляемое по принципу «победитель – проигравший» во взаимодействие «победитель – победитель».

Третья группа - определяет способность направлять процесс переговоров в аспекте его трех основных динамик:

- a) *тематической* (направленность и последовательность фаз с возвратами при появлении новых содержаний);

- b) *психологической* (разрядка напряжения, переход от претензий к интересам и желаниям и их согласованию);
- b) *групповой* (от разрыва к диалогу, от опосредованной коммуникации (например, через медиатора) к восстановлению прямого общения сторон и их соглашению).

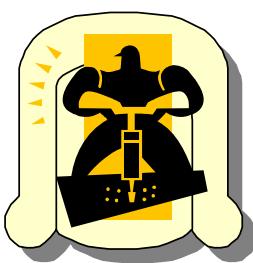
Результатом формирования трех этих групп навыков является преобразование *внутренней карты переговорного пространства*, которая у людей, живущих в нашей стране, которой, по мнению социолога В.А. Лефевра, исторически свойственна в основном вторая этическая система (жесткость к людям – мягкость к проблемам), может иметь примерно следующий вид (рисунок 2).

Преобразование подобной исторически сформированной внутренней карты переговорного пространства связано с приобретением навыка рассматривать процесс коммуникации одновременно с трех позиций:

- *своей собственной*, утверждая, четко и корректно формулируя, аргументируя и отстаивая собственные интересы;
- *противоположной стороны*, что позволяет внимательно выслушивать другого человека и, уважая его достоинство, осознавать особенности его позиции по затрагиваемым вопросам и формировать атмосферу творческого поиска взаимовыгодного решения.

«Автоматический регулятор коммуникаций» - привычки, рефлексы, биосоциальные схемы, предубеждения, социальные влияния. Психологические игры
Предвзятость и эмоциональная нагруженность

Я в переговорах:
 победа, проигрыш, бегство. Поиск подвоха



Другой в переговорах:
 победа, проигрыш, бегство. Поиск подвоха

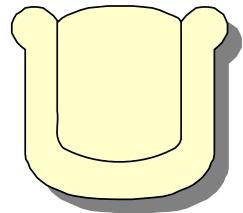


Рисунок 2. Внутренняя карта переговорного пространства у человека, приверженного второй этической системе (жесткость к людям – мягкость к проблемам)

– *медиатора*, отвечающего за процедуру взаимодействия, за ее направленность к взаимовыгодному решению и психологическую безопасность (т.о. в психическом пространстве человека сверхжесткий «внутренний критик» имеет шанс преобразоваться в рефлексивный регулятор коммуникаций – своего рода «внутреннего медиатора», который заботиться в первую очередь о комфортности и эффективности взаимодействия с партнером (рисунок 3).

Мне представляется, что качество жизни во многом определяется коммуникативной стратегией человека. Именно эффективность этой стратегии определяет уровень реализации человеком своего потенциала, а, таким образом, и качество жизни.

Отсюда и важность освоения базовых принципов и навыков медиативной компетентности, которая может реализовываться в следующих вариантах или уровнях, как их, в частности, определяет Анита

«Рефлексивный регулятор коммуникаций» - навыки и знания об инструментарии и структуре переговоров, забота об их психологической безопасности
Нейтральность, добровольность, равноправие, доверие

Я в переговорах:
 Четкая формулировка своих интересов, слушание другого, саморегуляция, сотворчество в решении



Другой в переговорах:
 Четкая формулировка своих интересов, слушание другого, саморегуляция, сотворчество в решении

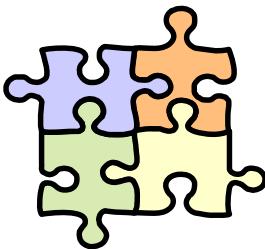


Рисунок 3. Внутренняя карта переговорного пространства у человека со сформированной медиативной компетентностью

фон Хертель, известный психолог, юрист и медиатор из Германии, руководитель Гамбургского учебного центра по медиации, выделяет пять основных вариантов (или уровней, как она пишет) осуществления медиации или реализации медиативной компетентности.

Первый – *классическая медиация*, когда медианты обращаются к стороннему специалисту, прошедшему специальную подготовку и обладающему необходимой медиативной компетентностью. Второй – *внутрисистемная*, когда в качестве медиатора выступает, например, руководитель, знакомый с процедурой медиации и обладающий медиативной компетентностью. Третий – *медиативные переговоры с привлечением консультантов*, знакомых с данной процедурой. Четвертый – *медиативные процедуры в форме диалога* (с воображаемым медиатором), когда сами медианты в состоянии придерживаться структурной модели медиации. Пятый – *медиация с одним участником*, когда его оппонент уклоняется от переговоров, а консультант, обладающий медиативной компетентностью, способствует формированию ее у этого медианта. Именно этот вариант чаще всего встречается в моей практике. В основном это касается производственных конфликтов моих клиентов. Реже – семейных конфликтов. В рамках этой работы клиент знакомится со структурой медиативного процесса, конкретизирует собственные цели и учится насколько возможно работать с целями оппонента, обучается управлять своим вниманием и выдерживать психологическое напряжение, а, когда нужно, и провоцировать психологическое напряжение в ситуации переговоров.

Говоря о качестве жизни, как профессиональной, так и личной, хочется вернуться к первой группе навыков, формирующих медиативную компетентность, и предложить вниманию читателей методику или модель «ОЦЕЛОТ» (набор упражнений по саморегуляции, или, как принято сейчас говорить, по управлению самочувствием). Я разработала её на основе систематизации литературных данных и практического опыта и преподаю в ходе тренингов по выработке медиативной компетентности и работе с клиентами в формате медиации с одним участником.

Почему именно ОЦЕЛОТ? Потому что эти изящные родственники леопардов, жители тропических лесов Центральной и Южной Америки – настоящие чемпионы в плане саморегуляции и достижения внутреннего комфорта, как, впрочем, и все кошачьи. А главное – они божественно прекрасны (рисунок 4).

Длина оцелота от головы до хвоста составляет от 100 до 140 см, высота – около 50 см, вес – от 10 до 16 кг. Окраска шерсти – желтовато-коричневая с чёрными кольцеобразными пятнами, мех внутри колец несколько темнее, чем вокруг них. На шее и вокруг плеч пятна переходят в полосы, на лапах – в точки. Брюхо и подбородок окрашены в белый цвет. Уши чёрного цвета с крупными белыми точками на задней стороне.

Вот вкратце текст инструкции.

1. **Опора тела:** почувствовать, на что физически приятно опирается тело, как от опоры распространяется упругий тонус мышц.

2. **Центрирование чувств:** найти точку полного покоя и комфорта в теле или вокруг. Эта точка есть всегда, она может быть либо внутри тела, либо вне его,

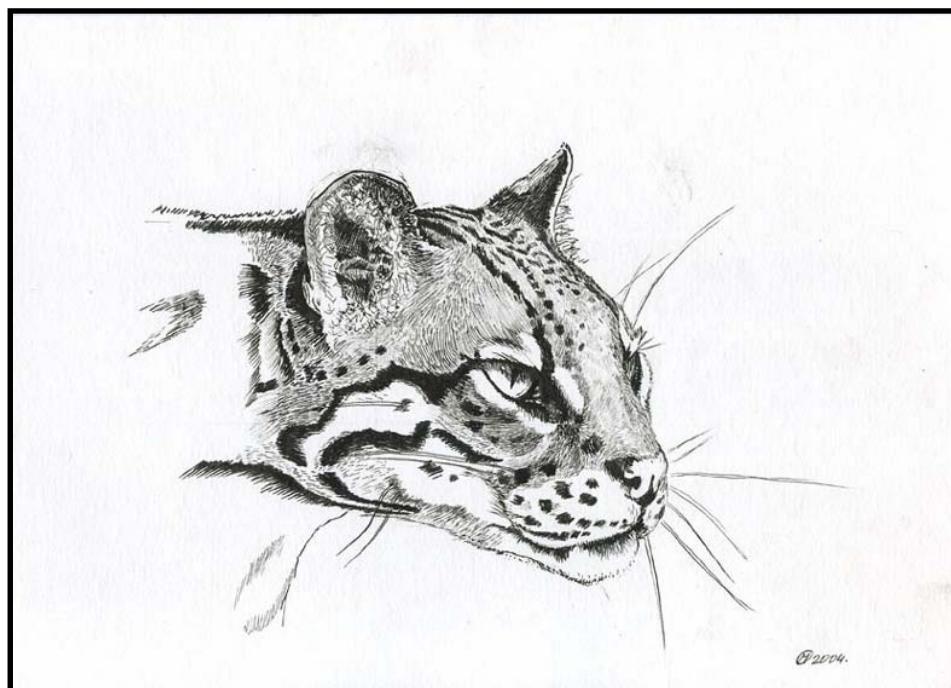


Рисунок 4. Оцелот (*leopardus pardalis*)

её важно только найти – спокойно и последовательно сканируя мысленным взором внутреннее и внешнее пространство. Отпустить себя, возможно более полно расслабиться относительно этой точки. Сконцентрироваться на ощущении расслабления и «отпусканья». Возможно, Вы почувствуете исходящие из этой точки волны покоя и расслабления. И то, как тело постепенно настраивается на эти волны. И как Ваше дыхание, успокаиваясь и сопровождаясь на них по глубине и темпу, начинает сопровождать этот процесс расслабления, усиливая его и акцентируя.

3. Единство по центральной оси: представить комфортную опору для затылка и крестца, как будто кто-то или что-то придерживает Вас, и можно соединить эти точки через линию позвоночника. Вероятно, иногда имеет смысл представить, что точка крестца соединяется с центром Земли, а точка затылка – с Солнцем, но это совершенно не обязательно, и важно сконцентрироваться на единстве опоры на затылок и крестец, упругой, живой, надежной опоры.

4. Лапы и нос (ладони, стопы и лицо): сосредоточить внимание на внутренних ощущениях в зоне лица. Зная, что области глаз, носа и губ богаты кровеносными сосудами, а расслабление мышц приводит к хорошему кровенаполнению, почувствовать пульсацию, набухание, приятное потепление в одной из этих областей, чаще в первую очередь это происходит в области переносицы. А затем можно позволить этим ощущениям распространяться. Те же ощущения легко можно прочувствовать в ладонях и стопах, поскольку они также богаты сосудами и имеют значительное представительство в коре головного мозга. Это маленькое упражнение позволяет быстро и эффективно дистанцироваться от эмоционально значимой ситуации, не покидая ее физически, либо очень быстро и хорошо успокоиться и отдохнуть, если предоставляется возможность уединиться и уделить внимание себе полностью.

5. Озвучка темы: сосредоточить внимание на самой ближайшей задаче, которую нужно решить, и на состоянии, которое будет этому способствовать. Например, концентрация внимания при расслаблении мышц и успокоении нервной системы для получения ответа на текущий вопрос. Или просто «отдых» или «осмотреться в ситуации». Один из вариантов формулировки: «Пока я не знаю, что ответить моему оппоненту. Я просто расслабляюсь, занимаю максимально удобную позу и получаю энергию для того, чтобы удержать себя от поспешных и неэффективных действий. И через некоторое время я спокойно и уверенно предприму действия, которые окажутся в данной ситуации наиболее эффективными и адекватными»...

6. Темпоритм: вызвать ощущение медленной и мощной энергетической волны, растворяющей все неприятные ощущения в теле, препятствующие реализации озвученной цели. Волны настолько мед-

ленной и настолько мощной, насколько это можно выдержать. И медленное, очень спокойное дыхание, легкая приятная струйка воздуха через ноздри, сопровождающее движение этой волны. Главное – чтобы дыхание – легкое, чистое, спокойное дыхание, доставляло максимальное удовольствие. И по контрасту гармонировало, дополняло ощущение тяжелой, медленной, мощной энергетической волны в теле, волны, растворяющей все оставшиеся очаги неуверенности и беспокойства... Когда нужное состояние будет достигнуто, свой внутренний ритм можно и ускорить.

В процессе медиации важны следующие аспекты: интересы, которые отстаивают медианты, отношения, которые между ними имеются, и самочувствие – их и медиатора, который отвечает за организацию процесса.

В процессе переговоров отношения порой накаляются, и даже окружающий воздух наполнен искрами и громовыми разрядами, и уже практически невозможно рассматривать интересы, а нужно позаботиться о самочувствии и состоянии. В таких случаях медиации Анита фон Хертель [1] советует посмотреть на свою собственную ладонь, линии которой образуют букву «М» и улыбнуться. И это поможет выскочить из состояния напряжения, переключиться, «перезагрузиться» и войти в переговорный процесс с новыми силами.

Итак, на мой взгляд, главное в медиативной компетентности – её способность повышать качество жизни человека, повышая уровень свободы. Для каждого человека – такого, каков он есть – развиваться и реализовываться в этой стране и в этом мире – таких, какие они есть.

И в заключение я бы хотела процитировать моё любимое стихотворение, в котором мне видится квинтэссенция этой статьи и всей деятельности по обучению технологиям медиации.

С людьми – как с Богом.
А иначе с людьми не стоит говорить.
Довольно трудная задача –
В тиши молчание творить.

В молчании – творить молитву.
В молитве – образ тишины.
Лишь так выигрывают битву:
Без слез, без крови, без войны.

Список использованной литературы:

1. Фон Хертель, А. Профессиональное разрешение конфликтов. – СПб., 2007.
2. Владимирова, М.О., Хохлов, В.А. Комментарий к Федеральному Закону «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участником посредника (процедуре медиации). - М., 2011.

ИНФОРМАЦИЯ И ОБЗОРЫ

УДК 616.89

БИОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ (обзор литературы)

Н.Г. Изотова

врач-психиатр, член СПЭК, Медицинский центр психического здоровья,
г. Астана (РК)

Расстройства личности составляют очень значительный слой психической патологии. Отсутствие гибкости в реагировании, заострение отдельных личностных черт - приносят вред социальному и профессиональному функционированию индивидуума. Особое значение расстройства личности приобретают в судебно-психиатрической практике. Р.Е. Wilson (1996) отмечал, что «аморальность» психопатов необходимо расценивать в свете трёх основных направлений: собственно психопатологическим, оценивая глубину психопатологических расстройств, адаптации к конкретной ситуации и степени волевых и эмоциональных расстройств, причем чаще всего страдают две последние характеристики (Пережогин Л.О., 1999).

В работе L. Fields приводятся 4 определения расстройства личности, в основу которых их авторы заложили критерий «социальной дезадаптации». Автор сравнивает личностные характеристики «психопатов» и «преступников», и приходит к выводу, что первые в большей степени обделены такими «общечеловеческими чертами», как любовь, сострадание, более эгоистичны, зато менее жестоки, склонны совершать проступки импульсивно, в порыве чувств. Психопатические личности, которые, как правило, несут ответственность за свои преступления, до глубины души возмущены подобной несправедливостью, поскольку не признают за собой вины, склонны к внешне обвиняющим реакциям, самопрощанию.

Важным является изучение динамики психопатий. П.Г. Ганнушкин (1933) под динамикой понимал изменение свойств личности и выделял следующие основные динамические сдвиги психопатической личности: а) фаза или эпизод; б) шок; в) реакция; г) развитие. Динамику психопатий можно рассматривать как динамику становления психопатии, так и временные сдвиги самой психопатии. При формировании психопатии выделены (Гурьева В.А., 1971) три этапа:

- 1) этап начальных проявлений;
- 2) этап структурирования;
- 3) этап завершение формирования.

Также в динамике выделено временные колебания состояния (психопатические фазы, реакции, де-

компенсации) и более выраженная динамика (патологическое и психогенное развитие личности) (Фелинская Н.И., 1979). Наиболее частым видом динамики расстройств личности являются психопатические реакции, отражающие тип психопатического реагирования. В развернутой реакции выделяются (Нечипоренко В.В., Брюховецкий А.С., 1988) следующие этапы:

- 1) этап отрицательного эмоционального напряжения;
- 2) этап предаффективный;
- 3) этап аффективной разрядки;
- 4) этап постаффективной астении.

Типов расстройств личности чрезвычайно много. Разные авторы выделяют их различные типы. В тоже время американские исследователи склонны к большим обобщениям, чем их европейские коллеги. В частности, ими выделена общая группа социопатий, объединяющая лиц, вся биография которых представляет последовательность антиобщественных поступков (Пережогин Л.О., 1999).

Изучение этиопатогенеза психопатий традиционно развивалось в двух направлениях:

- конституционально-генетическом;
- социально-психологическом.

В рамках конституционально-генетического направления формирование психопатической личности объясняли с позиций теорий дегенерации, наследственной отягощенности, недостаточностью нервно-психических функций, приобретаемой во внутриутробном периоде или в раннем детском возрасте. С точки зрения этих подходов, причиной психопатий является неполноценность центральной нервной системы, проявляющаяся в органической или функциональной церебральной недостаточности.

Клиническими исследованиями было доказано, что среди лиц, перенесших родовые травмы, а также имевших различные вредности, сопровождавшиеся поражением ЦНС в раннем детстве, число пациентов с личностными аномалиями было существенно выше, чем в популяции в среднем. Среди биологических факторов, играющих роль в становлении психопатий, издавна привлекал внимание инфантлизм (Буянова М.И., 1971).

Генетические факторы могут обуславливать аномалии характера, что особенно видно на примере конституциональных психопатий. В определённой мере от типа психопатий или акцентуаций характера, в формировании которых также, по-видимому, принимает участие генетический фактор, зависит больший или меньший риск определённых видов нарушений поведения (Личко А.Е., 1977).

Современные исследователи склонны рассматривать в качестве главной причины психопатий биохимические нарушения на уровне обмена нейромедиаторов. Хотя общепринятая патогенетическая концепция личностных расстройств, базирующихся на результатах фундаментальных исследований, до настоящего времени не сформулирована, но по данным ряда авторов, нарушения деятельности мозга при расстройствах личности связаны с дефектами катехоламиновой нейромедиации на уровне синапса и его структурных элементов (Коган Б.М. и др., 1995; Дмитриева Т.Б., 1997; Н.М. van Praag et al., 1990), показаны изменения функционирования катехоламиновых систем у психопатических личностей, изменения биоэлектрической активности мозга и латерализации. К. Intrador (1993) при компьютерно-томографическом исследовании описала нарушения плотности мозговой ткани у пациентов с расстройствами личности.

В патофизиологическом (нейрофизиологическом) аспекте формирование расстройств личности предположительно связано с вовлечением в патогенетический процесс структур лимбической системы мозга - высших центров регуляции эмоций (Гельгорн Э., Луффорроу Дж., 1966; Иващенко О.И., 1998) при одновременном снижении тормозного контроля подкорковых отделов мозга со стороны неокортекса. Согласно современным представлениям об ЭЭГ - коррелятах функционального состояния мозга, широкую генерализацию и замедление - ритма и повышенное содержание медленных волн - можно рассматривать как признаки сниженного функционального состояния коры с растормаживанием лимбических структур, а сочетание угнетения - ритма с усиливением - и - активности как ЭЭГ - коррелят повышенной тревожности (Калашникова И.Г., Сорокина Н.Д., 1995; Koella W.P., 1981), отражающий дефицит тормозных систем коры и гиперактивацию лимбико-ретикулярного комплекса. При разных формах психопатий наблюдаются разные профили межполушарного и корково-подкоркового баланса активации. При импульсивном личностном расстройстве (возбудимые психопатии) подкорковые (лимбико-ретикулярные) структуры активированы сильнее, чем кора, а правое полушарие активировано сильнее левого. При тревожном расстройстве личности, напротив, на первый план выходит тормозной дефицит левого полушария коры головного мозга, что согласуется с более высокими показателями тревожности (Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А., 1988; Трунова М.М., 1994).

Исследования агрессивного поведения психопатов занимают сегодня ведущие позиции в изучении расстройств личности. Как справедливо отмечают многие авторы, именно при постановке проблемы психопатий клиническая психиатрия была вынуждена значительно расширить пределы своей компетенции и ввести в круг изучаемых явлений не только психопатологическую симптоматику, но и различные личностные, психологические категории (Гульдан В.В., 1983, Горшков И.В., Горинов В.В., 1998). Исследование обмена серотонина на тромбоцитарной модели у испытуемых лиц с различными расстройствами личности, установленными по критериям DSM-III-R, склонных к импульсивному агрессивному поведению, выявило изменение числа связывающих серотонин сайтов (5-HT uptake sites), которое коррелировало со степенью выраженности агрессивности и агрессивных тенденций (Coccaro E.F., Kavoussi R.J., Sheline Y.I. et al., 1996). Получены данные о снижении агрессивности у животных при применении антагонистов серотонина. Показано наличие связи между стойким антисоциальным поведением и выраженными нарушениями серотонинергических механизмов центральной нервной системы (Lewis C.E., 1991).

Результаты исследования посредством компьютерной томографии (КТ) и ядерно-магнитного резонанса (ЯМР) больных, «склонных к насилию», достоверно свидетельствовали об избирательном поражении передненижнего фрагмента височной доли и миндалевидного ядра у этой части обследованных по сравнению с группой контроля, что интерпретируется как возможный нейроанатомический фактор насилия (Tonkonogy J.M., 1991). Результаты обследования (электроэнцефалограмма - ЭЭГ и КТ) 372 пациентов (независимо от диагноза) психиатрического госпиталя строгого наблюдения (maximum security hospital), совершивших агрессивно-насильственные общественно опасные действия, выявили коррелирующие с агрессией по степени выраженности органические изменения в височных долях головного мозга и изменения биоэлектрической активности (медленные и острые волны) аналогичной локализации (Wong M.T., Lumsden J., Fenton G.W., Fenwick P.B., 1994).

Вместе с тем, практически все исследователи независимо от занимаемой позиции соглашаются с тем, что эта проблема нуждается в многоплановом подходе. Поэтому социально-психологические теории не столько утверждают альтернативную теорию, сколько дополняют общую картину (Дунаевский В.В., 1991). Было установлено, что расстройства личности с высокой частотой отмечаются у лиц, воспитывавшихся в условиях «неполного дома» (без одного из родителей) или при наличии тяжёлой конфликтной ситуации в семье. Родительская авторитарность, подавляющая активность, самостоятельность, часто формирует психастенический характер, воспита-

ние по типу «кумира семьи» ведёт к развитию истерических черт, по типу «золушки» с эмоциональной и физической дискриминацией, может сформировать шизоидные, аффективные, астенические аномалии характера и т.п. (Личко А. Е., 1977).

В контексте социально-психологического направления, особенно в англоязычных странах, центральное место занимает психодинамическая концепция (Meloy, 1988). В соответствии с фундаментальными положениями психоаналитической теории З. Фрейда психопатические расстройства объясняются нарушением межличностных отношений в периоде формирования у ребёнка поведенческих стереотипов. Это имеет своим следствием остановку нормального развития («фиксацию на ранних стадиях») ребёнка и формирует в дальнейшем различные патологические комплексы («эдипов, кастрации, неполноценности» и др.). Последние представляют собой (по мнению сторонников психоаналитической доктрины) набор извращённых психологических защитных механизмов, которые, обусловливая неадекватное, иногда криминальное, поведение, и представляют собой клиническое содер-

жание психопатической аномалии. При всей внешней эффективности психоаналитических моделей они носят в основном декларативно-априорный характер и не могут быть проверены опытным путем (Гротштейн, 1978, 1980; Майнер, 1978; Фолкан, 1976; Мелоя, 1988).

Среди многих других концепций можно было бы упомянуть этологическую концепцию. Опираясь на исследования австрийского учёного Н. Лоренца, доказавшего роль механизма «импринтинга» (впечатывания) в формировании базисных поведенческих стереотипов у животных, эта теория особую роль отводит «ключевой фигуре» воспитателя, поведение которого клиширует, а в дальнейшем лишь стереотипно воспроизводит ребёнок. Отсутствие позитивной «ключевой фигуры», таким образом, может вести к развитию характерологических аномалий. (Годфруа Ж., 1992; Московичюте Л.И., Голод В.И., 2002).

Таким образом, ни одна из приведённых теорий не может в полной мере осветить все возникающие вопросы - каждая из них может быть полезной для понимания конкретного клинического случая.

Список использованной литературы:

1. Балинский, И.М. // Вестн. клин. и судеб. психиатрии и невропатологии. - 1885. - Вып. 3. - С. 368-371.
2. Бехтерев, В.М. Психопатия и её отношение к вопросу о вменении. - Казань, 1886.
3. Внуков, В.А. // Психопатии и их судебно-психиатрическое значение. - М., 1934. - С. 10-14.
4. Горшков, И.В., Горинов, В.В. Расстройства личности и агрессия (обзор литературы). // Российский психиатр. журн., 1998, № 5, с. 68-73.
5. Дмитриева, Т.Б. Динамика психопатий: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 1991.
6. Кербиков, О.В., Коркина, М.В., Наджаров, Р.А. и др. Психиатрия.- М.: Медицина, 1968.
7. Coccato, E.F., Kavoussi, R.J., Sheline, Y.I. et al. // Arch. gen. Psychiat. — 1996. - Vol. 53, N 6. - P. 531-536.
8. Lewis, C. // I. nerv. ment. Dis. - 1991. - Vol. 179, N 12.— P. 720-727.
9. Tonkonogy, J.M. // J. Neuropsychiat. clin. Neurosci. — 1991. - Vol. 3, N 2. — P. 189—196.
10. Wong, M.T., Lumsden, J., Fenton, G.W., Fenwick, P. B. // Acta psychiat. scand. - 1994. - Vol. 90, N 2. - P. 97-101.
11. Fields, L. Psychopathy, other-regarding moral beliefs, and responsibility. PPP/ Vol. 3, No 4, pp. 261-277.

УДК 159.9:61

СУДЕБНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АФФЕКТА

Н.Г. Изотова

врач-психиатр, член СПЭК, Медицинский центр психического здоровья,
г. Астана (РК)

Судебно-психологические знания в правоохранительной деятельности применяются по-разному, и в первую очередь непосредственно работниками органов предварительного следствия, обеспечивая правильную диагностику личности, индивидуальный подход к человеку, выбор и применение наиболее соответствующих ситуациям тактических приемов и решений (Васильев В.Л., 1991). В настоящее

время на разрешение экспертизы наиболее часто ставятся вопросы о наличии или отсутствии у подэкспертного в период совершения инкриминируемых ему деяний физиологического аффекта (Крылов А.А., Маничева С.А., 2000). Между тем, диагностика этого феномена является одной из наиболее сложных в экспертной практике. Ретроспективность диагностики не позволяет обеспечить одно из глав-

ных условий экспериментального исследования - его непосредственность (Первомайский В.Б., 1995).

В юридической литературе при оценке физиологического аффекта основной акцент делается на установление обстоятельств, провоцирующих возникновение аффективной реакции, – насилия, тяжести оскорблений, отсутствия заранее обдуманного плана преступления и др. Анализ этих моментов затрагивает лишь внешние условия, в которых совершаются действия, но ничего не говорит о внутреннем состоянии человека, в частности, об изменениях, происходящих в его сознании.

В психологии аффект понимается как сильное и относительно кратковременное состояние, связанное с резким изменением важных для субъекта жизненных обстоятельств и сопровождаемое резко выраженнымми двигательными проявлениями изменениями в функциях внутренних органов (Психологический словарь, 1985).

Т.П. Печерникова с соавт. (1983) рассматривают физиологический аффект «как не выходящее за пределы нормы эмоциональное состояние, представляет собой кратковременную, стремительно и бурно протекающую эмоциональную реакцию взрывного характера, сопровождающуюся резкими, но не психотическими, изменениями психической деятельности, в том числе и сознания, выраженнымми вегетативными и двигательными проявлениями. Физиологический аффект - чрезвычайная для личности реакция, возникающая в ответ на исключительные обстоятельства» (Печерникова Т.П., Гульдан В.В., Остришко В.В., 1983).

Физиологический аффект необходимо дифференцировать как с патологическим аффектом, так и с аффективными реакциями неболезненного характера, которые обоснованно не относятся законодателем к обстоятельствам, влияющим на степень вины и ответственности (Первомайский В.Б., 1995).

Патологический аффект, наиболее выраженный, возникает внезапно в ответ на неожиданный психогенный раздражитель и характеризуется неадекватностью аффективной реакции вызвавшему её поводу, резким психомоторным возбуждением, расстройством сознания сумеречного типа, нарушением мотивировки, автоматизмом действий и стадийностью течения (Лунц Д.Р., 1955; Морозов Г.В., 1988).

По данным Т.П. Печерниковой с соавт. (1983) и Г.В. Морозова (1988), основным критерием, разграничивающим патологический и физиологический аффект, считаются признаки психогенно обусловленного сумеречного состояния сознания при первом и аффективно суженном, но не психотическом состоянии сознания, при втором.

И.А. Кудрявцев (1988) а также И. Усова (1992) вводят понятие «аномальный аффект». В «аномальный аффект» И.А. Кудрявцев (1988) включал аффекты психически неполноценных лиц и аффект в состоянии физиологического алкогольного опьянения.

Между тем «аномальный аффект», как указывает А.В. Зайцев (2001), - это отдельный вид физиологического аффекта.

По мнению М.М. Коченова (1980), существуют 3 механизма возникновения аффекта. Первый связан с тем, что аффект возникает вследствие накопления (аккумуляции) у человека отрицательных эмоциональных переживаний. В таком случае «пусковым механизмом» для развития аффективного состояния может стать незначительное отрицательное воздействие, ставшее, образно говоря, «последней каплей». Второй механизм - это реакция на одноразовое действие очень сильного раздражителя (оскорблений, угрозы, насилия). Третий механизм связан с оживлением ранее образовавшихся следов возбуждения, когда повторное действие раздражителя, вызывающего аффект, было, как бы отсрочено на время - от нескольких минут до нескольких лет.

Существующие определения физиологического аффекта позволяют выделить характерные для него признаки:

- чрезвычайность реакции для личности;
- фазность протекания, близкая к патологическому аффекту;
- объективная и субъективно ощущаемая внезапность возникновения (неожиданность для субъекта);
- дезорганизация сознания (сужение) с нарушением целостности восприятия, способности регулировать свои действия, их известной автоматизацией;
- несоответствие характера и результата этих действий вызвавшей причине, то есть их неадекватность;
- связь действий и аффективных переживаний с психотравмирующим фактором;
- внезапность выхода через психическое истощение;
- частичная амнезия произошедшего (Первомайский В.Б., 1995).

В.Ф. Енгалычев и С.С. Шипшин (1997) рассматривают признаки физиологического аффекта следующим образом:

- а) внезапность возникновения;
- б) для аффекта характерна взрывообразная динамика;
- в) кратковременность аффективного состояния;
- г) интенсивностью и напряженностью протекания;
- д) аффект дезорганизующе влияет на психическую деятельность;
- е) аффект сопровождается возбуждением, стереотипной моторной активностью;
- ж) в состоянии аффекта наблюдаются вегетативные сдвиги.

Авторы также отмечают, что данное состояние возникает при наличии аффектогенной ситуации которая включает в себя: 1) конфликтность; 2) внезапность; 3) экстремальность и 4) реальность.

Б.В. Сидоров (1978) указывает, что, возникнув как эмоция, аффективный процесс стремительно развивается в аффективное состояние, обусловливая динамику психической деятельности и проходит ряд этапов.

1. Начало аффекта - появление эмоций, эмоциональная напряженность.
2. Основной период - аффективное состояние («собственно аффект») - характеризуется двумя основными признаками:
 - частичным сужением сознания с фрагментарностью восприятия и доминированием значимых переживаний и нарушениями регуляции деятельности;
 - снижение контроля, утрата опосредованности действий.
3. Изживание аффекта - состояние охранительного торможения (настроение безразличия до полной отрешенности, новое переживание).

Говоря о мотивах преступления, совершенного в состоянии аффекта, автор приходит к выводу, что в основе противоправного поведения лежит обида как сложное переживание, которое связано с несправедливо причиненным виновному огорчением, оскорблением, душевной болью. При этом им подчеркивается, что в аффекте эмоционально-чувственная сторона преобладает над содержательно-смысловой. Наряду с этим, им установлено, что по водом к возникновению аффекта в 68,9% случаев выступает насилие, в 19,4% - тяжкое оскорблечение, в 8,7% - насилие с оскорблением и в 3% - иные противозаконные действия (поджог, кражи, мошенничество, самоуправство, неподчинение законным требованиям и др.).

Для понимания феномена «состояние аффекта» необходимо учитывать психофизиологические качества субъекта. В афферентном синтезе доминирует бессознательная память, которая поглощает обстановочную афферентацию и выводит субъекта на диктуемый ею путь противоправного развития ситуации согласно потребности в удовольствии (удовлетворении). Именно поэтому при аффективных преступлениях сознание «сужается» (Иванов Н.Г., 1998). Ю.М. Антонян (1992) отмечает, что у преступников, совершивших преступления с особой жестокостью, присутствуют те же основные качества, что и у всей массы насильственных преступников. Это, прежде всего импульсивность, высокий уровень агрессивности, наличие аффективных установок и соответствующих стереотипов поведения, а также субъективный подход к трактовке жизненных ситуаций.

Аффект, будучи сильным эмоциональным возбуждением, есть целостное состояние психики, определенный динамический модус её функциональной организации. Как целостное состояние он имеет свои особенности, заключающиеся в наличии динамических моментов, то есть в преоб-

ладании процессов возбуждения над процессами торможения, при этом как указывает С.Л. Рубинштейн (1989), у разных людей подверженность таким эмоциональным вспышкам или взрывам, аффективным разрядкам различна и зависит от особенностей темперамента.

Кроме того, некоторые виды неврозов, психопатий и иных аномалий, при которых процессы возбуждения преобладают над процессами торможения, также оказывают соответствующее влияние на динамику аффективного «взрыва». Лица, характеризующиеся аномалиями, подвержены аффективным реакциям гораздо в большей степени, чем субъекты, у которых процессы возбуждения и торможения находятся в норме (Иванов Н.Г., 1998).

Среди совершивших аффектированные преступления выделены два основных характерологических типа лиц - с преобладанием черт возбудимости и тормозимости. Несмотря на различия и даже полярность характерологических черт этих лиц, им свойственны склонность к застреванию на психотравмирующих моментах, тенденции к накоплению аффективного напряжения. Учитывая психофизиологические особенности последних и то, что процессы возбуждения или торможения находятся у них в состоянии дисбаланса, можно предположить, что именно данное нарушение гармонии психофизиологических процессов оказывает влияние на процесс образования физиологического аффекта (Зайцев А.В., 2001).

Психопатии и неврозы характеризуются доминированием не только возбуждения над торможением, но и торможения над возбуждением. Последнее характерно для людей меланхолического склада характера. Процесс афферентного синтеза у них длится дольше, чем у лиц с другими типами темперамента. В частности, информация о состоянии организма, необходимая для окончательного принятия решения, заставляет субъекта колебаться, что в ряде случаев приводит к преступлениям, характеризующимся как неосторожные (Иванов Н.Г., 1998).

Преступления, совершаемые в состоянии аффекта, являются итогом неосознаваемых импульсов. Унаследованность, видотипичность, стереотипичность аффективных реакций свидетельствует о том, что в их организации решающую роль играют механизмы инстинкта. Формирование таких инстинктов на ранних этапах филогенеза вполне естественно, так как необходимость в средствах, обеспечивающих защиту и нападение (именно с этими формами поведения, прежде всего, связан аффект) существовала на протяжении практически всей эволюции и не могла не отразиться на развитии соответствующих инстинктов (Вилюнас В.К., 1986). При наличии аномальной психики описанный выше механизм проявляется гораздо чаще и быстрее, чем при нормальной психике.

Физиологический аффект является смягчающим уголовную ответственность состоянием при условии, что он является реакцией на противоправное либо аморальное поведение потерпевшего, которое может носить однократный или систематический характер. Наличие признаков физиологического аффекта является основанием для назначения судебно-психологической экспертизы, которая и устанавливает наличие или отсутствие аффекта (Еникеев М.И., 2009).

Для ограничения физиологического и патологического аффекта может быть назначена комплексная психолого-психиатрическая экспертиза (Есаков Г.А., Рарог А.И., Чучбаев А., 2007).

Несмотря на ретроспективный характер установления наличия аффекта проведение судебно-психологической экспертизы требует максимальной точности, так как заключение судебно-психологической экспертизы нередко является важным доказательством по целому ряду уголовно-гражданских дел.

Список использованной литературы:

1. Антонян, Ю.М., Гульдан, В.В. *Криминальная патопсихология*. - М., 1991.
2. Антонян, Ю.М. *Преступления, совершаемые с особой жестокостью* // Государство и право. 1992, № 9. С.65.
3. Сидоров, Б.В. *Аффект. Его уголовно-правовое и криминологическое значение*. Изд-во Казанского ун-та, 1978. 160 с.
4. Васильев, В.Л. *Юридическая психология*. Москва, 1991. Стр. 397-411.
5. Вилюнас, В.К. *Психологические механизмы биологической мотивации*. - М., 1986, С. 181.
6. Енгалычев, В.Ф., Шипшин, С.С. *Судебно-психологическая экспертиза*. 2-е изд. — Калуга - Обнинск - Москва: Изд-во КГПУ К.Э. Циolkовского, 1997.— 190с
7. Иванов, Н.Г. *Аномальный субъект преступления. Проблемы уголовной ответственности*. – М.: Закон и право, ЮНИТИ, 1998.
8. Лунц, Д.Р. *Судебно-психиатрическая экспертиза исключительных состояний* // Вопросы судебно-психиатрической экспертизы. — М., 1955. — С. 94–103.
9. Морозов, Г.В. *Исключительные состояния / Судебная психиатрия: Руководство для врачей*. — М., 1988. — С. 340–353.
10. Печерникова, Т.П., Гульдан, В.В., Острищко, В.В. *Особенности экспертной оценки аффективных реакций в момент совершения правонарушения у психически здоровых и психопатических личностей: Методические рекомендации*. — М., 1983. — 19 с.
11. *Психологический словарь*. - М., 1985. - С. 28.

РЕЗЮМЕ

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ПОСТРОЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ (ПСИХОТЕРАПЕТИЧЕСКОЙ) РАБОТЫ С ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ (литературный обзор)

Д.Е. Аяганова

В настоящей статье приводится обзор существующих практик психологической (психотерапевтической) работы с ВИЧ-инфицированными лицами. Автором акцентируется внимание на необходимости структурирования процесса, сделана эмпирическая попытка формулирования мишеней психотерапевтического воздействия в данной области.

АДДИКТОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЛИЦ С НАЧАЛЬНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ВОВЛЕЧЕНИЯ В ИГРОМАНИЮ НА ЭТАПЕ ПЕРВИЧНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

А.Л. Катков

В статье А.Л. Каткова «Аддиктологическое консультирование лиц с начальными признаками вовлечения в игроманию на этапе первично-профилактической помощи» рассматривается одна из основных технологий этапа первично-профилактической помощи лицам с начальными признаками вовлечения в игроманию. Приводится определение аддиктологического консультирования. Формулируются цели и задачи, специфические для данного этапа аддиктологической помощи и контингента охватываемых лиц. Подробно описывается методология проведения консультирования на каждом из выделяемых этапов данной процедуры: диагностическом, терапевтическом и мотивационном.

Ключевые слова: игромания, профилактика, аддиктологическое консультирование.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ С ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

А.Л. Катков

В статье А.Л. Каткова «Медико-социальная реабилитация лиц с игровой зависимостью» описываются принципы, цели и задачи реабилитации лиц с патологическим пристрастием к азартным играм. Подробно рассматриваются основные мишени реабилитационного процесса, компоненты лечебного плана. Особый акцент делается на описание этапов комплексной программы и соответствующих технологий – медикаментозной терапии, психотерапии, социальной терапии. Приводятся промежуточные и конечные индикаторы эффективности.

Ключевые слова: игромания, лечение, реабилитация.

ЭКСПРЕСС-ПСИХОТЕРАПИЯ ЛИЦ С НАЧАЛЬНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ВОВЛЕЧЕНИЯ В ИГРОМАНИЮ НА ЭТАПЕ ПЕРВИЧНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ АДДИКТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

А.Л. Катков

В статье А.Л. Каткова «Экспресс-психотерапия лиц с начальными признаками вовлечения в игроманию на этапе первично-профилактической аддиктологической помощи» подробно описывается одна из основных технологий этапа первично-профилактической аддиктологической помощи лицам с начальными признаками вовлечения в игроманию – экспресс-психотерапия. Приводятся определение, цели, задачи данной интервенции. Уточняется специфика охватываемого контингента и подготовки персонала, реализующего данную технологию. Описываются основные этапы реализации экспресс-психотерапии (всего – 7). Обозначаются промежуточные и конечные индикаторы эффективности.

Ключевые слова: игромания, профилактика, экспресс-психотерапия.

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ КРАТКОСРОЧНОЙ (ЭКСПРЕСС) ПСИХОТЕРАПИИ В НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (литературный обзор)

Н.В. Асланбекова

В данной статье приводятся литературные данные, определяющие понятие краткосрочной (экспресс) психотерапии и ее место в системе медико-социальной реабилитации зависимости от психоактивных ве-

ществ. Подчеркивается значение данного вида психотерапии с позиций патогенетической клинической обоснованности, удовлетворения потребностей пациентов в результативности, эффективности.

ПСИХОТЕРАПИЯ ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПАВ НА ЭТАПАХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ И ПЕРВИЧНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

А.Л. Катков

В статье А.Л.Каткова «Психотерапия злоупотребляющих ПАВ на этапах профилактической и первичной наркологической помощи» описана методология психотерапии, проводимой на этапах профилактической и первичной наркологической помощи. Рассмотрены цели, задачи, используемые технологии и последовательность основных психотерапевтических интервенций. Приведены промежуточные и конечные индикаторы эффективности.

Ключевые слова: психотерапия, профилактическая и первичная наркологическая помощь.

ШИЗОФРЕНИЯ. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА.

Н.А. Жаксалыков

Среди психических заболеваний шизофрения по распространенности занимает важное место. Знание особенности психопатологических расстройств, при этом заболевании врачам других профилей имеет большое значение, т. к. раннее выявление заболевания способствует более эффективному лечению, длительной социально-трудовой адаптации больных, более глубоких ремиссий. Кроме того, учитывая, что некоторые психопатологические проявления у больных шизофренией могут представлять социальную опасность для больных и окружающих, знание их и оценка способствуют своевременному купированию и госпитализации пациентов.

Ключевые слова: психических заболеваний, шизофрения, расстройства восприятия, эмоций, галлюцинации, дифференциальная диагностика.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА РИЛЕПТИД ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ СИМПТОМОВ ШИЗОФРЕНИИ

Е.С. Крыжановская

В статье представлен практический опыт применения препарата Рилептид при лечении пациентов с острым шизофренией.

Ключевые слова: оструя шизофрения, лечение, генерики.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ЗАВИСИМОСТИ

М.Х. Жаксалыкова

Употребление и злоупотребление наркотиками, алкоголем и другими психоактивными веществами (ПАВ) является в настоящее время одной из острейших глобальных проблем. Большую часть потребителей наркотиков и больных наркоманией составляют подростки и молодежь. С ростом злоупотребления ПАВ увеличивается вероятность столкновения детей 7 - 12 лет с наркотическими веществами, а последствия употребления наркотиков в раннем возрасте оказываются более серьезными.

Ключевые слова: психоактивные вещества, медикаментозная коррекция.

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МОТИВАЦИОННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ РЕГИОНАЛЬНЫХ (ГОРОДСКИХ, ОБЛАСТНЫХ) ОТДЕЛЕНИЙ ПСИХОТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ

Б.Т. Койшин

Статья посвящена описанию существующих в настоящее время в практической наркологии пробелов в организации мотивационной психотерапии. Приводится описание ряда подходов, которые могут быть интегрированы и ассимилированы в протокольной системе оказания квалифицированной наркологической помощи на уровне условиях региональных (городских, областных) отделений психотерапии и реабилитации.

ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

О.С. Жокебаев

В статье изложены общие вопросы по данной проблеме, приведены теоретические знания и практические навыки, необходимые не только врачу акушеру-гинекологу, психиатру, но и врачу общей практики. Внимание удалено собственно диагностическому и лечебному процессу расстройств, связанных с беременностью, родами и послеродовым периодом.

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА

О.С. Жокебаев

В статье рассмотрены основные аспекты распространения, этиологии, патогенеза, лечения и профилактики предменструального синдрома (PMS) у женщин детородного возраста, а также актуальность тактических подходов к диагностике и дифференциальной диагностике. Данный обзор предусмотрен не только для врачей акушеров - гинекологов, но и для специалистов общей медицинской практики – терапевтов, невропатологов, кардиологов, а также психотерапевтов и психологов.

РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ

Н.Г. Изотова

В настоящей статье обсуждаются расстройства личности в рамках судебно-психиатрической экспертизы, рассматривается, какие типы личности наиболее часто встречаются в экспертной практике и какие виды правонарушений совершаются различными типами личности. Также описываются механизмы мотивации и виды мотивов противоправных действий при психопатии.

ОРГАНИЧЕСКИЕ АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Г.Т. Яkipова

Наиболее часто встречающимися аффективными органическими расстройствами являются депрессивные расстройства. Представлена феноменологическая структура депрессивных расстройств в сочетании их с органической психической патологией, дифференциация депрессивной патологии на синдромальном уровне, что необходимо для определения нозологической природы заболевания, проведения адекватной терапии. Выделены варианты депрессивного синдрома: депрессивный синдром непсихотического (неврозоподобного) уровня; депрессивный синдром психотического уровня.

ПЕДАГОГ КАК ПСИХОТЕРАПЕВТ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ: НЕВЫСКАЗАННЫЙ СОЦИАЛЬНЫЙ ЗАПРОС

В.А. Лыкова

Педагогическая модель психотерапии становится всё более востребованной социумом, а, значит, приобретает полноправное место в психотерапевтическом пространстве. Психотерапия и педагогика, образованиеозвучны во многих аспектах: в признании ценности человека как субъекта своей жизни; нацеленности на сохранение холистического здоровья; поддержке личности в её становлении; принципах межличностного взаимодействия и т.д. Современное образование для большинства его субъектов является патогенным. Неблагополучное состояние холистического здоровья подрастающего поколения вызывает необходимость исследований и практических действий. Необходимы осознанные усилия, направленные на создание экологичной, «терапевтически обогащенной» образовательной среды и осознанных безопасных отношений внутри нее. Терапевтическая компетентность педагога (воспитателя дошкольного учреждения, учителя средней школы, преподавателя университета, гувернера и т.п.), так же, как и терапевтическое сопровождение образовательного процесса становятся не только социальным запросом, но и цивилизационным вызовом. Предлагаемый в исследовании терапевтический подход может служить одним из методологических принципов

гуманизации и экологизации образования. В основе концепции педагогической терапии в образовательном процессе лежит идея о том, что образовательный процесс обладает психотерапевтическими ресурсами, которые традиционно игнорируются, остаются невостребованными. В частности, речь идет о таких его равноважных и взаимосвязанных характеристиках, как: целостность (+ экологичность + синергетичность), субъективность, телесность, природообразность. Еще одним неисчерпаемым ресурсом в образовательном процессе (так же, как и в психотерапии) служат отношения, контакт. Отличительной особенностью педагогической терапии в образовательном процессе является то, что она не является: отдельной функцией психолога системы образования; самостоятельным участком (видом, функцией) работы педагога; только оперативной психологической помощью (в случае конфликтов, «трудного» поведения» и т.п.); не предполагает для внедрения специального урока или отдельного мероприятия; не тождественна педагогическому мастерству в его традиционном понимании (близости к актерской профессии); информированности педагога в области психологии, вопросах здоровья; использованию педагогом терапевтических техник. Она пронизывает и сопровождает (чаще выступая «фоном», при необходимости — «фигурой») весь образовательный процесс. Основой педагогической терапии является профессиональное мировоззрение педагога, его установка на сбережение и пополнение ресурсов холистического здоровья и целостного развития педагога и ученика (студента), на полноценное аутентичное присутствие в отношениях.

Ключевые слова: педагогическая терапия, холистическое здоровье, терапевтические ресурсы образовательного процесса, телесность, отношения, терапевтическая компетентность педагога.

МЕДИАЦИЯ КАК ПРОФЕССИЯ И МЕДИАТИВНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ КАК НОВОЕ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

И.А. Чеглова

В статье излагаются теоретические основы и практические аспекты медиации, как новой профессии, так и нового качества жизни, которое, как представляется автору, влечёт за собой приобретение медиативной компетентности.

Ключевые слова: медиация, медиативная компетентность, профессиональное применение, новое качество жизни.

БИОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ (обзор литературы)

Н.Г. Изотова

В настоящей статье обсуждаются различные теории этиопатогенеза расстройств личности. Кратко рассматриваются нейрохимические и патофизиологические аспекты, а также роль социально-психологических факторов в развитии расстройств личности.

СУДЕБНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АФФЕКТА

Н.Г. Изотова

Данная статья посвящена краткому обзору литературы по проблеме аффекта. Рассматриваются также механизмы возникновения, признаки и стадии развития аффекта, описываются некоторые психофизиологические аспекты данного феномена.

SUMMARY

THE BASIC ASPECTS OF CONSTRUCTION OF PSYCHOLOGICAL (PSYCHOTHERAPEUTIC) WORK FROM A HIV-INFECTED (the literary review)

D.E. Ayaganova

In the present article the review existing an expert of psychological (psychotherapeutic) work from a HIV – the infected persons is resulted. The author focuses attention to necessities of structurization of process, empirical attempt of a formulation of targets of psychotherapeutic influence in the field is made.

ADDICTOLOGICAL CONSULTATION OF PERSONS WITH INITIAL SIGNS OF INVOLVING IN GAMBLING AT A STAGE OF THE INITIALLY-PREVENTIVE HELP

A.L. Katkov

In A.L. Katkov's article «Addictological consultation of persons with initial signs of involving in gambling at a stage of the initially-preventive help» is considered one of the basic technologies of a stage of the initially-preventive help to persons with initial signs of involving in gambling. The purposes and the problems specific to the given stage of addictalogical help and a contingent of covered persons are formulated. The methodology of carrying out of consultation on each of allocated stages of the given procedure is in detail described: diagnostic, therapeutic and motivational.

Keywords: gambling, preventive maintenance, addictological consultation.

MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION OF PERSONS WITH GAME DEPENDENCE

A.L. Katkov

In A.L. Katkov's article «Medical and social rehabilitation of persons with game dependence» principles, the purposes and problems of rehabilitation of persons with pathological predilection for gamblings are described. The basic targets of rehabilitation process, components of the medical plan are in detail considered. The special accent becomes on the description of stages of the complex program and corresponding technologies – medicament therapy, psychotherapy, social therapy. Intermediate and final indicators of efficiency are resulted.

Keywords: gambling, treatment, rehabilitation.

EXPRESS PSYCHOTHERAPY OF PERSONS WITH INITIAL SIGNS OF INVOLVING IN GAMBLING AT A STAGE OF INITIALLY-PREVENTIVE ADDICTALOGICAL HELP

A.L. Katkov

In A.L. Katkov's article «Express psychotherapy of persons with initial signs of involving in gambling at a stage of initially-preventive addictalogical help» is in detail described one of the basic technologies of a stage initially-preventive addictalogical help to persons with initial signs of involving in gambling – express psychotherapy. The purposes, problems of the given intervention are resulted. Specificity of a covered contingent and preparation of the personnel realizing given technology is specified. The basic stages of realization of express psychotherapy (all – 7) are described. Intermediate and final indicators of efficiency are designated.

Keywords: gambling, preventive maintenance, express psychotherapy.

THE BASIC ASPECTS OF APPLICATION SHORT-TERM (EXPRESS)PSYCHOTHERAPY IN NARCOLOGICAL PRACTICE (The literary review)

N.V. Aslanbekova

In given article the literary data defining concept short-term (express) psychotherapy and its place in system of medical and social rehabilitation of dependence on psychoactive substances is cited. Value of the given kind of

psychotherapy from positions of pathogenetic clinical validity, satisfaction of requirements of patients in productivity, efficiency is underlined.

PSYCHOTHERAPY OF ABUSING PSYCHOACTIVE SUBSTANCES AT STAGES OF THE PREVENTIVE AND PRIMARY NARCOLOGICAL HELP

A.L. Katkov

In A.L. Katkov's article «Psychotherapy of abusing psychoactive substances at stages of the preventive and primary narcological help» is described methodology of the psychotherapy spent at stages of the preventive and primary narcological help. The purposes, the problems, used technologies and sequence of the basic psychotherapeutic interventions are considered. Intermediate and final indicators of efficiency are resulted.

Keywords: psychotherapy, the preventive and primary narcological help.

SCHIZOPHRENIA. FEATURES OF A CURRENT, DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS.

N.A. Zhaksalykov

Among mental diseases the schizophrenia on prevalence takes an important place. The knowledge of feature of psychopathological frustration, at this disease to doctors of other profiles is of great importance, since early revealing of disease promotes more effective treatment, long sociolabor adaptation of sick, deeper remissions. Besides, considering that some psychopathological displays at sick of schizophrenia can represent social danger to patients and associates, their knowledge and an estimation promote timely knocking over and hospitalization of patients.

Keywords: mental diseases, schizophrenia, frustration of perception, emotions, hallucinations, differential diagnostics.

EXPERIENCE OF APPLICATION OF A PREPARATION RILEPTID AT TREATMENT OF SHARP SYMPTOMS OF A SCHIZOPHRENIA

E.S. Kryzhanovskaya

In article practical experience of application of Rileptid at treatment of patients with acute schizophrenia is presented.

Key words: acute schizophrenia, treatment, generics.

THE GENERAL PRINCIPLES OF MEDICAMENTOUS THERAPY OF DEPENDENCE

M.H. Zhaksalykova

The use and abusing drugs, alcohol and other psychoactive substances now is one of the sharpest global problems. The most part of consumers of drugs and drug addicted is made by teenagers and youth.

Keywords: psychoactive substances, medicamentous correction.

FEATURES OF APPLICATION OF MOTIVATIONAL PSYCHOTHERAPY AT PATIENTS WITH ALCOHOLIC DEPENDENCE IN THE CONDITIONS OF REGIONAL (CITY, REGIONAL) PSYCHOTHERAPY AND REHABILITATION BRANCHES

B.T. Koyshin

Article is devoted the description of blanks existing now in practical narcology in the organization of motivational psychotherapy. The description of some approaches which can be integrated and assimilated in legal system of rendering of the qualified narcological help at level conditions regional (city, regional) psychotherapy and rehabilitation branches is resulted.

MENTAL AND BEHAVIOURAL INFRINGEMENTS DURING PREGNANCY AND THE POSTNATAL PERIOD

O.S. Zhokebaev

In article the general questions on the given problem are stated, theoretical knowledge and the practical skills necessary not only the doctor to the accoucheur-gynecologist, the psychiatrist, but also the general practitioner are resulted. The attention is given actually diagnostic and medical process of the frustration connected with pregnancy and the postnatal period.

THE BASIC ASPECTS OF A PREMENSTRUAL SYNDROME

O.S. Zhokebaev

In article the basic aspects of distribution, an etiology, treatment and preventive maintenance of a premenstrual syndrome (PMS) at women of genital age, and also an urgency of tactical approaches to diagnostics and differential diagnostics are considered. The given review is provided not only for doctors of accoucheurs - gynecologists, but also for experts of the general medical practice – therapists, neuropathologists, cardiologists, and also psychotherapists and psychologists.

FRUSTRATION OF THE PERSON IN JUDICIAL-PSYCHIATRIC EXAMINATION

N.G. Izotova

In the present article frustration of the person within the limits of judicial-psychiatric examination are discussed, is considered, what types of the person most often meet in expert practice and what kinds of offenses are made by various types of the person.

ORGANIC AFFECTIVE FRUSTRATION

G.T. Yakipova

According to the authors data depressive disorders were the most frequently occurred affective organic disorders. Phenomenological structure of depressive disorders has been demonstrated in combination with their organic psychic pathology and differentiation of depressive pathology on the syndrome level. This study was necessary for determining the nosological nature of the disease and adequate therapy. The following variants of depressive syndrome have been singled out: depressive syndrome of non-psychotic (similar to neurosis) level and depressive.

THE TEACHER AS THERAPIST IN THE EDUCATIONAL PROCESS: UNspoken SOCIAL REQUEST

V.A. Lykova

Pedagogical model of psychotherapy has become more marketable social environment and, therefore, takes rightful place in the psychotherapeutic space. Psychotherapy and pedagogy, education in tune with many aspects: the recognition of the value of man as the subject of his life in the conservation of holistic health, personal support in its establishment, the principles of interpersonal interaction, etc. Modern education for the majority of his subjects is pathogenic. Dysfunctional state of the holistic health of the younger generation is the need for research and action. Required conscious effort to create environmentally friendly, «therapeutically-rich» educational environment of and conscious safety of relations within it. Therapeutic competence of the teacher (child care, a high school teacher, university lecturer, tutor, etc.), as well as therapeutic and support the educational process are a social inquiry and civilizational challenge. The therapeutic approach may be one of the methodological principles of humanization and green education. The concept of Pedagogical therapy in the educational process is the idea

that the educational process has psychotherapeutic resources that are traditionally ignored, remain unclaimed. We are talking about related equivalent its characteristics, such as: holistic, environmental, subjectivity, processuality, corporeality. Another inexhaustible resource in the educational process (as well as in psychotherapy) are the relations contact. A distinctive feature of Pedagogical therapy in the educational process is that it is not: a function in the educational system psychologist, an independent site (type, function) of a teacher, only operational psychological help (in case of conflict, the «difficult» behavior, etc.) does not imply the introduction of a special lesson or a single event, is not identical with the pedagogical skills in the traditional sense (proximity to the acting profession), awareness of the teacher in the field of psychology, health issues, the use of teacher therapeutic techniques. It penetrates and is supported by (often speaking the «background», if necessary — «figure»), the entire educational process. The basis of educational therapy is the professional mindset of the teacher, attitude it on the conservation and replenishment of holistic health and holistic development of the teacher and the pupil (student), a full-fledged presence in authentic relationships.

Key words: pedagogical therapy, holistic health, therapeutic resources of the educational process, relationships, corporeality, the therapeutic competence of the teacher.

MEDIATION AS A PROFESSION AND MEDIATIVE COMPETENCE AS THE NEW QUALITY OF LIFE

I.A. Cheglova

The theoretical foundations and practical aspects of mediation are given as a new profession and new quality of life, which seems to the author, results in the acquisition of mediative competence.

Key words: mediation, meditative competence, professional implementation, quality of life.

BIOLOGICALAND SOCIALLY-PSYCHOLOGICALASPECTS OF FRUSTRATION OF THE PERSON (The literature review)

N.G. Izotova

In the present article various theories of etiopathogenes frustration of the person are discussed. Are short considered the neurochemical and pathophysiological aspects, and also a role of socially-psychological factors in development of frustration of the person.

JUDICIAL-PSYCHOLOGICALASPECTS OF AFFECT

N.G. Izotova

Given article is devoted the short review of the literature on an affect problem. Occurrence mechanisms, signs and stages of development of affect are considered also, some psychophysiological aspects of the given phenomenon are described.

БИБЛИОГРАФИЯ К ЖУРНАЛУ «ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ» ЗА 2011 ГОД

Редакторские статьи

Катков А.Л. Социальные эпидемии: новые уровни понимания и противодействия, Том XVII, № 4, 2011

Социальные эпидемии

Аяганова Д.Е. Основные аспекты построения психологической (психотерапевтической) работы с ВИЧ-инфицированными (литературный обзор), Том XVII, № 4, 2011

Бурикова И.С. Формирование человеческого капитала как механизм противодействия социальным эпидемиям, Том XVII, № 3, 2011

Волков Е.Н. Инновационные социальные технологии и проблема социальных эпидемий: постепенная социальная инженерия и социальные чертежи (карты), Том XVII, № 3, 2011

Катков А.Л. Аддиктологическое консультирование лиц с начальными признаками вовлечения в игроманию на этапе первично-профилактической помощи, Том XVII, № 4, 2011

Катков А.Л. Медико-социальная реабилитация лиц с игровой зависимостью, Том XVII, № 4, 2011

Катков А.Л. Экспресс-психотерапия лиц с начальными признаками вовлечения в игроманию на этапе первично-профилактической аддиктологической помощи, Том XVII, № 4, 2011

Катков А.Л., Аманова Ж.Ш. Вовлечение в деструктивные культуры и секты – социальная эпидемия нового времени (опыт системного исследования), Том XVII, № 2, 2011

Катков А.Л., Битигова Г.К., Манасов К.Ж., Байханова Т.Р. Расстройства психики и поведения, связанные с нарушениями адаптации – как социальная эпидемия нового времени (опыт системного анализа), Том XVII, № 2, 2011

Катков А.Л., Пак Т.В., Нургазина А.З., Байханова Т.Р. Патологическое пристрастие к азартным играм (игромания), интернет-зависимость – социальная эпидемия нового времени, Том XVII, № 2, 2011

Нургазина А.З., Бикетова Л.А. Базисные положения концепции психологического здоровья - устойчивости от вовлечения в социальные эпидемии (психологические зависимости), Том XVII, № 4, 2011

Сандомирский М.Е. Социомедийная психотерапия в контексте профилактики социальных эпидемий, Том XVII, № 3, 2011

Сидоров П.И., Якушев И.Б. Влияние аномии и пермиссивности на рост психических эпидемий, Том XVII, № 3, 2011

Психотерапия

Асланбекова Н.В. Основные аспекты применения краткосрочной (экспресс) психотерапии в наркологической практике (литературный обзор), Том XVII, № 4, 2011

Бектеген Т.•., Смағұлұлы С., Нәбиев •.А. Абай және ЖТБ (NLP). Репрезентативтік жүйелер. Том XVII, № 1, 2011

Бектеген Т.•., Смағұлұлы С., Сейілханова Г.Ш. •аза• психотерапиясы, практикалы• психологиясы тұрғысындағы ой түрткі, Том XVII, № 1, 2011

Бектеген Т.•., Смағұлұлы С., Серікбаев А.Ж. Мағжан және гештальт, Том XVII, № 1, 2011

Бектеген Т.•., Смағұлұлы С., Серікбаев А.Ж. Шәкәрім және ЖТБ, Том XVII, № 1, 2011

Есеркепова А.М. Особенности психотерапии девиантных детей, Том XVII, № 3, 2011

Катков А.Л. Психотерапия злоупотребляющих ПАВ на этапах профилактической и первичной наркологической помощи, Том XVII, № 4, 2011

Катков А.Л. Психотерапия, консультирование злоупотребляющих ПАВ на этапах профилактической и первичной наркологической помощи, Том XVII, № 3, 2011

Катков А.Л. Эпистемологический анализ психотерапевтической теории, Том XVII, № 3, 2011

Катков А.Л., Пак Т.В., Аманова Ж.Ш. Стратегия развития психотерапии в Республике Казахстан, Том XVII, № 3, 2011

Катков А.Л., Пак Т.В., Аманова Ж.Ш., Пшенбаева Г.Т. Опросник комплексной оценки эффективности психотерапии лиц с химической и нехимической зависимостями, Том XVII, № 4, 2011

Петрушин С.В. Использование большой группы как инструмента социальной психотерапии, Том XVII, № 3, 2011

Пушкина М.А. Социальная психотерапия в структуре государственной политики, Том XVII, № 3, 2011

Титова В.В. Модель первичной психотерапевтической помощи с использованием теле-, радио- и интернеткоммуникации, Том XVII, № 3, 2011

Якирова Г.Т. Результаты применения психотерапевтически ориентированной комплексной программы у больных с психосоматическими заболеваниями, Том XVII, № 2, 2011

Психиатрия

Ахметжанов К.К. Организация и принципы оказания неотложной помощи при острых психических расстройствах в г. Павлодаре, Том XVII, № 2, 2011

Бекарисова Ш.С., Дихамбаева Г.Б. Некоторые аспекты аффективных расстройств у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, Том XVII, № 1, 2011

Бекарисова Ш.С., Дихамбаева Г.Б., Калекенова Б.Ж. Особенности медикаментозного лечения некоторых психопатий, Том XVII, № 1, 2011

Грапова Н.А. Анализ обнаруженных психических и поведенческих расстройств у подростков, совершивших противоправные деяния, Том XVII, № 2, 2011

Даненова М.А. Амбулаторное лечение психически больных, Том XVII, № 2, 2011

Доланбаева Р.У. Опыт применения палиперидона (Инвеги) при лечении пациентов с диагнозом шизофрении, Том XVII, № 2, 2011

Жаксалыков Н.А. Шизофрения. Особенности течения и дифференциальная диагностика. Том XVII, № 4, 2011

Козинская Т.И. Медико-социологические показатели семейных отношений больных эпилепсией, Том XVII, № 3, 2011

Козинская Т.И. Факторы, влияющие на трудоспособность больных эпилепсией, Том XVII, № 2, 2011

Козинская Т.И., Сысоева Н.П., Жаксалыков Н.А. Особенности кризисных суицидально-опасных состояний у лиц, страдающих психопатией, Том XVII, № 2, 2011

Крыжановская Е.С. Опыт применения препарата Рилептид при лечении острых симптомов шизофрении, Том XVII, № 4, 2011

Наркология

Бектемиров Р.К. Основные аспекты алкогольного судорожного синдрома, Том XVII, № 2, 2011

Жаксалыкова М.Х. Общие принципы медикаментозной терапии зависимости, Том XVII, № 4, 2011

Жиенбаев М.Е. Алкогольная анозогнозия (дуалистическая модель), Том XVII, № 2, 2011

Койшин Б.Т. Особенности применения мотивационной психотерапии у пациентов с алкогольной зависимостью в условиях региональных (городских, областных) отделений психотерапии и реабилитации, Том XVII, № 4, 2011

Кусаинов А.А. Негативные астенические расстройства у больных героиновой наркоманией, и их динамика через шесть месяцев после выписки, Том XVII, № 2, 2011

Кусаинов А.А. Негативные расстройства аффективно-волевой сферы у больных героиновой наркоманией и их динамика через шесть месяцев после выписки, Том XVII, № 2, 2011

Мұсабекова Ж.К. Тұтынушылық жағдайы түргышынан уәждемелік әңгіме өткізу ерекшеліктері, Том XVII, № 1, 2011

Пограничная патология

Жокебаев О.С. Психические и поведенческие нарушения во время беременности и послеродового периода, Том XVII, № 4, 2011

Новичевская Р.В. Синдром обструктивного апноэ/гипопноэ сна, Том XVII, № 2, 2011

Пограничные расстройства

Гончар О.Н. К вопросу амбулаторного лечения расстройств поведения детского возраста, Том XVII, № 1, 2011

Жокебаев О.С. Основные аспекты предменструального синдрома, Том XVII, № 4, 2011

Жолдасова Ж.А., Нургазина А.З. Изменения адаптационных возможностей при соматоформных расстройствах, Том XVII, № 1, 2011

Иванова С.А., Гаврилова В.А., Трифонов О.И., Бохан Н.А. Тироксин, трийодтиронин и тиреотропный гормон у лиц, осужденных за убийство, Том XVII, № 3, 2011

-
-
- Изотова Н.Г. Расстройства личности в судебно-психиатрической экспертизе, Том XVII, № 4, 2011
Исмаилова С.А. Суицидальное поведение, Том XVII, № 2, 2011
Маринчева Л.П. Возможности применения гештальт-терапии в работе с семьями подростков с психосоматическими и соматоформными расстройствами, Том XVII, № 4, 2011
Саркисян Ш.В. Аддиктивное поведение подростков как психолого-педагогическая проблема, Том XVII, № 3, 2011
Сильченко С.В. Лишний вес и пищевая аддикция как психосоматическая проблема, Том XVII, № 3, 2011
Трофимова М.В., Гаврилова В.А., Гусев С.И., Иванова С.А. Особенности агрессивного поведения у осужденных в зависимости от характера совершенного преступления, Том XVII, № 3, 2011
Шалабаева К.А. Поведенческие особенности детей, перенесших травму, Том XVII, № 1, 2011
Яkipova Г.Т. Органические аффективные расстройства, Том XVII, № 4, 2011

Психология здоровья. Валеология.

- Богомолова А.С. Роль менеджера в организации профессиональной деятельности психолога, Том XVII, № 3, 2011
Гречанинова Е.В. Нарушения пищевого поведения во время беременности и кормления грудью, Том XVII, № 3, 2011
Доценко И.А. Особенности психической адаптации в подростковом возрасте, Том XVII, № 3, 2011
Исмаилова С.А. Особенности развития и воспитания детей, Том XVII, № 2, 2011
Куприянова И.Е. Превентивные аспекты изучения психического здоровья, Том XVII, № 3, 2011
Литовченко И.В. Психология и проблемы современного общества, Том XVII, № 3, 2011
Лыкова В.А. Педагог как психотерапевт в образовательном процессе: невысказанный социальный запрос, Том XVII, № 4, 2011
Махадиева Б.О., Гафнер И.Г., Кудасбаева З.О. Тенденции национальной идентичности в социологической науке, Том XVII, № 3, 2011
Миронова Е.Н. Детский психический инфантилизм, Том XVII, № 2, 2011
Нургазина А.З., Бикетова Л.А., Тотина И.К. Влияние социального фактора на развитие личности и меры профилактики, Том XVII, № 4, 2011
Нургазина А.З., Жаксылыков Н.А., Доценко И.А., Жолдасова Ж.А., Тлеубаева Ш.М. Поведенческие реакции в подростковом возрасте, Том XVII, № 3, 2011
Сысоева Н.П. Некоторые методы восстановления психоэмоционального равновесия, Том XVII, № 1, 2011
Чеглова И.А. Медиация как профессия и медиативная компетентность как новое качество жизни, Том XVII, № 4, 2011
Щепина Л. Феномен новизны и формирование устойчивого ресурса в процессе снижения веса и модификации фигуры, Том XVII, № 3, 2011

Информация и обзоры

- Гончар О.Н. Опыт применения препарата энкорат-хроно в комплексном лечении больных шизофренией, Том XVII, № 1, 2011
Гончар О.Н. Особенности обслуживания детского населения в психиатрическом участке, Том XVII, № 1, 2011
Гончар О.Н., Каирбаева С.В. Опыт применения антидепрессанта велаксина в лечении депрессивных состояний, Том XVII, № 1, 2011
Гончар О.Н., Каирбаева С.В. Особенности назначения Галоперидола деканоата в амбулаторной практике, Том XVII, № 1, 2011
Джолдыгулов Г.А. К вопросу о комплаенсе в психиатрии (обзор литературы), Том XVII, № 3, 2011
Джолдыгулов Г.А. Современные подходы к диагностике и терапии биполярного расстройства (обзор литературы), Том XVII, № 3, 2011
Жиенбаев М.Е. Аффективные расстройства при алкоголизме (обзор литературы), Том XVII, № 2, 2011
Жолдасова Ж.А., Нургазина А.З. Особенности патогенеза и некоторые методы лечения соматоформных болевых расстройств, Том XVII, № 1, 2011
Жолдасова Ж.А., Нургазина А.З., Абетова А.А. Дизрегуляционное воздействие эмоций на органы и системы, Том XVII, № 1, 2011
Изотова Н.Г. Биологические и социально-психологические аспекты расстройств личности (обзор литературы), Том XVII, № 4, 2011
Изотова Н.Г. Судебно-психологические аспекты аффекта, Том XVII, № 4, 2011
-
-

Каражанова А.С., Смагулова Г.С., Сексенова Ж.Х., Бала В.В., Каргабаева Б.А. Анализ нормативных правовых актов, регламентирующих деятельность детской наркологической службы в Республике Казахстан, Том XVII, № 2, 2011

Нургазина А.З., Жолдасова Ж.А. Нейроиммунные особенности соматоформной патологии, Том XVII, № 1, 2011

Сандыбаева Р.К. Исторические дискуссионные вопросы шизофрении (литературный обзор), Том XVII, № 3, 2011

Сауранбаев Е.А. Основные принципы организации психиатрической помощи в Жамбылской области, Том XVII, № 1, 2011

Сахиев С.Е. Казахстан и Россия вместе - против терроризма и за безопасность в Центральной Азии, Том XVII, № 3, 2011

Семенова А.И. Философия и методология психолингвистической психотерапии (окончание), Том XVII, № 1, 2011

Шац Н.Н., Шац М.М. Здоровье населения Якутии (медико-экологические аспекты и пути улучшения), Том XVII, № 1, 2011