

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

Том XI

№ 1

2005

Москва-Павлодар

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Доктор медицинских наук С.А.Алтынбеков; кандидат медицинских наук Г.Х.Айбасова; профессор, доктор медицинских наук А.А.Аканов; кандидат медицинских наук Е.В.Денисова (ответственный секретарь); профессор О.Т.Жузжанов; профессор Н.Т.Измаилова; профессор, доктор медицинских наук А.Л.Катков (главный редактор); профессор, доктор медицинских наук В.В.Макаров (главный редактор); кандидат психологических наук Г.А.Макарова; доктор медицинских наук С.А.Нурмагамбетова; А.Н.Рамм (редактор); доктор медицинских наук Ю.А.Россинский; академик РАМН В.Я.Семке; А.К.Тастанова; кандидат медицинских наук В.Ф.Трубецкой; кандидат медицинских наук А.Ю.Толстикова; профессор А.А.Чуркин

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Доктор медицинских наук М.Асимов (Алматы); профессор Н.А.Бохан (Томск); профессор М.Е.Бурно (Москва); академик, доктор медицинских наук, профессор М.Х.Гонопольский (Хайфа); доктор медицинских наук, профессор Ж.А.Доскалиев (Астана); доктор медицинских наук, профессор В.Ю.Завьялов (Новосибирск); доктор медицинских наук, профессор Р.Г.Илешева (Алматы); доктор медицинских наук, профессор Н.А.Корнетов (Томск); доктор психологических наук, профессор Р.Кочунас (Вильнюс); доктор медицинских наук, профессор Г.М.Кудьярова (Алматы); доктор медицинских наук И.Е.Куприянова (Томск); доктор медицинских наук, профессор Х.Пезешкиан (Висбаден); кандидат медицинских наук Х.А.Сагын (Астана); доктор медицинских наук, профессор В.В.Соложенкин (Бишкек); кандидат медицинских наук Л.А.Степанова (Томск); М.З.Таргакова (Алматы); 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: Казахстан, г. Павлодар, ул. Кутузова, 200.
Телефон (факс): 8(3182) 57-29-39
E-mail: neovitae@pisem.net**

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

СОДЕРЖАНИЕ

РЕДАКТОРСКИЕ СТАТЬИ

УЧРЕДИТЕЛИ:

Аканов А.А.

История здравоохранения суверенного Казахстана:
ошибки, уроки и перспективы

7-12

ПСИХОТЕРАПИЯ

Александрович А.В.

Об особом интимном эмоциональном контакте между пациентом и врачом в психотерапии больных шизофренией

13-17

Едигенова М.Б., Сандыбаева Р.К.

Сравнительное изучение эффективности различных психотерапевтических методов в комплексе лечения больных с органической патологией мозга

17-18

Кузьминых Н.В.

Телесное выражение переживаний в работе с образом по методу символдрамы

19-23

Садальская Е.В.

Кататимно-имагинативная психотерапия (символдрама) в работе с пациентами, страдающими бронхиальной астмой

23-25

Сгибов В.Н.

Региональные проблемы психотерапии

25-26

Семенова А.И.

Теоретические предпосылки гомеопатического психоанализа

26-28

Шахметов Б.А.

Психотерапия психосоматических расстройств

28-29

ПСИХИАТРИЯ

Быкова С.А., Русина Е.Ю.

Экспериментально-психологическое исследование нарушений социальной адаптации больных шизофренией

30-32

Любченко М.Ю., Базяк Ю.И.

Значение психиатрического и психотерапевтического образования в формировании мировоззрения врача

32-34

Оспан Т.Б., Каирбаева С.В., Макиев Х.Д.

Опыт применения препарата золофт в лечении различных форм депрессий

34-35

Паксютов В.И., Зарипова Н.И., Зуева Л.Ф.

Динамика аутистических проявлений в ходе терапии

36-39

Тургинбаева А.Н.

Социально-возрастной и психологический аспекты качества жизни сельских больных эпилепсией

39-42

**Профессиональная
Психотерапевтическая
Лига**

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

**Том XI
№ 1
2005 год**

**выходит
4 раза в год**

НАРКОЛОГИЯ

<i>Жантасова С.</i> Психологическое консультирование подростков с использованием виртуальных диагностических и коррекционных возможностей в работе с зависимостью от ПАВ <i>Лукьяненко Ю.В., Лукьяненко Е.Ю., Вязовой П.П., Котин А.В., Казакова А.В.</i>	43-51
Аспекты аддиктивной медицины в Республике Казахстан <i>Новикова С.А.</i>	51-54
Личностные особенности больных табачной зависимостью <i>Солтангазинова З.Б.</i>	55-60
Рациональная психотерапия при алкоголизме	60-63

ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

<i>Абзалова Р.</i> Социально-психологические проблемы коррекции девиантного поведения подростков в условиях ПМСП <i>Бекенова Н.М.</i>	64-65
Биологические, психологические и социальные основы в генезе поведенческих расстройств у подростков <i>Ермолаева Т.В.</i>	65-69
«Экстремальное существование» в семье: преступник и жертва <i>Имангазинов С.Б., Тотина И.К.</i>	70-72
Сравнительное изучение уровня невротизации и психопатизации у ВИЧ-инфицированных <i>Калиева Ж.Д.</i>	72-74
Современные проблемы диагностики психических расстройств при хирургических вмешательствах (обзор литературы) <i>Кириллов И.О., Алборова Е.С.</i>	74-79
Программы помощи сотрудникам на предприятиях <i>Ковшова О.С.</i>	80-83
Факторы психической дезадаптации подростков с артериальной гипертонией <i>Реуцкая И.Е.</i>	84-90
Проблемы психологического сопровождения сотрудников оперативных подразделений органов внутренних дел (аналитический обзор) <i>Стрельченко А.Б.</i>	90-96
Психологические аспекты восстановительной медицины	97-100
<i>Резюме</i>	101-111

VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

TABLE OF CONTENTS

EDITORIAL ARTICLES

FOUNDERS:

- Akanov A.A.*
History of public health of sovereign Kazakhstan:
mistakes, lessons and prospects 7-12

PSYCHOTHERAPY

Professional Psychotherapeutic League

- Aleksandrovich A.V.*
About special intimate emotional contact between a
patient and a doctor in psychotherapy of patients with
schizophrenia 13-17

- Edigenova M.B., Sandybaeva R.K.*
Comparative studying of efficiency of various
psychotherapeutic methods in a treatment complex of
patients with organic brain pathology 17-18

- Kuz'minyh N.V.*
Body expression of experiences in work with image on
a symbol drama method 19-23

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

- Sadal'skaya E.V.*
Catathymic-imaginative psychotherapy (symbol drama)
in work with patients with bronchial asthma 23-25

- Sgibov V.N.*
Regional problems of psychotherapy 25-26

- Semenova A.I.*
Theoretical precondition of a homeopathic
psychoanalysis 26-28

- Shahmetov B.A.*
Psychotherapy of psychosomatic disorders 28-29

PSYCHIATRY

- Bykova S.A., Rusina E.Ju.*
Experimental research of social adaptation disturbances
of patients with schizophrenia 30-32

- Ljubchenko M.Ju., Bazjak Ju.I.*
Value of psychiatric and psychotherapeutic education
in formation of doctor's outlook 32-34

- Ospan T.B., Kairbaeva S.V., Makieva H.D.*
Experience of application of zoloft in treatment of
various forms of depressions 34-35

- Paksjutov V.I., Zaripova N.I., Zueva L.F.*
Dynamics of autistic displays during therapy 36-39

- Turginbaeva A.N.*
Social and psychological aspects of life quality of rural
patients with epilepsy 39-42

Volume XI
№ 1
2003
Published 4 times
in a year

NARCOLOGY

<i>Zhantasova S.</i>	
Psychological consultation of adolescents with use of virtual diagnostic and correctional opportunities in work with drug dependence	43-51
<i>Luk'janenko Ju.V., Luk'janenko E.Ju., Vjazovoi P.P., Kotin A.V., Kazakova A.V.</i>	
Aspects of addictive medicine in Republic of Kazakhstan	51-54
<i>Novikova S.A.</i>	
Personal feature of patients with tobacco dependence	55-60
<i>Soltangazinova Z.B.</i>	
Rational psychotherapy at alcoholism	60-63

BOUNDARY PATHOLOGY

<i>Abzalova R.</i>	
Social-psychological problems of correction of deviant behavior of adolescents	64-65
<i>Bekenova N.M.</i>	
Biological, psychological and social bases in genesis of behavioral disorders of adolescents	65-69
<i>Ermolaeva T.V.</i>	
«Extreme existence» in family: a criminal and a victim	70-72
<i>Imangazinov S.B., Totina I.K.</i>	
Comparative studying of neurotization and psychopathy at the HIV – infected patients	72-74
<i>Kalieva Zh.D.</i>	
Modern problems of mental disorders diagnostic at surgical interventions (literature review)	74-79
<i>Kirillov I.O., Alborova E.S.</i>	
Help program for employees at the enterprises	80-83
<i>Kovshova O.S.</i>	
Factor of a mental desadaptation of adolescents with an arterial hypertension	84-90
<i>Reutskaya I.E.</i>	
Problem of psychological support of employees of operative divisions of law-enforcement bodies (analytical review)	90-96
<i>Strel'chenko A.B.</i>	
Psychological aspects of regenerative medicine	97-100
<i>Summaries</i>	101-111

ИСТОРИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СУВЕРЕННОГО КАЗАХСТАНА: ОШИБКИ, УРОКИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

А.А.Аканов

Введение

Первые государственные модели здравоохранения стали появляться в XX веке, как часть государственной политики. В условиях высокой организованности общества на выполнение неких сверхзадач система здравоохранения стала составным элементом усилий государства по мобилизации людей. Появившиеся империи, амбициозные планы по переделу мира, установление новых ценностей для цивилизации, самые кровопролитные две мировые войны не могли оставить в стороне здравоохранение. Совершенно неслучайно, что одной из первых государственных систем здравоохранения была организация здравоохранения в Советской России (Декрет о создании системы был подписан в 1918 году), которая, встав на ноги, во время второй мировой войны смогла вернуть в строй 75% раненных солдат и офицеров. Жизнь показала, что именно государственный подход к здравоохранению является наиболее эффективной мерой по решению проблем охраны здоровья людей. Сегодня практически во всех странах мира существует государственная политика в области здравоохранения. Таким образом, XX век «подарил» миру организованную, государственную систему здравоохранения.

В наши дни, в самом начале нового, XXI века, в условиях глобализации, ожесточенной конкуренции на мировом рынке, столкновении экономических интересов народов, по существу в условиях нового передела мира на сферы влияния уже наднациональных государственных объединений ни одна страна мира не отказывается от государственного управления системой здравоохранения. Более того, мы видим усиление политики многих государств по укреплению и защите здоровья своих народов.

Следовательно, в новых условиях будут анализироваться и вырабатываться некие общие, наиболее эффективные подходы к функционированию национальных систем здравоохранения. Сегодня, как никогда, есть потребность в изучении международного опыта, обобщении результатов развития страновых систем и разработке универсальных моделей развития систем здравоохранения. Иными словами, речь идет об универсальной теории организации здравоохранения.

Актуальность темы для Казахстана

Как известно, в мире существует несколько моделей систем здравоохранения в классическом

виде. Страховая, бюджетная, смешанная - по финансированию. Государственная, частная - по форме собственности. Семашко, Беверидж, Бисмарк - по именам авторов моделей.

Развал советской модели здравоохранения в странах СНГ вызвал острую необходимость выбора и перехода с одной модели на другую, обусловил актуальность осмысления принципов, поиска закономерностей формирования различных систем здравоохранения мира и разработки своей модели охраны здоровья, отвечающего нуждам и потребностям своей страны.

Парадоксально, что до конца XX века не была сформирована общая теория организации здравоохранения, определены общие принципы деятельности и развития систем здравоохранения мира в условиях различных моделей. Самое большое, что было сделано ВОЗ - создана обсерватория (описание) систем здравоохранения ряда стран мира и предприняты попытки их систематизировать (Р.Салтман и др.).

Все последние годы XX века драматическая ситуация в странах переходного этапа заставляла организаторов здравоохранения этих государств лихорадочно искать подходящие модели систем здравоохранения и пытаться их внедрять у себя в стране, в целом не понимая логики и закономерностей формирования систем здравоохранения. Ярким примером тому является Казахстан.

В 1991 году после распада советской империи, Казахстан поучил суверенитет и стал развиваться как независимое, светское государство. Приходилось решать вопросы создания нового государства со всеми сферами жизнедеятельности, в том числе охраны здоровья своего населения. Естественно, что здравоохранение, образование не были приоритетами, так как бурно обсуждались и устанавливались новые принципы политического обустройства, определялись главные ценности общества, разрабатывалась стратегия развития, шло определение своего места и роли в мировом сообществе и др. Состояние здравоохранения, как зеркало, отражало эту сложную, напряженную ситуацию в стране.

Как развивалось здравоохранение за эти 13 лет? Интересно пролистать «новые страницы» новейшей истории системы здравоохранения Казахстана:

1992-1995 годы - постсоветская система здравоохранения;

1996-1998 годы - бюджетно-страховая модель здравоохранения;

1999-2003 годы - бюджетная модель на основе программного финансирования.

С точки зрения организаторов здравоохранения, мы видим смешение разных философии, принципов и подходов к решению проблемы, что, в целом, отражает общую ситуацию в стране и отсутствие стратегии реформы здравоохранения, конечных целей развития, основных приоритетов.

По всей видимости, примерно такая ситуация во многих постсоветских странах.

Все вышесказанное обуславливает для новых независимых государств жизненную актуальность поиска общих стратегических, научно-обоснованных принципов и приоритетов организации медицинской помощи в целом.

Общие принципы организации здравоохранения

Существует ряд принципиальных документов ВОЗ (Здоровье-21, Люблянская декларация и т.д.), где четко показана позиция ведущих стран и экспертов по политике охраны здоровья. Обобщая эти многочисленные программы и документы, мы можем сказать, что для новых стран чрезвычайно полезно, прежде всего, учесть свои наиболее важные принципы. Нам представляется, что речь должна идти в первую очередь о ключевых принципах новой модели, которые должны быть отобраны экспертами этих стран. Исходя из опыта развития цивилизации, государство, учитывая свои жизненные интересы, на наш взгляд, обязано для своего населения обеспечить, прежде всего:

- доступность медицинской помощи;
- справедливость в оказании медицинской помощи;
- государственное регулирование в виде приоритетов, программ и т.д.;
- развитие здоровья своего народа в условия глобальной конкуренции.

Как решаются эти вопросы?

Доступность медицинской помощи: чем выше организация общества, тем выше доступность к медицинской помощи. В целом, доступность, конечно, зависит от возможностей страны. В развивающихся странах - от уровня среднего специального персонала до уровня первой врачебной помощи, в более развитых странах - на уровне врача общей практики и специализированной медицинской помощи. Критериями оценки доступности медицинской помощи служат и объемы, и время, и расстояние, и качество медицинской помощи для населения и т.д.

Справедливость в оказании медицинской помощи: здесь речь идет о реализации базового принципа общества - оказать некий стандартный объем гарантированной Конституцией медицинской помощи всем группам общества, независимо от расы,

пола, возраста, социального положения, места проживания. Также важно публично признать проблему солидарной ответственности за здоровье и государства, и общества, и гражданина. Признать и находить справедливый консенсус по решению проблемы. Причем, чем выше справедливость, тем более высоко организовано общество.

Государственное регулирование здравоохранения: в любом обществе, у любого государства не будет хватать финансовых средств на нужды здравоохранения. Задача менеджеров выявить наиболее приоритетные направления и концентрировать имеющиеся возможности на первоочередное их решение.

Развитие здоровья своего народа: в условиях глобальной конкуренции и формирования единой цивилизации следует признать, что с внедрением общечеловеческих ценностей многие народы и народности просто ассимилируют в большие народы. Чрезвычайно важно для государств оценить свои потенциальные возможности, создать и развивать национальный ресурс с тем, чтобы не исчезнуть в котле единой глобальной цивилизации. Сегодня мы видим озабоченность и больших и многих небольших народов предстоящей перспективой, их намерениями и конкретными планами сохранить свою идентичность и оригинальность. И здесь на первый план, наряду с культурой, другими факторами, будет выходить физическое здоровье нации, заложенные резервы, которые, если говорить откровенно, у одних народов исчерпаны, а у других только развиваются. В этой связи, политика здравоохранения выходит далеко за рамки своей профессиональной идентичности. Можно только предположить важность темы с учетом бурного развития геномной инженерии, клеточной медицины и других фантастических перспектив.

С учетом вышесказанного, выбор и развитие национальных систем здравоохранения приобретает еще большую актуальность и требует самого пристального внимания и государств, и исследователей.

Основные составные части системы здравоохранения

Наш опыт 13-летнего реформирования и развития здравоохранения позволяет несколько иначе взглянуть на принципы и организацию системы здравоохранения. Пройдя за эти годы нелегкий путь реформ, изучив на своих ошибках и достижениях практически все модели мира (бюджетная, бюджетно-страховая, программное финансирование), испытав на себе издержки и преимущества широкой приватизации в здравоохранении, сложности теневой экономики и др., мы полагаем, что сегодня систему практического здравоохранения следует, видимо, представить в виде базовой медицинской помощи (БМП) и расширенной медицинской помощи (РМП).

Базовая медицинская помощь состоит из первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и квалифицированной врачебной помощи. В разных странах объем базового пакета медицинской помощи разный и зависит от финансовых возможностей стран, политической воли государств. Так, если на уровне развивающихся стран, базовый пакет состоит до 8 долл. США и включает самые жизненно-важные мероприятия (вакцинация, охрана здоровья матери и ребенка, лечение особо опасных заболеваний и пр.), то в других странах он включает обширный перечень медицинских услуг. В Казахстане базовый пакет услуг покрывает примерно до 80% потребности населения.

Расширенная медицинская помощь (РМП) дополняет БМП специализированными видами медицинской помощи. В целом в мире число «узких» специалистов превысило 140, в разных странах число таковых, конечно же, в силу своих возможностей, разное. Так, в странах постсоветского периода долго существовали «вертикальные» службы по хирургии, терапии, акушерству и гинекологии, педиатрии и большое количество внештатных служб. Сегодня, к сожалению, не все эти страны сохранили их. Исторически в СССР развитие этих служб складывалось по приоритетам государственных нужд. Так, советской власти в начале XX века, в условиях гражданской войны против тифа, малярии, оспы и др. была жизненно-важна санитарно-эпидемиологическая служба, которая помогла решить эти проблемы, затем в условиях первой и второй мировой войн приобрела первостепенное значение хирургия, в послевоенных условиях 50-х годов на первый план вышла служба охраны здоровья матери и ребенка и т.д. Какая же служба будет приоритетом сейчас? Мы видим в развитых странах на первое место выступает общественное здравоохранение, в таких странах как Финляндия - формирование здорового образа жизни. Каким же будет приоритет на постсоветской территории?

На наш взгляд, главной ошибкой реформ на территории СНГ является разорванность этих понятий. Например, мы видим ожесточенные споры в России о том, будет жить или не будет педиатрическая служба на уровне ПМСП? Это, конечно, дело каждой страны, но специализированная служба для каждой семьи, для каждого человека - удовольствие очень дорогое. И если страна идет на эти расходы, значит эта проблема - главный приоритет здравоохранения страны. В Кыргызстане противники реформы - в основном представители специализированных служб, которые не нашли свое место в реформе системы здравоохранения. Иными словами, там реформа проходит в основном на уровне БМП, не затрагивая, а временами и сокращая специализированные виды медицинской помощи.

Главный урок прошедших лет - реформа должна не только преобразовать БМП, реформировать

СМП, а объединить эти два процесса в одно, разработать новые связи и взаимоотношения между этими двумя важнейшими секторами системы здравоохранения.

При этом реформа СМП не должна быть «куцей» и затрагивать лишь стационарную помощь (как предлагается рядом международных экспертов), она должна быть выстроена как «вертикаль» службы, которая должна приобрести новые (или восстановить забытые) функции по координации, обучению, консультативной, методической помощи БМП. Все эти функции должны быть прописаны, входить в оплату со стороны государства. Должны быть четко определены новые взаимоотношения служб с ПМСП, этапность и объемы оказания помощи на всех уровнях каждой специализированной службы. Сегодняшнее соотношение помощи («первичного или поликлинического» уровня: областного или регионального уровня: республиканского или национального уровня) должно быть выстроено в виде «пирамиды», примерно 60%: 30%: 10%. При этом на уровне высокоспециализированной помощи должны оказаться действительно самые сложные случаи болезней, требующие самых передовых технологий. Недопустимо, когда в НИИ и НЦ оказывается рутинная медицинская помощь. Вся стратегия развития должна предусмотреть поэтапную реализацию этой пропорции как в отношении развития материально-технической базы, кадрового и ресурсного обеспечения, так и внедрения соответствующих технологий. Кстати, вопрос соотношения БМП и специализированных служб, их единства и взаимосвязи довольно туманно и редко освещается в доступной нам международной литературе.

Кадровое обеспечение здравоохранения предполагает создание адекватной целям государственной политики системы медицинского образования как на додипломном, так и постдипломном уровнях. Извечный вопрос: сколько должно быть врачей и сколько среднего медицинского персонала? Мы видим, что в таких странах как Канада, средний персонал может не только организовать и проводить доврачебные, послеврачебные процедуры и вмешательства, но и руководить целыми клиниками, осуществлять масштабные профилактические программы. Нам нужно провести серьезную ревизию и разделить полномочия и функции врачебного и среднего медицинского персонала. Конечно, в основе этой работы должен быть лечебно-технологический процесс. Мы сами должны решить, что будем доверять среднему персоналу, что будет в сфере ответственности врача. И обучать в зависимости от этого кадры. Еще одна проблема в нашей системе здравоохранения. Фигура главного врача. Исторически главный врач олицетворял единоначалие власти, концентрируя в своих руках и деньги, и кадровую политику, и лечебно-технологические

процессы, контролируя морально-психологическую ситуацию в коллективе. Сегодня очевидно, что весь этот процесс должен быть эволюционирован. Должна быть четко разграничена сфера управления лечебно-профилактическими организациями: выделен менеджер, по новому организован лечебно-технологический процесс, приведена к современным требованиям внутренняя жизнь коллектива (путем большей экономической свободы и прозрачности как ресурсов, так и действий). Урок прошлого этапа - мы не занимались новыми технологиями выхаживания больного, создания новых взаимоотношений «врач-больной-сестра». Сокращение сроков пребывания в стационаре до западных предполагает коренное изменение в лечебно-технологическом процессе, пересмотре роли медсестры и врача, в большей интенсификации труда, внедрении новых специальностей, тесном сотрудничестве с другими службами (например, социальными работниками) и т.д.

Иными словами, должны быть усовершенствованы и пересмотрены квалификационные требования к врачебной и сестринской должности, введены новые специальности. Именно эти требования, а не мнение преподавательского состава, должны быть в основе государственного общеобязательного стандарта образования (ГОСО). Одна из ошибок прежних лет состоит в том, что ГОСО не соответствовали изменениям времени, составлялись без нужд меняющегося здравоохранения. Вернее нужно признать, что образование не могло быть впереди процесса реформирования всей системы. В основе ГОСО должны лежать новые стандарты (протоколы) диагностики, лечения, профилактики, функциональные обязанности и требования (знание, умение, навыки). С учетом новых требований и возможностей страны нужно решить пропорцию «врач: медсестра», что и должно лечь в основу планирования подготовки медицинского персонала. Конечно, нужно брать в расчет и новые специальности, такие как менеджер, инженер по медицинскому оборудованию и т.д.

Сегодня приходится констатировать, что в условиях глобальной победы рыночной экономики над плановой преимущество должно отдаваться более предпочтительной модели западного медицинского образования - англосаксонской модели. Как известно, на постсоветской территории традиционно действовала германско-российская модель, внедренная с 1701 года Петром 1 по предложению К.Лейбница

В Казахстане, где практически во всех сферах хозяйствования начали работать сплошь и рядом принципы рыночной экономики, однозначно предполагается внедрение гибкой, рыночно-ориентированной модели медицинского образования. Принципы англосаксонской модели, основанной на многоуровневой подготовке, внедрении кредит-часов, четком разделении врачебного и сестринского

дела и др., требуют коренной реформы всей системы до- и постдипломной подготовки. Дело облегчается тем, что в стране есть основной закон об образовании, который требует внедрение именно такой модели образования. Принцип «образование на всю жизнь» должен замениться принципом «образование всю жизнь».

Непонимание процессов реформирования профессорско-преподавательским составом, их отчужденность и отодвинутость, разрыв между требованиями новой модели предполагаемой системы здравоохранения и содержанием реального медицинского образования - еще одно неодолимое сопротивление на пути реформы здравоохранения.

Несоответствие кадровой подготовки и реформы системы здравоохранения - одна из главных ошибок реформаторов СНГ.

За эти годы в Казахстане работало много международных экспертов. Многие из них, рекомендуя пути изменения системы практического здравоохранения, даже и не говорили о единстве и неразрывности этих процессов с системой медицинского образования. А те, кто понимал это, не представляли разницы между советской (исторически - германско-российской) и англосаксонской моделями. Не представляя общей философии развития общества, трудно рекомендовать его реформирование и развитие.

Действительно, в тех странах, где гармонично развивается общее образование, где сбалансированы все сектора общества, трудно вообразить себе весь спектр проблем, стоящих перед странами переходной экономики.

Это гораздо сложнее, чем работать в развивающихся странах, где нет сложившихся традиции, связей, стереотипов, сложившихся групповых интересов.

В новых условиях должны измениться **роль и место медицинской науки**. Сложившаяся в условиях плановой экономики сеть научно-исследовательских институтов (НИИ) и научных центров (НЦ) на территории СНГ остается сегодня невостребованной с точки зрения реформирования здравоохранения. Большинство этих центров превратились в специализированные центры, частично получают финансирование за научные разработки, которые также мало или вообще не востребованы практикой. Завершая «пирамиду» специализированной медицинской помощи, сеть НЦ и НИИ сегодня должна участвовать в процессе реформирования. Научные темы должны заказываться центральным исполнительным органом, в данном случае министерством здравоохранения, которое, в свою очередь, должно определить роль и место медицинской науки в процессе реформирования. Центры должны финансироваться и за лечебную работу, и научные разработки, которые должны быть незамедлительно внедрены в практику, и за методическую деятельность, и за образовательные функции, и за координацию работы специализированных

служб. Министерство должно иметь стратегию развития медицинской науки, определить соотношение прикладной и фундаментальной науки. Причем, приоритетных направлений должно быть всего лишь несколько, а право участвовать в конкурсе за темы НИР должны иметь все соответствующие центры, ведущие кафедры медицинских вузов, творческие коллективы. Основным принципом в работе центров должно быть разработка, внедрение новых эффективных методов диагностики, лечения, прогнозирования болезней на основе доказательной медицины.

Таким образом, перед НИИ и НЦ должны быть четко поставлены новые цели и задачи, они должны быть решающей силой во внедрении новых технологий, реформе специализированной службы.

Также должна измениться организационная структура центров с приданием им большей свободы, возможностями выхода на международные принципы работы.

Игнорирование потенциала медицинской науки, как показал 13-летний опыт Казахстана, вызывает активное противостояние со стороны научных работников реформе здравоохранения и, в конечном счете, способствует ее свертыванию. Проблема, которую большинство международных экспертов недооценивает и не понимает до конца.

Единство и неразрывность элементов реформы здравоохранения

В целом процесс реформирования нам видится в виде «дома», которого нужно тщательно и выверено построить. Условно «стены» этого дома - базовая медицинская помощь, «жилая часть», или второй этаж - специализированная медицинская помощь, «крыша» - медицинская наука, а «фундаментом» реформ является медицинское образование, т.е. кадры здравоохранения.

Таким образом, система здравоохранения должна состоять из неразрывных составных частей, игнорирование любой из них, ведет к развалу системы. Реформа систем здравоохранения всегда должна учитывать единство и обязательность всех этих составных элементов, связанных единой философией и логикой процесса. Так, рыночно-ориентированная БМП должна гармонизировать со специализированной помощью, медицинским образованием и наукой, основанных на такой же философии. Противоречие в любом из этих сегментов вызывает противостояние и приводит к неудаче реформы всей системы.

Сегодня лидеры здравоохранения обязаны объединить всю медицинскую общественность: и врачей практического здравоохранения, и специалистов всех профилей и уровней, и профессорско-преподавательский состав вузов и ссузов, и ученых НИИ и НЦ. Объединить, определить каждому свой участок, показать важность и незаменимость его

работы, координировать все усилия в одном направлении. В этом суть успеха реформы.

В Казахстане за эти годы было множество экспериментов, и большинство из них касались в основном базовой медицинской помощи. И это было оправдано, так как свыше 80% населения обращается сюда. Многие проекты и программы касались именно этого раздела, хотя и были специальные работы по другим секторам здравоохранения. Не беря на себя роль судьи, отметим, что наиболее эффективной и масштабной была, пожалуй, работа под руководством Здравплюс (ЮСАИД) на региональном (Жезказганская модель), местном (внедрение семейной медицины в ряде регионов) уровнях, которая оставила глубокий след в развитии системы здравоохранения страны. Как известно, даже были попытки их одномоментного распространения по республике. Были проекты Всемирного Банка по укреплению сельской медицины, ЮНИСЕФ по проблемам материнства и детства, были серьезные попытки реформирования сестринского дела (Аяпов К.А. и др.), высшего медицинского образования. Грандиозным экспериментом было (и довольно - таки успешное!) внедрение бюджетно-страховой медицины, оставившей глубокий след в системе здравоохранения. К сожалению, большинство из них потерпело неудачу, оставив за собой страдание, разочарование и каждый раз убивало надежду на лучшее. Но, именно таким образом мы получали бесценный опыт. Важнейшим этапом в развитии здравоохранения страны представляется Государственная программа реформирования и развития здравоохранения на период 2005-2010 годы. Основанная на совершенно новых принципах, определенных в Послании Главы государства, она предполагает однозначный переход на государственную модель развития с внедрением элементов внутреннего рынка. Наполненная реальным финансированием, опираясь на процессы реального положения в стране, она предполагает радикальные изменения в первую очередь в рамках базовой медицинской помощи, укрепление материально-технической базы здравоохранения, обеспечение доступности и справедливости в медицинской, лекарственной помощи, впервые затрагивает вопросы качества медицинской помощи и серьезного реформирования медицинского образования. Большое внимание уделяется в ней и развитию здоровья, выделяя приоритетом профилактическую направленность, охрану и укрепление здоровья детей и женщин фертильного возраста. В плане реализации программы, утвержденном Правительством, предполагается реализация на постоянной основе свыше ста мероприятий, которые охватывают практически все сегменты здравоохранения. Министерство здравоохранения в настоящее время занимается вопросами разработки концепции и мер по развитию специализированной медицинской помощи

и медицинской науки, которые будут неразрывно связаны с общим процессом реформирования отечественного здравоохранения.

Заключение

Сегодня, спустя 13 лет суверенного развития, мы, с благодарностью вспоминая энтузиастов и реформаторов в деле охраны здоровья, наученные болезненным опытом и ошибками, имея на

«вооружение» государственную программу реформирования и развития здравоохранения в 2005-2010 годы, цельное стратегическое видение перспектив, не имеем права остановиться на полпути.

Ибо слишком велики ожидания и у населения, и у медицинских работников, и у общества в целом.

Ибо мы заслужили современную эффективную систему здравоохранения, достойную нашей страны.

ОБ ОСОБОМ ИНТИМНОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОМ КОНТАКТЕ МЕЖДУ ПАЦИЕНТОМ И ВРАЧОМ В ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

А.В.Александрович

1. К истории вопроса

Я не буду останавливаться на вопросе о возможности психотерапии острых психозов. Судя по клинической литературе, отечественной и зарубежной практике, взгляд на, возможно высокую эффективность и необходимость психотерапии шизофрении всё больше и больше укореняется в психиатрической и психотерапевтической среде. Надеюсь, что, и с этой целью тоже, была расширена психиатрическая подготовка психотерапевтов в нашей стране.

Цель сообщения – углубиться в существо этого вопроса, а именно, при каких условиях психотерапия шизофрении становится не только возможной, но, и эффективной.

Можно утверждать, что в настоящее время в клинической психиатрии существует учение об особом интимном эмоциональном контакте с душевнобольными, зародившееся ещё в швейцарской психиатрии в 20-х годах XX века (Я.Клези, М.Мюллер). Это направление успешно развивается во многих зарубежных странах и у нас. Это направление должно составить пласт культуры отношения между психотерапевтами и пациентами психиатрических клиник. Когда, по словам М.Блейлера, «начинаешь видеть больного шизофренией не как здорового прежде человека, на которого навалилась болезнь, а как человека, живущего на свой лад», человека, «который по-своему борется за своё внутреннее равновесие, и которому можно помочь найти свою дорогу его же способом» (цитата по М.Е.Бурно, 1995).

Э.Кречмер в 1929 г. писал: «Возможно ли чувствовать, понять внутренний строй некоторых шизофренических психозов на основе нашего обычного медицинского опыта в той мере, в какой это выходит за рамки наблюдения явных элементарных симптомов в смысле Блейлера, Кляйста и др. На этот вопрос я бы ответил утвердительно».

Швейцарский профессор Гаетано Бенедетти подчеркивает, что «индивидуальная психотерапия пациентов, страдающих шизофренией, начинается с «вхождения» психотерапевта в актуальную ситуацию и мир своего партнера, идентификации»; Салливан говорил об «участии», Розен о «терапевтической любви», Ариети о «душевной близости», Силз о «терапевтическом симбиозе», Шульц-Хенке об «интециональности» (Benedetti G., 1979).

Маргарет Сесее главным принципом в терапии шизофрении, считала проникновение терапевта в мир психотика. Эрвин Странский в 1914 году

считал одним из основных факторов освобождения больных от гнёта болезненных переживаний – «создание должного эмоционального контакта с больным» (цитата по Консторуму, 1962).

Консторум (1962) писал: «Предпосылка успешности психотерапии шизофреников вообще и эмоциональной реституции в частности – наличие эмоционального контакта с врачом; это и есть тот эмоциональный островок, о котором писал Макс Мюллер, который «иррадирует во все стороны».

Бурно, автор метода-школы «Терапия творческим самовыражением», сформулировал упомянутое выше, как учение об особом интимном эмоциональном контакте с больными шизофренией, подчёркивая европейские исторические корни, и полагая на собственном опыте работы с пациентами, что в процессе этого контакта, врач своим живым неравнодушием к пациенту лично оживляет индивидуальность пациента (творческая природа контакта) (Бурно, 2000).

II. По существу вопроса

В чём же важнейшие особенности этого контакта?

Во-первых - это контакт, не похожий на близость с родителями, близкими родственниками, опекунами, искренне любящими пациента. Это, **более чем родительское отношение**. Весь пафос, сказанного выше, состоит в клиническом подходе, то есть в том, что пациент понятен психотерапевту в своих страданиях и болезненных проявлениях, которые могут пугать близких людей, не приниматься ими. Часто манифестный психоз представляется родителям, как крайняя степень переутомления, или последствия переутомления. Сознание родителей, зачастую, вытесняет страшные, озвученные квалифицированными врачами диагнозы. Отсюда возникают бесконечные избавления от порчи, или изгнания дьявола. Нередко, что только через многие месяцы пациент появляется у психиатра.

Во-вторых - родственники могут осуждать пациента, невоспринимая его болезненные переживания всерьёз. Очень часто это можно наблюдать на примере дисморфобии и дисморфомании, когда у близких родственников возникает недооценка состояния болезни, делаются попытки переубедить больного, либо, как жаловалась одна из моих пациенток с расстройствами восприятия внешности: «Мой родственник, просто кроет меня матом –

говорит, что ты это придумала для того, чтобы все с тобой носились и при этом самой ничего не делать. А я хочу, и работать и учиться, но из-за моего внешнего недостатка, я просто не могу выйти на улицу – сижу дома. Как мне от этого плохо – он понять не может».

В-третьих - очень часто психопатологическая симптоматика индуцирует родственников, и тогда объективно оценить состояние может только врач.

В-четвёртых - этот контакт не приятельские отношения и не дружеская привязанность - **это более чем дружеские отношения**, так как они, должны быть предельно верными, недопускающими фальши со стороны врача. Для пациента маленькая фальшь может оказаться большим предательством. То есть – это отношения «не как бы, а по настоящему».

Клинический пример. Впервые зову пациента на сеанс, называю его Андрюшей.

А: - У вас, что, нет сына?

- У меня есть сын.

А: - А вы разговариваете так, как будто у вас нет сына и я ваш сын.

- Да, наверно ты прав, извини.

Взрослый, 24-летний пациент, не принял отношения к нему, как к ребёнку.

Нельзя забывать, что и задачи у этих отношений конкретные, клинические, даже тогда, когда пациент воспринимает врача как друга.

Если подвести итог сказанному, то следует отметить, что особенность отношений тесно связана с клиницизмом.

Клинический пример. В мастерскую пришла журналистка, которая очень хотела пообщаться с кем-то из больных. Согласился пациент с выраженными ипохондрическими расстройствами, синдромом панических атак, находящийся в стадии стойкой ремиссии. Побывав не раз на больничной койке, он предпочёл не касаться болезненных тем. А на вопрос: «Так что же повлияло на ваше выздоровление?», ответил: «Я просто оказался понят и в этом состоянии кому-то нужен».

Пятая особенность - это **интимность** контакта между врачом и пациентом. Имеется в виду не сексуальная интимная близость пациента и врача, что полностью исключает дальнейшие терапевтические отношения, а создание некоего неразделимого духовного симбиоза врач – пациент. Это подробно описано у Гаetano Бенедетти (1979). При психотерапии шизофрении он писал о возможности «психопатологического броска» врача в бредовые построения пациента. Психотерапевт, таким образом, развивает в себе вид «коммуникативной психопатологии», делаясь посредником между аутистическими символами пациента. При этом берёт на себя даже часть этих символов и внушает пациенту необходимость их изживать – и в нём, и в самом себе, как в чём-то целом.

Затем происходит углубление такого интимного контакта. Это идентификация с пациентом, то есть способность **так** перенести себя в своего пациента, что у него пробуждается «ощущение чувственной симметрии». Часто это возникает без сознательного намерения-участия, а лишь благодаря эмоциональному контакту с пациентом, контакту захватывающего пациента, интересному для него. Он принимает, символически берёт на себя страдания пациента. Пациент же принимает в терапевте это его символическое переживание.

Об **эмоциональном** контакте Бенедетти (1979) пишет как о «способности врача выдерживать, выносить состояние пациента, наполненного переживанием своей непонятливости среди людей, пустоты, деструктивной агрессии, беспомощности-бессилия. Выдержать, вынести всё это, возможно лишь проникаясь, возбуждаясь переживаниями пациента. «Именно врач, не чувствующий себя подавленным пациентом или безучастным к нему, а напротив, чувствующий себя взволнованным, возбуждённым своим пациентом, будет выразительно принят им».

Карл Ясперс, в «Общей психопатологии» (1997), созвучно сказанному выше, цитировал В. фон Вайцеккера: «Только при условии, что врач до глубины души задет болезнью, заражён, напуган, возбуждён, потрясён ею, только при условии, что она перешла в него и продолжает в нём развиваться, обретя благодаря его сознанию свойство рефлексивности, и только в той степени, в какой это оказалось достигнуто, врач может рассчитывать на успех в борьбе с нею».

III. Опыт создания особого эмоционального интимного контакта с пациентами, страдающими шизофренией

В этой части хочу коснуться своего первого опыта в технике портретной терапии, и длительного контакта с душевнобольным человеком, оказавшим большое влияние на мою жизнь.

До моей работы с Андреем (одним из самых тяжёлых больных в центре Г.М.Назлюяна, с диагнозом – кататоническая шизофрения как вариант злокачественной юношеской шизофрении, ремиссия (диагноз М.Е.Бурно), я наблюдала, как работали над портретом другие врачи. Для себя я решила, что если и буду кого-нибудь лепить, то только не Андрея. Он раздражал меня своими нелепыми «символическими» высказываниями, которые, иногда, казались откровенными издевательствами над врачом, раздражал его внешний вид (всё время зимняя одежда и засаленная шапка), неопрятность, дрожащие руки, ковыряние в носу в ушах и т.д.

Перед Новым, 1996, годом, из врачей, в центре осталась я одна. Сидя перед портретом Андрея, я поняла, что **здесь** всё выглядит совсем иначе, чем со стороны - во **внепортретном пространстве**. Ещё не притрагиваясь к портрету, только сравнивая его с

оригиналом, я впервые отметила, что у этого молодого человека очень красивые черты лица, я помню, то чувство восторга, которое меня охватило. С таким явлением, когда, лица при создании портрета, становились красивыми, каждой своей деталью, я сталкивалась в последствии очень часто, и понятно, что за этим стоит принятие и внутреннего мира пациента.

Я работала над пластилиновым подбородком, и поняла, что для того, чтобы добиться точности изображения деталей лица, работать над портретом можно бесконечно долго. Это время кажется совсем иным, можно сказать, что это – «эпизоды безвременья», наполненные другим, отличающимся от обыденного смыслом – соответствие части пластилинового подбородка и модели, казалось «смыслом всех смыслов». Ещё я обнаружила, что работа с пластилином (вопреки тому, что мне представлялось при наблюдении со стороны) - не так сложна; ваяя, можно идти различными путями, а ошибки поддаются исправлению.

Открытий было бесконечно много. Можно себе позволить не разговаривать с больным, и это не кажется тягостным молчанием. Я в роли скульптора, скульптору можно работать молча. Можно разговаривать, касаясь различных тем. Можно долго рассматривать лицо и, всматриваясь в глаза. Можно дотронуться до лица, измеряя точность воспроизведения натуры в портрете. Это всё, не что иное, как формы создания, формирования интимного эмоционального контакта, я, выступая в роли скульптора, имею на это право со времён Древней Греции, а, может быть, и раньше. Причём в те давние времена, ваяли преимущественно богов, скульптор играл второстепенную роль, главным, было его творение, либо модель.

Некоторые фрагменты сеансов

Андрей отворачивается от мольберта. Я прошу его показать мне лицо. Андрей не реагирует на просьбу. Я встаю со стула, обхожу отвернувшегося Андрея, немного наклоняюсь, некоторое время рассматриваю его лицо, затем возвращаюсь к мольберту и продолжаю работу со скульптурой. Это повторяю несколько раз. Андрей ещё больше отворачивается от мольберта.

Через некоторое время, неожиданно:

А: - Вы встанете со мной по швам?

- А ты мне покажешь - как это.

А: - А вы встаньте.

Встаю со стула, Андрей встаёт и вытягивает вперёд руку. Я повторяю это движение.

А: - Что вы видите?

- Руку с разведёнными пальцами.

А: - А так?

- Руку - три пальца вместе, два врозь.

Андрей садится. Спрашиваю: Это мы по швам постояли?

- Хорошо, я с тобой по швам постояла, теперь ты мне глаза свои покажи.

А: - Это было ваше желание, а это (показывает на портрет) - не моя работа.

После сеанса Андрей сказал маме: - Надо быть необычным человеком, чтобы с дураком, разговаривать на его дурацком языке.

Сеанс портретирования

Молчит на протяжении всего сеанса, сидит, отвернувшись от мольберта. Наблюдаю сгорбившуюся, одетую в пальто и шапку фигуру человека с трясущимися руками. Мне, до боли в груди, жаль этого одинокого человека. Говорю ему: «Андрей, мне кажется, я чувствую как тебе тяжело. Я очень хочу помочь тебе, но не знаю - как это сделать».

Андрей отворачивается от мольберта, сидит так ещё какое-то время, затем ничего не говоря и не поворачиваясь ко мне, быстро выходит из зала.

Сеанс портретирования

Пришёл на сеанс очень возбуждённый. В прихожей снял и повесил пальто и шапку, затем остановил меня и сказал, что споёт две песни, а потом покажет фокус, после которого я «офигею».

Во время работы Андрей возбуждён.

Спел мне 2 песни. У него хороший слух и неплохой голос. Одна из песен репертуара Виктора Цоя, когда пел - очень волновался, голос дрожал, но песни спел от начала до конца. После второй песни спросил:

- А была ли любовь?

- Конечно была... А когда же будет фокус?

Андрей встал и начал раздеваться (до этого на сеансах сидел в шапке, пальто, куртке, и двух кофтах), шапку и пальто он снял ещё до начала сеанса, теперь снял и сложил на кресло кофту, затем – другую кофту, после – безрукавку. Сел на стул возле портрета, выпрямился, поправил волосы рукой, что-то выкрикнул, хлопнул себя по коленям, повернулся ко мне и сказал, что это и был фокус.

Меня этот фокус приятно удивил, без верхней зимней одежды, в рубашке и брюках, я видела Андрея впервые.

Через некоторое время сообщаю, что сеанс окончен. Андрей одевается и, не прощаясь, быстро выходит из помещения.

Сеанс портретирования

С самого начала сеанса стал показывать различные фигуры из пальцев и просить, чтобы я их повторила. Просил, чтобы я щёлкнула зубами, цокнула руками и т.д.

- После вчерашнего сеанса я назвала тебя книгой «И-Цзын», ты для меня был как «Китайская книга перемен», человек со многими смыслами, постоянно меняющийся. Сегодня ты скучный и однообразный.

- А у Аллы (это моё имя) на голове красный шар.

Вскакиваю, быстро бегаю вокруг мольберта, постукиваю себя по голове и выкрикиваю, - “Красный шар, красный шар. Ой, у меня на голове красный шар, уберите его скорей”.

Андрей со смехом: - А Алла сошла с ума.

Смеюсь и сажусь за мольберт. Смеются все в мастерской.

Затем Андрей вновь просит меня щелкнуть зубами, и повторяет ещё несколько нелепых просьб. Меня это злит, я сильно и долго хлопаю скульптуру по щекам (как пощёчины). Андрей напряжён, после некоторой паузы, говорит, что теперь нужно погладить.

- Тебя или ее? (показываю на скульптуру).

- Как хотите.

Ребром ладони провожу по его щеке, Андрей не отстраняется, как обычно, впервые позволяет до себя дотронуться, при этом очень напряжён, дышит учащённо, выражена дрожь кистей рук. Но, не отводит глаза, смотрит прямо в лицо.

Мать Андрея говорит о том, что накануне он прочитал ей стихотворение собственного сочинения о своих страданиях в болезни. В нём говорится, что выздоровевший человек только с виду здоров, а внутри у него всё болит, но никто не знает, как он несчастен, он решает покончить жизнь самоубийством, но в конце его спасают. На высказывание матери, что это очень печальное стихотворение, Андрей сказал, что не совсем так, «ведь его же спасли».

Андрея очень беспокоит, что квартира в безобразном состоянии. Заводит разговоры о предстоящей женитьбе.

Описывая сеансы с Андреем, я отразила лишь небольшую часть нашего общения в портретном времени. Но, с первого же сеанса этот человек поразил меня символичностью своего мышления. Вскоре, во время работы над портретом родилось “прозвище” - человек “И-ЦЗЫН” т.е., “Китайская книга перемен”, он постоянно менялся.

Постепенно в моей семье узнали об Андрее. Мы с мужем часто говорили о нём, иногда спорили. Один из таких разговоров затянулся до четырёх часов утра. Я чувствовала, как вживаюсь в образ Андрея, в его манеру говорить, мыслить. Я становилась более чувствительна к сеансам; для меня перестала существовать болезнь, существовал теперь только больной, и дезадаптированный в обществе человек.

Через некоторое время то, что происходило со мной, стало меня волновать. Мне приснился сон про Андрея и его маму, которая кормила меня мясом. Я поняла, что такая привязанность к пациенту обретает для меня болезненный оттенок. Я стала чувствовать себя хуже физически - ухудшились сон и аппетит, я похудела на несколько килограммов.

Дома речь шла только об Андрее. Первый вопрос, который задавал мне супруг, когда я переступала порог своего дома - «ну как там твой Андрей?», однако более уместным было теперь спросить, - «ну как там ты?».

После отъезда Андрея в Ростов, моё болезненное состояние продолжалось ещё некоторое время. Потом, почти в одно мгновение всё стало на свои места; тогда пришла в голову мысль - вероятно, для того, чтобы пациент поправился от такой болезни, необходимо в какой-то мере переболеть ей. Тогда же, я почти уверилась в мысли - что и Андрею стало лучше.

В последствии это подтвердилось. В настоящее время Андрей обучается в медицинском колледже, есть проблемы с адаптацией в молодёжном коллективе, но, по сей день они разрешимы.

Некоторое время работы с подобными больными я была уверена, в том, что бы лечить их, вероятно, надо, если не переболеть их болезнью, то быть глубоко задетой, что зачастую со мной и происходило, чаще в виде тяжёлых астений. Сейчас я понимаю, что многое зависит от клинического опыта, и нет необходимости быть жертвенным агнцем на алтаре шизофренического процесса.

Часто, к своему удивлению, я слышу от пациентов, что, Алла Владимировна, лепит меня такой, какая я должна быть, или должна стать, или я на портрете гораздо красивее, мудрее и т.д., чем на самом деле. Меня это всегда удивляет, потому, что я вижу натуру гораздо прекрасней пластилиновой модели, и, возможно, лишь большое желание отразить это, делает возможным такое восприятие скульптуры.

Вчера на сеанс пришла пациентка в возбуждённом состоянии (перенёсшая шуб), находится на лечении более двух лет. Я не планировала работу с ней, но чтобы избежать ухудшения мы стали с ней работать, постепенно за работой над портретом она успокоилась, я не вмешивалась в пластилиновые формы, я только гладила руками лоб, щёки, голову. Портрет её уже нельзя назвать маской. На мой взгляд, это почти готовое скульптурное изображение, в котором пациентка признаёт своё сходство. В зале было семь человек. В какой-то момент мне показалось, что пластилиновое лицо ожило. Свою иллюзию я не озвучила. Я прекратила работу над портретом. Пациентка села рассматривать свой портрет. Я видела, как исказилось её лицо, она сказала: «Мне страшно». Вечером она позвонила мне домой и сказала, что портрет её очень сильно напугал, чем она понять не может. «По-моему он осуждает меня за распушенность». Мне осталось сказать только, что, по-моему - это только кусок пластилина и осуждать он не может. «Что вы говорите, это же не просто кусок пластилина - это, Алла Владимировна - я». «Тогда получается, что ты сама себя за свою распушенность и осуждаешь». Диалог продолжался ещё некоторое время.

Войдя в состояние стойкой ремиссии, эта пациентка как-то сказала:

- Мне кажется, что весь ужас болезни, которой я болела, случился не со мной, а с портретом.

IX. Осталось ответить на вопрос: почему при шизофрении не просто эффективен, а необходим особый эмоциональный интимный контакт с врачом?

Литература:

1. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия - М.: Академический Проект, 2000
2. Консторум С.И. Опыт практической психотерапии - М.: Ин-т психиатрии МЗ РСФСР, 1962
3. Benedetti Gaetano. The structure of the psychotherapeutic relationship in the Individual treatment of schizophrenia // Psychotherapy of schizophrenia. Proceedings of the 6 International symposium on psychotherapy of schizophrenia / Ed.: C.Muller.- Amsterdam; Oxford, 1979. - P. 31-37
4. Kretschmer E. Psychotherapie der Schizophrenie und ihrer Grenzzustände // Bericht über den IV Allgemeinen Ärztlichen congress für Psychotherapie in Bad Nauheim. 11. bis 14 April 1929. - Leipzig: Verlag von S.Hirzel, 1929. - S. 78-88

Думаю, в хаосе схизиса, порождающего глубокое чувство патологического одиночества, необходим человек, не просто разделивший это одиночество, а профессионально понявший и эмоционально принявший пациента близко к сердцу.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ МОЗГА

М.Б.Едигенова, Р.К.Сандыбаева

г. Костанай

Данное исследование проводилось на базе пограничного отделения Костанайской областной психиатрической больницы, посвящено влиянию различных методов психотерапии на те или иные характеристики больных с органической патологией центральной нервной системы, предпочтительности определенного вида психотерапии. Нами было обследовано 39 сотрудников и пенсионеров МВД, проходивших лечение в стационаре (за последние 5 лет) по поводу органической патологии мозга (с невротоподобными включениями, церебрально-растительной симптоматикой различного генеза, а также начальные стадии церебросклероза, все случаи без грубого снижения личности). Было выделено 3 группы больных, которым на фоне медикаментозного лечения проводилась психотерапия.

В процессе исследования были выделены 3 регистра воздействия на человека (1):

1. воздействие на невротический (или функционально-динамический) компонент заболевания;
2. воздействие на личность больного с целью изменения ее реакции на болезнь;
3. воздействие на психический компонент комплекса этиологических факторов.

В первую группу вошли больные, которым проводились сеансы аутогенной тренировки (16 человек), АТ проводилась в течение 2 недель (10 сеансов) по ускоренной методике (модификация Московской кафедры психотерапии, разработанная с участием Рожнова В.Е.). Больные сами предпочли этот вид психотерапии перед другими. В процессе ознакомления и освоения АТ обращали внимание

пациентов на то обстоятельство, что состояние глубокого внутреннего успокоения и расслабления опорно-двигательного аппарата, всего организма в целом достигается во всех случаях, если занимающийся последовательно реализует взаимно потенцирующие друг друга действия: примет удобную позу для отдыха с учетом возраста и конфигурации тела, закроет глаза; установит неторопливый, плавный размеренный ритм дыхания, отдаст мысленные распоряжения, ориентированные на успокоение, расслабление и отдых опорно-двигательного аппарата, всего организма в целом. Особое внимание пациентов обращалось на лаконизм внутренней речи (2).

Результаты исследования были следующими: лица старше 40-45 лет (9 человек) испытывали трудности в концентрации внимания, дольше усваивали каждое упражнение, чаще «уходили» в физиологический сон. После сеанса чаще отмечалось отсутствие чувства бодрости, вялость. Лица моложе 40 лет (7 человек) при положительной установке на АТ лучше воспринимали формулы, легче добивались необходимых ощущений. Нормализация тонуса скелетных мышц, достигаемая с помощью упражнений АТ, явилась терапевтически действующим фактором регуляции гемодинамики и других вегетативных функций организма. АТ оказалась более эффективной при невротоподобной симптоматике с вегетативными нарушениями, субдепрессивных расстройствах (3).

2 группе больных проводилась индивидуальная комплексная психотерапия (по методу Гирича Я.П.),

основанная на принципе «обрыва команд», посылаемых патологическими импульсами через центральную нервную систему на органы (работа на позвоночнике и его мышцах) + суггестивный сеанс (гипноз с расширенной глубиной). В эту группу вошли больные (9 человек) с органической патологией различного генеза, в том числе и травматического, в клинической картине которой присутствовали сенестопатические, ипохондрические, вегето-сосудистые расстройства, нарушение сна, головные боли, раздражительность. Больные с выраженными истерическими чертами были исключены. Положительным моментом в лечении данным методом являлся сам факт индивидуальной работы врача с больным (продолжительность одного сеанса до 1,5 часов, количество сеансов 5-6, сеансы проводились 2-3 раза в неделю), что создавало благоприятный эмоциональный контакт с больным. В результате лечения у всех больных редуцировалась астеническая симптоматика, улучшился сон, выравнился аффективный фон, вегето-сосудистые пароксизмы прекратились у 3 больных. Однако отрицательным моментом явилась психологическая зависимость от врача, отсутствие выраженной внутренней перестройки личности на выздоровление, ожидательная позиция больного к процессу лечения, слабое воздействие на ипохондрические, сенестопатические проявления (4).

В 3 группе проводились занятия групповой психотерапией (14 человек), длительностью до 2,5 часов, всего по 6-8 занятий, которые проводились 2-3 раза в неделю. Группы были закрытыми, не более 8-10 человек в группе. В группу входили больные с различной нозологической принадлежностью: неврозы, развития, органические поражения головного мозга и др. Следует отметить, что предметом данного исследования является лишь психотерапевтическое воздействие на органическую патологию. Основным требованием к формированию группы явилась достаточная вариабельность личностных радикалов, не допускалось преобладание более 2 человек с одинаковыми личностными радикалами, т.к. это резко ухудшало работу группы. Групповая психотерапия была построена на использовании мультимодального направления психотерапии (позитивная, гуманистическая психотерапия, гештальт-терапия, НЛП, транзактный анализ, иррациональная психотерапия, метод психодрамы

и др.). Результаты исследования показали благоприятное воздействие самого процесса терапии на личность больного: «глубинная» психотерапия способствовала внутренней переориентации больных; такие больные заявляли, что они поняли себя, говорили «что-то во мне произошло, я знаю, что мне теперь делать, как жить». Улучшался эмоциональный фон, активизировались волевые процессы, формировалась внутренняя сплоченность группы (больные общались и вне группы, совместно занимались физкультурой и др.). Частично редуцировались невротоподобные проявления. Однако у больных помимо этого менялось и отношение к своей болезни, ее клиническим проявлениям. Больные говорили, что они меньше обращают внимание на недомогания. При занятиях групповой психотерапией сокращались сроки лечения в среднем на 5 дней. Не было отмечено заметного улучшения в случае вегето-сосудистых пароксизмов у больного с травматическим поражением мозга.

Таким образом, исследование показало предпочтительность активных методов психотерапии, способствующих внутренней перестройке личности, устранению психического компонента комплекса этиологических факторов, (т.е. осуществляется воздействие на два регистра). Нельзя не учитывать оптимизирующее влияние группы на микроклимат больных в отделении, сокращение сроков лечения в стационаре.

Однако в тех случаях, когда групповая психотерапия была малоэффективной, неплохие результаты были достигнуты при использовании индивидуальной психотерапии по методу Гирича Я.П. Особенно это касается сосудистой патологии с вегетативными и вегето-сосудистыми нарушениями, церебрастенической симптоматикой. Кроме того, для лиц в возрасте более 45 лет оптимальными следует считать релаксирующие методики, такие как лечение по методу Гирича Я.П., одним из компонентов которого является гипноз. Что касается аутогенной тренировки, то ее желательно использовать у лиц молодого возраста, без наличия в клинической картине выраженной депрессивной и ипохондрической симптоматики. Таким образом, самым благоприятным следует считать сочетание релаксирующих методов психотерапии с групповой, т.к. тогда осуществляется максимальное воздействие через регуляторные нейропсихические механизмы по всем трем регистрам.

Литература:

1. Рожнов В.Е. *Руководство по психотерапии*, 1979. - Ташкент
2. Сытин Г.Н. *Животворящая сила. Исцеляющие настроения*. - М., 1990
3. Наталевич Э.С., Королев В.Д. *Депрессии в начальной стадии гипертонической болезни*. - Минск, 1988
4. Лежнекова Л.Н., Якубов Б.А. *Вопросы психогигиены и психопрофилактики в работе практического врача*. - Медицина, 1977

ТЕЛЕСНОЕ ВЫРАЖЕНИЕ ПЕРЕЖИВАНИЙ В РАБОТЕ С ОБРАЗОМ ПО МЕТОДУ СИМВОЛДРАМЫ

Н.В.Кузьминых

Задачей данного доклада является подвести теоретическую базу и показать, как в символдраматической сессии, с помощью фокусирования на телесных переживаниях клиента, удаётся расширить работу над образом и значительно продвинуться в психотерапевтическом процессе.

Современный психоанализ всё более приближается к позициям гуманистической психологии. Это обогащает психоанализ и открывает новые возможности для работы. Хайнц Кохут, создатель одной из наиболее интересных теоретических концепций в современном психоанализе «Психология самости», объединил в своей теории открытия психоанализа и гуманистической психологии. В его концепции есть вера в интроспективно-эмпатическую позицию. Х.Кохут говорит: «Мы должны научиться мыслить попеременно – или даже одновременно – в терминах двух теоретических построений, то есть в соответствии с психологическим принципом комплементарности мы должны признать, что постижение явлений, с которыми мы сталкиваемся в своей клинической работе – и не только в ней, – требует двух подходов: психологии, в которой **самость** рассматривается как центр психологической вселенной, и психологии, в которой **самость** рассматривается как содержание психического аппарата» (Кохут, 2002).

В свою очередь Юджин Джендлин, исследователь и практик, написавший много работ по феноменологической теории Карла Роджерса, создавший свой уникальный и универсальный метод фокусирования, на основе этих исследований, тоже замечает, что в последние годы в психоанализе всё более осознаётся, что одних только интерпретаций недостаточно для создания реальных изменений в психотерапевтическом процессе, так как интерпретации могут вести к тупиковым дискуссиям. Он говорит, что ряд авторов психоаналитической ориентации в полной мере осознают ту ловушку, которой являются тупиковые дискуссии. К.Джендлин предлагает дополнительные способы, помогающие справиться с проблемой, и говорит о том, что фокусирование можно и нужно применять в любом направлении психотерапии, в том числе и в психоанализе. Он приводит в пример концепцию Хайнца Кохута. Ю.Джендлин отмечает, что Х.Кохут обогатил теорию психоанализа идеей «рефлексии чувств» Карла Роджерса. (Джендлин, 2000). Фокусирование в психоаналитической сессии невозможно без применения принципов клиенто-центрированной психотерапии

Итак, что же это за принципы? Прежде всего, это особый уровень отношений между клиентом и

терапевтом. Вспомним три необходимых и достаточных условия, сопровождающих личностный рост клиента. Их часто называют триадой Роджерса: **эмпатия, принятие, конгруэнтность**.

Юджин Джендлин уточняет, что конгруэнтность, по Роджерсу, предполагает, что терапевт пытается быть самим собой и избегать любой профессиональной или личностной искусственности, любых манёвров и поз (Джендлин, 1999). Если терапевт может быть самим собой, то это означает, кроме всего прочего, что он достиг большей **экспрессивности**, способен гораздо чаще выражать собственные чувства и переживания, возникающие у него в данный момент. Когда клиент говорит о себе, то, естественно, текущее переживание терапевта состоит главным образом **из эмпатического прочувствования выражаемых клиентом смыслов**. Итак, конгруэнтность позволяет быть любым, но только не искусственным. Терапевт может иногда выглядеть глупым, непонимающим, не скрывать своих ошибок, обнаруживать отнюдь не лучшие свои качества. Это освобождает его от многих ненужных внутренних обуз, от фальши. Юджин Джендлин, расширяя возможности взаимодействия, клиент – терапевт говорит об экспрессивности психотерапевта во время сессии (Джендлин, 1999).

Он выделяет **три аспекта самовыражения терапевта (экспрессивности)**:

1. Ненавязчивость. Важно уметь не навязывать себя пациенту. Важно не смешивать события, которые происходят в терапевте с событиями, которые происходят в клиенте.

2. Несколько мгновений внутреннего самонаблюдения. Чтобы искренне откликнуться на что-то, идущее изнутри, необходимо этому уделить внимание, прислушаться к себе. Эти два аспекта связаны между собой. Ненавязчивость требует нескольких мгновений внутреннего самонаблюдения, так чтобы терапевт мог понять, что он действительно чувствует, и высказать это именно как своё чувство, не навязывая его клиенту.

3. Незамутнённая простота. Терапевт ощущает и формулирует просто и ясно понятый им опыт клиента, а собственные переживания отделяет и выражает как свои. Важно показать, что терапевт понимает мысли и чувства клиента.

Подходя к рассмотрению фокусирования на телесном выражении переживаний, важно учесть ещё один момент в теории К.Роджерса. Это то, что он называет «**организмическим доверием**» или «**организмической правдой**». Так Роджерс назвал одно из качеств полноценно функционирующей личности. Многие люди в выборе действий,

предпринимаемых в какой-то ситуации, полагаются на социальные нормы, на суждения других или на то, как они вели себя в подобных ситуациях раньше. На их способность принимать решение оказывают влияние внешние силы. Автор теории отмечает, что полноценно функционирующая личность опирается на организмические переживания. Они являются достоверным источником информации, позволяющей решать, что следует или не следует делать. Организмическое доверие означает способность человека принимать во внимание свои внутренние ощущения и рассматривать их как основу для выбора поведения (Хьел, Зиглер, 1998). В психотерапевтическом процессе важно помочь клиенту научиться доверять своим организмическим переживаниям. Этому и способствует фокусирование.

Что касается термина «переживание», то в данной работе под термином «переживание» по Василиюку Ф.Е. предлагается понимать **особую внутреннюю деятельность**, внутреннюю работу, с помощью, которой человеку удаётся перенести те или иные жизненные события и положения, восстановить утраченное душевное равновесие, справиться с критической ситуацией. Об этом же писал З.Фрейд в своём произведении «Работа Печали». Продукт работы переживания всегда нечто внутреннее субъективное – душевное равновесие, осмысленность, умиротворённость, новое ценностное сознание. Ф.Василюк разделяет переживание на переживание - созерцание и переживание - деятельность. Переживание - созерцание является одним из уровней построения переживания – деятельности, причём уровнем, в большинстве случаев, более «загруженным» в силу своего «промежуточного» положения между бессознательным и сознанием (Ф.Василюк, 1984). Этот момент очень важен в работе с образами по методу символдрамы.

Ю.Джендлин выделяет понятие «телесное переживание». «Любой непосредственный опыт, - пишет Джендлин, - отражается всегда на уровне тела как некое физическое соматическое ощущение. Обычно это ощущение где-то в животе, в груди или в горле, в некоем особом месте примерно в середине тела. Это весьма специфическое, телесное ощущение ситуации, проблемы или определённого аспекта жизни человека». Он уточняет - фокусирование – это форма внимания, обращённого вовнутрь тела (Джендлин, 2000). Он также замечает, что поэтапное изменение у клиента возникает не столько от образов, сколько от вызываемых ими чувствуемых ощущений (телесных переживаний) (Джендлин, 2000).

Таким образом, делая выводы из теоретических исследований можно выделить **основные моменты**, расширяющие возможности работы с образами по методу символдрамы:

1. Необходимо учитывать два плана работы где: 1) самость рассматривается как центр

психологической вселенной; 2) самость рассматривается как содержание психического аппарата» (Хайнц Кохут).

2. Эмпатия, принятие и конгруэнтность дают возможность более глубокой работы (К.Роджерс и Х.Кохут).

3. Важно учитывать три особенности терапевтической экспрессивности: **ненавязчивость, несколько мгновений внутреннего самонаблюдения, незамутнённую** (Ю.Джендлин).

4. Понимать процесс переживания как проживание, действия, направленного на изменение психологического мира клиента (Василюк Ф.Е., Джендлин Ю.).

5. Важно опираться в работе на **«организмическую правду»** клиента (К.Роджерс), научить его доверять себе на уровне телесных переживаний.

6. Для этого необходимо предпринимать шаги по фокусированию клиента на телесных переживаниях (Ю.Джендлин).

7. Также важно работать с высвобожденной новой телесной энергией посредством поэтапного фокусирования (Ю.Джендлин).

Телесное выражение переживаний в работе с образом по методу символдрамы можно рассматривать с трёх сторон. Первое, это телесное выражение переживаний в процессе прояснения актуального состояния клиента, второе - непосредственно в процессе представления образа и третье – когда анализируется и обсуждается образ и рисунок по нему. При осуществлении первого этапа работы (прояснение актуального состояния) шаги по фокусированию помогают клиенту представить более яркий образ. На втором этапе, в представление образа, важно чётко отслеживать телесные реакции клиента: позы, которые он принимает, паттерны дыхания, движения рук и ног. Кроме этого важно спрашивать клиента, как он себя чувствует. Это материал для дальнейшей работы. На третьем этапе фокусирование на телесных переживаниях позволяет расширить процесс анализа, выйти на другой уровень общения и через внутреннее самоощущение раскрыть несколько планов образа.

Обычно при работе по рисунку образа телесные паттерны, которые были замечены терапевтом в процессе представления клиентом образа, повторяются. Это может быть тяжёлый вздох в том же самом месте образа, клиент вдруг невольно зажимает живот или начинает чесаться. Эти телесные паттерны могут замечаться, а могут и не замечаться клиентом, т.е. происходить на бессознательном уровне. Особенно не замечается это у клиентов, у которых отсутствует связь между телесными ощущениями, эмоциями и когнитивной сферой. Те клиенты, которые воспринимают своё тело, сами говорят о своих телесных ощущениях. Например: «У меня горло сдавило, тошнит, кружится голова и т.д.». В работе важно учесть и обратить внимание

клиента на его телесные проявления и ощущения. Это всегда возможность погрузиться на более глубокий уровень переживаний, связанных с рисунком в целом или с каким – то наиболее значимым фрагментом. Особенно это важно тогда, когда наблюдается сопротивление на какой-то значимый материал, и клиент уходит от него, стараясь работать с менее опасным фрагментом рисунка.

Фокусирование – это работа поэтапная, пошаговая. Первый шаг – умение слушать, как откликается тело на те или иные события, ситуации, эмоции, слушать то, что рождается внутри тела. Второй шаг – попробовать дать этому телесному ощущению название. Это может быть и слово и образ. Третий шаг – понять, с чем эти ощущения связаны в жизни клиента и о чём они ему говорят.

Пример динамики психотерапевтического процесса по методу символдрамы с применением фокусирования на телесных переживаниях

Девушка девятнадцати лет, студентка третьего курса филологического факультета университета обратилась с нейродермитом. Ещё она жаловалась на то, что ей тяжело жить, такой, какая она есть (общение не складывается, часто испытывает депрессивные состояния) и хочется что – то изменить. По анамнезу и по образам клиентки можно было судить о ранних нарушениях. На момент написания статьи с К. было проведено 16 сессий по методу символдрамы в сочетании с телесно – ориентированной терапией, ролевой игрой и фокусированием. Были проработаны следующие образы: «Райский сад», «Вода, где было приятно», «То место, где я был очень счастлив», «Луг», «Ручей», «Опушка леса», «Осмотр дома», и снова «Райский сад».

Первые же сессии показали, что с К. не эффективно работать без применения телесных техник и фокусирования. В образах наблюдалось расщепление, были как бы отдельные фрагменты, мазки картины. Работа с рисунком сводилась к интеллектуализации. О чувствах К. говорить не умела, её это сильно затрудняло. И это очевидно, так как интеллектуализация блокирует переживания. Простая интерпретация здесь ничего бы не дала для продвижения клиентки. Как только работа над образами пошла при помощи телесно – ориентированной терапии и фокусирования на телесных переживаниях, сразу же в психотерапевтическом процессе наметился прогресс. Прогресс наблюдался в следующем: изменился характер представления образов, они стали целостными, клиентка смогла проговаривать свои чувства и настроение в образе, в работе над образом она стала прислушиваться к своему внутреннему состоянию, и из него рождалось много переживаний, созвучных образу. Клиентка отмечала заметные изменения в жизни. Если она раньше всё делала механически: не хотела есть, а ела, не хотела спать, а спала, не хотела общаться, а

общалась (срабатывали старые механизмы поведения, в большей части в своём поведении она ориентировалась на других людей, а не на себя), то сейчас она начала прислушиваться к себе, к своим телесным ощущениям, переживаниям и теперь могла на них ориентироваться в жизненных ситуациях. Причём К. стала замечать, что когда она поступает так или иначе, прислушиваясь к телесному ощущению, нейродермит отступает.

Процесс освоения фокусирования проходил трудно. В начале каждой сессии психотерапевтом уделялось внимание проявлениям нейродермита и соотносению обострения и улучшения с жизненной ситуацией клиентки. В работе над первым образом «Райский сад», который предложил терапевт, у К. возник спонтанный образ «Дом». Причём в образе наблюдалось расщепление. Это были как бы элементы, мазки картины: черпак; кадка с водой; всё темно; сзади печка; красные туфли на ногах; нет окон, только одно маленькое впереди; нет дверей; лестница на второй этаж, там детская комната; в детской тёплый пол; свет из окна; в детской нравится. Затем клиентка нашла всё же дверь и вышла на улицу. Вокруг никого нет, пустая будка. Она вышла на дорогу за ворота и там осталась сидеть на солнце, копаясь в песке.

Комментарии: разочарование, как будто что-то не досмотрела.

Из дневника к образу: «Мне казалось не важным сколько мне лет. Точно также мне казалось не важным, как я одета и как я выгляжу», «Похоже, я застряла в детстве», «Я всегда хотела, чтобы меня любили», «Среди людей я более одинока», «О маме..., я её не люблю, хотя она мне ничего плохого не сделала», «Я очень боюсь взрослых людей» (и самое главное) «я боюсь выражать свои эмоции и мысли, поэтому моя стихия эпатаж».

При анализе образа по рисунку клиентка была очень напряжена, постоянно морщила лицо и тёрла лоб. У неё было подавленное состояние, отсутствовала энергия.

Первый раз об ощущениях она упомянула уже на третьей сессии, но сфокусировать своё внимание на них не смогла. Это был образ «Вода, где было приятно». Здесь ещё наблюдается расщепление: в образе одновременно пруд и море. Об ощущениях из дневника: «Мне было приятно ощущать мягкую колючесть песка». Следующий образ «Место, где мне хорошо». Из дневника: «Когда я очень устаю..., когда у меня что-то не получается, начинается обострение». Это уже важное замечание, приближающее клиентку к телесным переживаниям.

На четырнадцатой сессии уже заметен значительный прогресс в навыках фокусирования на телесных ощущениях. Это работа с мотивом «Осмотр дома». Совсем по-другому, на совсем ином качественном уровне идёт представление образа и его анализ.

Представление образа. Клиентке в образе пять лет. Она представляет старый дом, оштукатуренный, выкрашенный в жёлтый цвет, один подъезд, внизу темно и ничего нет, лестница ведёт наверх. На промежуточной площадке окно под потолком, на следующей площадке две двери: одна в квартиру клиентки, другая – в квартиру соседки – бабушки. Заходить в квартиры не хочется, там всё известно и не интересно. Захотела пойти на чердак. Там хорошо, тепло, чисто и пыльно. В крыше чердака пролом, хочется выглянуть в этот пролом, оттуда светит солнце. Клиентка в образе садится в проломе крыши. Здесь хорошо, обзор, светит солнце, видны зелёные деревья.

Образ был очень эмоциональным, клиентка в образе размахивала руками. Самые яркие впечатления: окно под потолком и пролом в крыше.

Актуальное состояние на следующей сессии. Состояние подавленное, но в нём в отличие от предыдущих похожих состояний наблюдалась новая энергия. Клиентка довольно энергично вошла в кабинет. Пока мы с ней не виделись, у неё было обострение нейродермита, что можно было предположить по тому, как клиентка эмоционально представляла образ. Был срыв, который по её словам заключался в ненужном общении (с музыкальной группой) в ущерб запланированным занятиям и тому, что хотелось делать на самом деле.

Работа с образом по рисунку. Рисунок пролёта лестницы, с окном под потолком. Она описала рисунок как холодный, хотя в образе это место она воспринимала как тёплое и родное. Клиентка была удивлена своим рисунком, отмечала какое – то несоответствие. Всё – таки самое яркое впечатление было от чердака и от потока света в проломе крыши, и в дневнике она уделила много внимания этому образу.

Из дневника: «Самым лучшим было подняться на чердак и увидеть свет. То есть самое главное – лучи, отражающиеся в мелких пляшущих пылинках».

Образ «пляшущих пылинок» поначалу вызывал положительные эмоции, как что – то значительное. Затем произошло следующее: клиентка прислушалась к себе, к своим телесным ощущениям, которые вызывал этот образ и возник ещё один образ. Это образ кухни у каких – то очередных друзей, разговоры на кухне («бисера этих разговоров», как она выразилась). Разговоры всегда кажутся значительными.

К.: Да, это похожие ощущения: «пляшущие пылинки» и «бисер разговоров». Это внутреннее ощущение можно назвать «Клише». Да, это какие – то клише, по которым идёт моя жизнь, но это не всегда настоящее и нужное. Иногда надо просто помыть голову и поесть.

Литература:

1. Вассилюк Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984

В чём же здесь эффект фокусирования? Телесные ощущения, это не эмоции. Это что-то гораздо шире, эмоций. Благодаря фокусированию удалось поймать ощущение искусственности надуманности, несоответствия.

И хотя открытие было не из приятных, лицо клиентки светилось от осознания чего – то очень важного. С недавнего времени она перестала его морщить и тереть лоб. При каждом обращении к переживаниям лицо у клиентки расслаблялось, глаза начинали блестеть. Она как бы заново открывала себя, опираясь на внутренние, телесные, чувствуемые ощущения. Родился образ ядра внутри, до которого нужно докопаться, найти саму себя.

Метод фокусирования достаточно эффективен и расширяет возможности работы с образами по методу символдрамы

Применяя фокусирование в символдраматических сессиях, важно помнить, что:

1. Интерпретация – это просто одна из гипотез и только если она основывается на чувственном ощущении (на телесном переживании) – она становится больше чем гипотеза. (Джендлин, 2000)

2. Вне зависимости от того, что человек говорит или делает, необходимо в каждый момент быть внимательным к тому, как слова и действия проявляются на уровне непосредственных переживаний

3. Индикатором того, что работа психотерапевта идёт в верном направлении, является то, как проблема переживается на соматическом уровне. Если переживания подобного рода присутствуют, их следует развивать, если нет – ситуация может оказаться тупиковой

4. Содержание переживаний, кажущееся нам неизменным, на самом деле постоянно изменяется на протяжении всей сессии (Джендлин, 2000)

5. Психотерапевт должен стараться уловить, как клиент ощущает каждый из моментов переживаний, стремиться находиться в контакте с малейшими изменениями переживаний клиента и со всеми их новыми значениями (Джендлин, 2000)

И ещё... одним из важных моментов в процессе фокусирования является высвобождение новой телесной энергии. Когда возникает новый образ жизни и присущая ему энергия начинает течь свободно, клиент отмечает изменения, появляющиеся в его теле. Плечи распрямляются, человек начинает делать широкие шаги, действительно чувствуя в себе прилив новой энергии – как будто вдыхает поток свежего воздуха. В теле возникает чувство облегчения, словно оно получает подтверждение своего права быть, права существовать на земле и быть освещённым солнцем.

-
-
2. Джэндлин Ю. Фокусирование: Новый психотерапевтический метод работы с переживаниями / Пер. с англ. А.С.Ригина. – М.: «Независимая фирма «Класс», 2000
 3. Кохут Х. Восстановление самости / Пер. с англ. – М., «Когито-Центр», 2002
 4. Обухов Я.Л. Символдрама и современный психоанализ. Сборник статей. – Харьков: Регион-информ, 1999
 5. Психологическое консультирование и психотерапия. – Т. 1. Теория и методология / Под редакцией канд. психол. Наук А.Б.Фенько, Н.С.Игнатъевой, М.Ю.Локтева. – М., 1999
 6. Роджерс К. Несколько важных открытий / Вестник МГУ, серия 14 «Психология». – М., 1990. – № 2
 7. Роджерс К. Взгляд на психотерапию, становление человека. – М., 1994
 8. Хьел Л., Зиглер Д. Теории личности (Основные положения, исследования и применение). – СПб: Питер Ком, 1998

КАТАТИМНО-ИМАГИНАТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ (СИМВОЛДРАМА) В РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ, СТРАДАЮЩИМИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Е.В.Садальская

В статье представлен один из возможных вариантов организации работы с пациентами, страдающими бронхиальной астмой, с использованием кататимно-имагинативной психотерапии (символдрамы) в стационарных, санаторных и амбулаторных условиях.

Общей целью нашей работы является разработка комплексной программы оказания психологической (психотерапевтической) помощи пациентам, страдающим бронхиальной астмой.

Данное сообщение представляет предварительные результаты проводимой работы.

В нашей работе мы исходим из следующих положений:

1. Бронхиальная астма является классическим психосоматическим заболеванием. При этом мы придерживаемся позиций биопсихосоциального подхода, согласно которому бронхиальная астма – заболевание, в развитии которого, помимо биологических (соматических) факторов, большая роль принадлежит психологическим и социальным факторам, сложным образом взаимодействующими между собой. Таким образом, мы придерживаемся системной, многофакторной и многоуровневой модели этиологии и патогенеза бронхиальной астмы.

2. Бронхиальная астма, независимо от степени тяжести, независимо от ведущих факторов, вызвавших это заболевание у данного конкретного человека, всегда является хроническим воспалительным заболеванием дыхательных путей, т.е. при бронхиальной астме всегда есть хронический воспалительный процесс в стенке бронхиального дерева. Это хроническое воспаление ведет к развитию гиперчувствительности дыхательных путей в ответ на различные стимулирующие факторы и сопровождается повторяющимися симптомами обратимой бронхиальной обструкции (нарушение бронхиальной проходимости), характерной для бронхиальной астмы.

3. Бронхиальная астма в большем проценте случаев является аллергическим заболеванием и в ее развитии большая роль отводится патологии иммунной системы.

4. Психологические факторы при бронхиальной астме могут выступать:

- как факторы, способствующие развитию заболевания у людей, предрасположенных к этому;
- как факторы, которые провоцируют обострения бронхиальной астмы (триггерные факторы) при уже имеющейся бронхиальной астме;
- с другой стороны, сама бронхиальная астма (клиническая картина болезни, ее особенности и последствия, приступы удушья, развитие астматического статуса и т.д.) является мощной стрессовой ситуацией для пациента и может приводить к развитию вторичных, обусловленных болезнью, симптомов психологического порядка: страх приступа удушья, страх умереть во время приступа удушья; страх остаться без ингалятора; страх (стыд) пользоваться ингалятором в общественных местах; стероидные фобии; ипохондрические состояния; тревожно-депрессивные состояния; психологические проблемы, связанные с соблюдением противоаллергического режима, развитие вторичной выгоды от заболевания и т.д.

Учитывая эти положения, становится очевидным, что лечение бронхиальной астмы должно быть комплексным, т.е. включать в себя как медицинские, так психологические и социальные аспекты.

Работа с пациентами проводится следующим образом:

- стационарный этап – 2-3 недели в пульмонологических отделениях клиник г. Москвы;
- и/или санаторный этап – 2-3 недели в реабилитационном санатории, Подмосковье;
- и/или амбулаторный этап.

Содержание программы оказания психологической (психотерапевтической) помощи:

1-й этап, являющийся составная часть программы - повышение информированности пациентов о психологических аспектах бронхиальной астмы. Этот этап проводится обычно в рамках программы образования больных бронхиальной астмой:

- астма-школы;
- астма-дни;
- журнал «Астма и аллергия», в котором публикуются статьи о психологических факторах бронхиальной астмы;
- ведение «Дневника самоконтроля», в котором, помимо медицинских параметров, пациенты отмечают особенности своего эмоционального состояния, психологического статуса, что может в дальнейшем использоваться для подтверждения наличия или отсутствия связи эмоционального состояния с течением бронхиальной астмы.

На этом этапе используются элементы рациональной психотерапии (объяснение, убеждение), направленные на работу с внутренней картиной болезни (ВКБ), с отношением к болезни, а также формирование или повышение мотивации к психотерапевтической работе.

2-й этап, как составная часть программы, применение релаксационных методов:

- релаксационная терапия в группе (нервно-мышечная релаксация по Джекобсону, сознательный контроль дыхания);
- обучение пациентов методу нервно-мышечной релаксации по Джекобсону с последующими ежедневными самостоятельными занятиями;
- обучение пациентов произвольной регуляции дыхания, приемам диафрагмального дыхания с последующими ежедневными самостоятельными занятиями.

На этом этапе пациенты получают возможность самостоятельно контролировать свое эмоциональное состояние, снимать эмоциональное напряжение, тревогу, регулировать свое дыхание; другими словами – они получают первый опыт самостоятельного контроля над течением своей болезни, своего психологического и соматического состояния (принцип «Астма под контролем»). Продолжается формирование или повышение мотивации к психотерапевтической работе.

3-й этап (составная часть программы) – так называемая фаза стабилизации. Эта часть программы предназначена в первую очередь для пациентов, страдающих бронхиальной астмой средней и тяжелой степени тяжести, недавно перенесших тяжелый приступ удушья или астматический статус, находящихся или находившихся на стационарном лечении. Сочетание работы по методу символдрамы с другими направлениями психотерапии (работа с имажинациями, Эриксоновский гипноз). Для удовлетворения архаических потребностей,

в первую очередь потребности в безопасности, укрывающей (Leuner H., 1978) на этом этапе психотерапии вводятся дополнительные мотивы «Безопасное место», «Место покоя», «Хорошее место (место, где мне хорошо)», «Цветок», «Дерево», «Семечко», «Подарок». Продолжается формирование или повышение мотивации к психотерапевтической работе.

4-й этап (составная часть программы) – работа по методу символдрамы в рамках групповой и индивидуальной психотерапии. Работа проводится с соблюдением всех правил и принципов метода символдрамы с учетом патопсихологической картины и типа личностной организации в соответствии со структурной диагностической моделью О.Кернберга (Kernberg, 1984).

➤ Особенности проведения групповой терапии с использованием символдрамы:

- проведение групповой терапии ограничено сроками пребывания пациентов в стационаре и/или в санатории, поэтому группа работает в среднем 5-7 занятий;
- группа имеет полузакрытый тип;
- группа является однородной в нозологическом отношении;
- используются стандартные мотивы основной ступени «Луг», «Ручей»;
- используются дополнительные техники, направленные на работу с ВКБ, с отношением к болезни, с личностным смыслом болезни, ролью болезни в семье и т.д.:

• работа с рисунком – «Я рисую бронхиальную астму»;

• работа с предметами, связанными с бронхиальной астмой: ингаляторы, пикфлоуметры, модели аллергенов и др.;

• работа с русской традиционной игрушкой.

➤ Особенности проведения индивидуальной терапии с использованием символдрамы:

▪ делается акцент на следующие особенности пациентов, страдающих бронхиальной астмой:

- амбивалентное отношение к матери;
- проблема «близость-дистанция»;
- враждебность и склонность подавлять агрессию;
- алекситимия.

▪ используются дополнительные мотивы: «Интроецирование внутренних органов», «Остров». Однако использование мотивов «Остров» и «Облако», по нашему мнению, нуждается в дальнейшем исследовании.

5-й этап (составная часть программы) - заключительный этап. Работа с целеполаганием, построением жизненной перспективы. Сочетание работы по методу символдрамы с другими направлениями психотерапии. Используются дополнительные мотивы «Врата», «Представьте себя через ... лет», «Я в возрасте ... лет», а также гистограмма «Моя жизнь», построение жизненных планов на ближайший месяц, на год, на 5 лет.

Таким образом, в данном сообщении представлен один из возможных вариантов организации работы с пациентами, страдающими бронхиальной астмой, с использованием метода кататимно-

имажинативной психотерапии, в стационарных, санаторных и амбулаторных условиях. В настоящее время продолжается работа по дальнейшей разработке и совершенствованию этой программы.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОТЕРАПИИ

В.Н.Сгибов

г. Пенза

Организация специализированной помощи больным с пограничными психическими расстройствами, внедрение принципов комплексной системы лечения и реабилитации в широкую медицинскую сеть – неотложная задача здравоохранения.

В Пензенской области создана поэтапная система оказания психотерапевтической помощи населению: психотерапевтические кабинеты общесоматических поликлиник – психотерапевтический кабинет психоневрологического диспансера – дневной психотерапевтический стационар – два психотерапевтических отделения – психотерапевтический центр – психотерапевтические кабинеты санаториев.

При ее организации использовались следующие подходы:

- принцип приближения психотерапевтической помощи к населению, создание психотерапевтических кабинетов в лечебно-профилактических учреждениях различного профиля, специализированных центрах, многопрофильных больницах;
- принцип ступенчатости, создание системы подразделений и учреждений, осуществляющих психотерапевтическую помощь на различных уровнях;
- принцип преемственности, взаимной дополняемости учреждений и подразделений, оказывающих психотерапевтическую помощь на различных уровнях.

Психотерапевтическая служба Пензенской области – одна из старейших в России, за последние годы получила значительное развитие.

Создан функциональный областной психотерапевтический центр, объединяющий психотерапевтический кабинет диспансера, дневной психотерапевтический стационар и два психотерапевтических отделения (главный врач ПОПБ им. К.Р.Евграфова к.м.н. А.Д.Мерзликин).

Организован научно-практический центр «Психотерапия» (директор д.м.н. В.Н.Сгибов), что положительно сказалось на имидже психотерапевтической службы.

В настоящее время научно-практический центр «Психотерапия» – это многопрофильное лечебное учреждение, осуществляющее научную, медицинскую и образовательную деятельность. В штатное расписание центра помимо врачей-психотерапевтов включены: клинические психологи, детский

психотерапевт, музыкотерапевт, рефлексотерапевт, нарколог, логопед-дефектолог, биоэнерготерапевт, невролог, сексолог, терапевт, фитотерапевт, специалист по медицинскому массажу и ЛФК.

В НПЦ «Психотерапия» используется бригадный метод лечения больных с пограничными нервно-психическими заболеваниями, где во главе бригады, состоящей из различных врачей-специалистов, стоит опытный врач-психотерапевт, который составляет индивидуальные лечебно-реабилитационные программы каждому пациенту и координирует работу бригады.

Пензенский научно-практический центр «Психотерапия» решает следующие задачи:

- оказание комплексной медицинской помощи больным с пограничными нервно-психическими заболеваниями, наркологическими проблемами, сексуальными расстройствами и группам риска по ним
- оказание психопрофилактической помощи населению в широком диапазоне групповой и индивидуальной психологической коррекции
- создание системы непрерывного многоуровневого образования по психотерапии и медицинской психологии
- изучение клинических закономерностей и результатов терапии вышеуказанного контингента больных с последующей научной обработкой

Центр является важным и конкурентноспособным звеном инфраструктуры психотерапевтической помощи в регионе. Это позволяет повысить качество психотерапии и эффективность лечения, улучшить показатели соматического и психического здоровья населения области.

Реализована концепция непрерывного усовершенствования врачей-психотерапевтов и медицинских психологов Пензенской области: обучение врачей общесоматической сети основам психотерапии (рабочее место, семинары, подготовка на кафедре психотерапии и наркологии ПИУВ); выездные семинары тренеров Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги, выездные циклы усовершенствования по психотерапии учебного центра Санкт-Петербургского института им. В.М.Бехтерева.

Организовано Пензенское отделение Московского института психотерапии и клинической психологии.

Работают региональные отделения ППЛ и РПА.

Федеральным научно-методическим центром по психотерапии и медицинской психологии психотерапевтическая служба Пензенской области признана одной из лучших в России.

Однако потребность населения Пензенской области в психотерапевтической помощи остается весьма высокой. Обеспеченность врачами-психотерапевтами и клиническими (медицинскими) психологами, владеющими современными методами психотерапии, составляет 25% от норматива. Это приводит к тому, что большой процент населения находится вне поля зрения психотерапевта, но нуждается в квалифицированной психотерапевтической помощи.

Кадровое обеспечение, оснащение и оборудование психотерапевтических кабинетов не везде соответствуют современным требованиям.

Невротизация общества создает предпосылки к формированию социально-значимых патологий, таких как бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки, причем в молодом трудоспособном возрасте, и вторично ложится серьезным бременем на бюджет здравоохранения. Неоправданная затрата здравоохранения на лечение больных с пограничными расстройствами в условиях общемедицинской лечебной сети составляет 3-7% всего бюджета здравоохранения и порядка 4-5% всех средств, выделяемых для оплаты пенсий по инвалидности.

Не смотря на это не организованы психотерапевтические кабинеты в специализированных отделениях (кардиологического, пульмонологического, гастроэнтерологического) общесоматических стационаров.

В связи с вышесказанным сформулирована концепция дальнейшего совершенствования психотерапевтической службы в регионе, основанная на следующем:

- система образовательных учреждений, проводящих подготовку и переподготовку психотерапевтов и клинических (медицинских) психологов (кафедра психотерапии и наркологии ПИУВ, региональное

представительство Московского института психотерапии и клинической психологии, образовательные программы ППЛ, учебный центр Санкт-Петербургского института им. В.М.Бехтерева);

- внедрение в практику принципов и создание организационных условий по взаимодействию специалистов, оказывающих психотерапевтическую помощь;

- совершенствование оснащения психотерапевтических подразделений (кабинетов и отделений);

- создание городского психотерапевтического центра, как самостоятельного головного лечебно-профилактического учреждения психотерапевтической службы;

- гибкое развитие инфраструктуры психотерапевтической службы в соответствии с потребностью в психотерапевтической помощи для населения, сочетания государственных и частных, амбулаторных и стационарных, терапевтических и реабилитационных психотерапевтических подразделений;

- сохранение технологического единства психотерапевтических учреждений, входящих в психотерапевтическую службу;

- интеграция психологической и социальной помощи в традиционную медицинскую модель помощи пациентам;

- активная разработка бригадной модели оказания психотерапевтической помощи, основанной на современных принципах организации терапевтической среды, терапевтического сообщества и более современной их формы на основе концепции «терапевтического поля»;

- работа профессиональных объединений (региональные отделения РПА, ППЛ, РОП) по подготовке, поддержке, контролю и защите интересов специалистов, улучшению качества организации психотерапии в регионе.

Психотерапевтическая служба Пензенской области должна быть тесно связана с психиатрической службой, вместе с которой, а также с другими специализированными службами – медико-психологической, кризисной, сексологической и др., образует региональную систему охраны психического здоровья населения.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ГОМЕОПАТИЧЕСКОГО ПСИХОАНАЛИЗА

А.И.Семенова

г. Москва

«В настоящее время недостаточно заинтересованности в том, чтобы вписать свою дисциплину в контекст других дисциплин, каждая из которых может предложить другие, более широкие рамки объяснений. Упорядочение методов и логических правил помогает достичь надежного объективного знания о мире» (2).

В настоящее время дискутируются вопросы о том, обладают ли психотерапия и гомеопатия свойствами самостоятельных развитых научных дисциплин, имеют ли они сформулированный предмет исследования, универсальную парадигму, исследовательскую теорию, лечебный метод, признанный участок знания.

«Почти все дебаты по поводу научности психотерапии сконцентрированы на психоанализе» (2), ввиду универсальности парадигмы, культурного значения и попытки естественно-научного объяснения. Психоанализ проложил научный подход к субъективности человека. З.Фрейд создал динамическую модель психики, научно объяснил природу внутренних конфликтов, создал теорию строения и функционирования психики. Он описал принципы качественного исследовательского интервью и пришел к научной объективизации посредством осмысления собственного клинического опыта. *Его описание бессознательного было большим вкладом в человеческую культуру, позволив объяснить причину развития неврозов и расшифровать их социокультурный и естественно научный феномен. Описание коллективного бессознательного и множественной личности К.Юнгом и новое представление о либидо расширили объяснительную систему психоанализа.* Психоанализ, позволяющий толкование текстов, стал расцениваться как «инструмент герменевтических исследований». Заметим, что любая философия - не спекуляция, а качественная объяснительная система.

Психотерапия не имеет лечебных средств, соответствующих ей по уровню осмысления проблемы. Такие средства представляет гомеопатия. По разработанному исследовательскому языку, философии и эффекту гомеопатия не уступает психотерапии. Целесообразно расширение объяснительной базы на основе осмысленного объединения теории и методов двух параллельных наук. Гомеопатия самостоятельно разработала эволюционную модель здоровья и динамическую модель развития естественных болезней. Она не только объяснила причину хронических болезней внутренним духовным конфликтом, обусловленным недостаточным развитием сознания и искажением мышления, не только сделала заявку на изучение точных и строгих принципов функционирования жизненной энергии человека (аналог либидо). Она ввела в систему осмысление клинического опыта. Провела параллель в исследовании психических и соматических симптомов состояния и симптомов отравления природными средствами. Гомеопатия предложила алгоритм описания специфики феноменов. Она проследила динамику развития симптомов при действии лекарственных средств на чувствительных к ним индивидуумов. Его алгоритм имеет свою специфику. Гомеопатическое воздействие направлено не на лечение болезни и снятие вторичных симптомов, а на коррекцию (центрального звена) саморегуляции и «освобождение связанной жизненной силы», предназначенной для выполнения человеком своих высших духовных функций. Феноменологическое исследовательское интервью гомеопатии близко, по сути, к ассоциативному анализу в психотерапии. Глубинное взаимодействие двух

дисциплин может быть проанализировано на новой естественно-научной и философской основе.

Гомеопатия не является частью психосоматики. На ее основе можно предложить новое направление психотерапии. *Автором предложен термин гомеопатического психоанализа и метод, основанный на развитии представления о бессознательном. В качестве искомой единицы выступает сама Сущность человека или его космическое и божественное (бессознательное) Подобие. Речь идет о новом структурном делении психики и новой динамической модели. Выделяется центральная роль Надсознания, контролирующего принципы функционирования психического аппарата и разных сфер сознания в едином организме.* Предполагается наличие семи динамически взаимодействующих сфер сознания. Принимается попытка научно-естественного подхода к эволюции вида «Человек разумный». *Предложена новая гелиоцентрическая модель здоровья и болезни. Обобщены теория эволюционной иммунологии, психогенетики, экологии человека, метафизическая теория Единого Космоса, положения христианского эволюционизма.*

Современная гомеопатия основана на феноменологии. *Представляется важным расширение объяснительной системы путем использования множества философских языков (имагогики, феноменологии, экзистенциализма, герменевтики, лингвистики).* Проанализировано качественное исследовательское интервью в иммунологии, гомеопатии, психотерапии. *Предложен сущностный алгоритм исследования.*

Гомеопатия предлагает богатый ряд изучения специфичности симптомов. *В гомеопатическом психоанализе предложено практическое изучение специфики симптомов бессознательного.* Рассматривается не только отдельный Случай и феномен, но и жизненный процесс, и жизненный принцип организма (психобиологической экосистемы). Взамен линейного анализа рассматривается новая голографическая, динамическая модель здоровья. Предложен обсуждению новый «символ герметической медицины» - Крест и Спираль в Круге, с семью информационными, взаимообусловленными полями (4). Динамическая модель позволяет прогнозировать формирование адаптивного типа и типа патологической компенсации. Дана расширенная трактовка рисунка. Описаны экзистенциальные психотипы на феноменологической основе гомеопатии.

Данная работа выполнена автором путем осмысления своего клинического опыта в разных областях медицины (иммунологии, педиатрии, психотерапии, гомеопатии) и верификации и систематизации научного знания по литературным материалам. «Строгий научный подход», основанный на позитивистской философии, позволяет считать качественное исследовательское интервью и осмысление своего опыта специалистом далеким

от объективности, скорее субъективным методом исследования. Однако, «развивать интервью как исследовательский метод – значит, стремиться к обновлению, расширению, обогащению представлений о знании и исследовании... То, что качественное интервью вышло на сцену именно сегодня, может отчасти объясниться совпадением его центральных вопросов с основными темами современной философии - переживание, смысл, жизненный мир, диалог, язык.... Для философии, которая элиминирует человеческий фактор в исследовании, качественное интервью, основанное на межличностном

взаимодействии, должно казаться не научным.. Однако, объективны такие категории как «непредвзятость исследователя»; «экспертная надежность» (согласие, достигнутое путем рационального обсуждения и взаимной критики тех, кто определяет и интерпретирует феномен); понимание интервью как лингвистического интерпретационного метода (С.Квале «Исследовательское интервью», 2003).

Перспективная задача гомеопатического психоанализа - объяснение сути подопытия, воздействие на сознание и природу человека, разумный контроль над эволюцией вида.

Литература:

1. Квале С. Исследовательское интервью, М., Смысл, 2003г, перевод с англ.
2. Психотерапия: новая наука о человеке, сост. А. Притц, Акад Проект. - М, 1999
3. Семенова А.И. Гомеопатический психоанализ. - М., Макс-Пресс, 2002
4. Семенова А.И. Душа гомеопатии. - М., Знак, 2000

ПСИХОТЕРАПИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Б.А.Шахметов

г. Алматы

Больные с психосоматическими расстройствами составляют от 30 до 50% от числа посещений в поликлиниках (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986, Von Uexkull Th., 1991), а по мнению Пезешкиан Н. (1996) их доля достигает 60%. Наши клинические наблюдения (1996) и литературные данные, отражающие опыт специалистов по психосоматической медицине (Von Uexkull Th., 1979, Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986, Пезешкиан Н., 1996, Простомолотов В.Ф., 2002) свидетельствуют о том, что подход к лечению больных с психосоматическими расстройствами затруднен в связи с тем, что у больных отсутствует осознание болезни, как таковой.

В комментариях по соматоформным расстройствам к МКБ-10, авторы подчеркивают, что «достижимая степень понимания причин симптомов часто является разочаровывающей и фрустрирующей как для пациентов, так и для врачей».

Больные часто убеждены, что они страдают только соматическими заболеваниями. Этому способствует конкретная соматическая локализация их жалоб и неприятных ощущений. При этом они полагают, что диагностика сложна, так как врачи ставят разные диагнозы. Поэтому для них нужен врач высокой квалификации или какой-то «чудо-метод». Медикаментозный метод для них не эффективен, поскольку они многократно принимали лечение без облегчения своего состояния. Поэтому особое значение имеет психотерапия, в том числе, первичная психотерапевтическая беседа.

Продуктивный психотерапевтический контакт с психосоматическим больным - важнейшее условие для обеспечения эффективного лечения. Этому способствует авторитет врача, аура, манеры, умение вести диалог с пациентом. Формирование авторитета психотерапевта начинается в поликлиниках, при информировании коллег-интернистов о психотерапевтической помощи, об основах психотерапии, через средства массовой информации - лекции, публикации в печати, выступления по телевидению, т.е. уже проведении психогигиенической и психопрофилактической работы.

Большие возможности для создания позитивного эмоционального резонанса дает первичная диагностическая беседа с больным, т.к. пациент испытывает страдания и ждет от врача помощи, сопереживания, понимания его состояния. Часто больные не довольны предыдущими врачами, т.к. те не смогли «поставить точный диагноз» и помочь больному. И в психотерапевте они стремятся видеть не специалиста по психическим заболеваниям, а врача высокой квалификации. Они предъявляют имеющиеся медицинские документы, анализы, лекарства, которые они принимали без должного эффекта, стремятся подробно и обстоятельно рассказать о своей болезни врачу.

В тех случаях, когда психотерапевту уже в начале консультации ясен психосоматический характер расстройств, можно и желательно с психотерапевтической целью дать возможность больному высказаться - «излить душу». Внимательность и серьезность врача повышают доверие больного.

Проведение во время беседы приема подстройки так же повышает продуктивность психотерапевтического контакта. Врач подстраивается под интеллект и профессию пациента, говорит на его языке, старается соответствовать его ожиданиям – выражает сочувствие, рационально объясняет, дает практические, разумные советы. Игнорирование установок пациента, его ожиданий, стремление авторитарно навязать другой тон отношений, делает невозможным продуктивный контакт и успешность терапии. Учет особенностей личности – шизоид, циклоид, эпилептоид, психастенические, истерические черты, позволяют определить линию поведения терапевта. Учет ведущей сенсорной системы так же повышает продуктивность контакта. Присоединение под ритм дыхания используется при наведении транса и других методах психотерапии.

Для обеспечения эффективности психотерапии важно поддержание у пациента позитивного эмоционального состояния, стимулирование активности, энтузиазма, раскрывая новые качества в пациенте, поддерживая положительные результаты, формируя «психологию победителя», преодолевающего свои проблемы, болезни и идущего к здоровью, к силе, красоте, при этом важно не фиксироваться на одной проблеме здоровья, а идти дальше к успешности в жизни. И приобретение здоровья становится естественным, вполне реальным процессом. Во время беседы с первичным пациентом психотерапевт одновременно диагностирует, устанавливает контакт и осуществляет психотерапевтическое воздействие. Мало того, чтобы во время первичной диагностической беседы психотерапевт понимал больного как врач, психиатр, психолог, человек необходимо, чтобы пациент осознавал (увидел, услышал, почувствовал) это понимание его. (Простомолотов В.Ф., 2002).

Исповедь больного может быть весьма важным элементом в психотерапии, если ставится задача глубокой перестройки личности, изменение отношения к себе, к окружающим и своему будущему. Для этого пациент должен быть психологически подготовлен, иметь представление о психофизиологическом значении гнетущих переживаний. Исповедь предполагает полное доверие пациента к врачу, уверенность, что сообщаемая информация будет использована только во благо больного. Потребность в признании, желание разделить с кем-то свои переживания, сомнения, тревоги есть в

каждом человеке, а у больного они выражены еще сильнее. Главным является вопрос доверия, можно ли освободиться от эмоционального напряжения, страхов, вегетативных дисфункций, и сделать это через признание, раскрытие себя, вербализацию скрытых, зачастую не достаточно осознаваемых переживаний, глубоко личных проблем. Исповедь – это не просто анамнез, не просто признание ошибок, а искреннее желание освободиться от тяжких гнетущих переживаний, от повтора негативных поступков.

Важнейшим элементом в психотерапии психосоматических расстройств является эмоциональное стимулирование, одобрение пациента. Причем это важно на всех этапах лечения и реабилитации. Эмоциональное воздействие проводится с помощью взглядов, мимики, жестов, интонаций в голосе, в словах информационного и эмоционального содержания. Все это должно быть конгруэнтно чувствам и мыслям пациента. Врач своим отношением к больному стимулирует положительные эмоции. Своим вниманием, заботой, одобрением, поддержкой, своими знаниями и уверенностью в успехе, готовностью к сотрудничеству и помощи, он добивается у пациента эмоционального резонанса и проводит при этом внушение лечебных формул, и программирует на выздоровление, на успех.

Комплексная психотерапия: рациональная, суггестивная, гипнотерапия по Эриксону, НЛП, семейная психотерапия, арттерапия, лечебная педагогика в сочетании с медикаментозной терапией могут дать положительный результат настолько, что порой превосходят ожидания пациента, его семьи и врачей.

Психотерапевтическая практика подтверждает утверждения А.Форея, что «Успех зависит, прежде всего, от результатов первых сеансов... ибо внушает обеим сторонам мужество и тотчас же усиливает действие внушения». Внушение в бодрствующем состоянии, в гипнозе, варианты аутотренинга, познавательная - поведенческая психотерапия, используемая в тех или иных пропорциях, в зависимости от личности клиента, дают возможность обеспечения психотерапевтического эффекта. На завершающем этапе важна на фоне эмоционального стимулирования «протяжка в будущее» - внушение позитивного будущего, включение хобби-терапии и терапии творчеством. Очень важно помочь больному понять и принять ситуацию, поверить в себя и принять решение измениться, жить по новому жизненному сценарию.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

С.А.Быкова, Е.Ю.Русина

г. Павлодар

Основной целью патопсихологического обследования больных шизофренией является выявление признаков так называемого шизофренического патопсихологического симптомокомплекса, наиболее характерными симптомами которого являются нарушения в познавательной сфере, мотивационные расстройства, нарушение критичности, самооценки и т.п. Вместе с тем, в практике работы мы периодически сталкивались с парадоксальными диагностическими случаями, когда у пациента, обнаруживающего выраженные клинические проявления заболевания, какие-либо нарушения познавательной сферы в ходе эксперимента не выявлялись. Однако, еще одним из признаков шизофрении (наряду с изменениями познавательной деятельности) является ослабление в широком социальном плане адаптационных возможностей больных, выражающиеся в неприспособленности к требованиям каждодневной действительности, к бытовым проблемам и ситуациям. Изменения форм общения и способов контакта с действительностью при шизофрении во многих случаях являются единственным ранним критерием ее отграничения от иных клинически сходных заболеваний и *порой опережают появление характерных изменений в познавательной сфере.*

К настоящему моменту создано достаточно экспериментально-психологических методик для исследования признаков нарушения мышления при шизофрении, а также для выявления личностных изменений, затрудняющих социальную адаптацию больных (мотивационной сферы, эмоций, самооценки, целеполагания и т.д.). Однако попытки установления причинно-следственных связей между нарушениями в этих двух сферах (познавательной и личностной) оказались недостаточно успешными. На современном этапе данная проблема все более нуждается в экспериментально-психологическом исследовании и в поисках новых подходов.

В нашей предыдущей статье «Нарушения мышления при «пограничном» варианте шизофренического патопсихологического симптомокомплекса» был отражен опыт работы по отбору из уже существующих патопсихологических методик тех, выполнение которых требует опоры на прошлый социальный опыт, использование общепринятых нормы, категории и способа действий, ориентировки на других людей, то есть выполнение деятельности, где значительна роль социального опосредования.

В данной же статье отражены результаты работы по созданию принципиально новой экспериментально-психологической методики, основывающейся на учете как своеобразия процесса мышления у больных шизофренией, так и особенностей их социальной адаптации. Мы назвали ее «Задачи на ориентировку в практической жизни».

Отправной точкой нашей работы послужило исследование английских ученых Дж.Каттинга и Д.Марфи (1988), которые выделяют четыре компонента в расстройстве мышления при шизофрении:

1. бред, сверхценные идеи (содержание мышления);
2. внутренне присущие нарушения мышления (дислогия – нарушение механизма мышления);
3. формальное расстройство мышления - наблюдаемый феномен (нарушения способа выражения мыслей, способности вести беседу);
4. недостаток знаний о реальном мире (или недостаток здравого смысла) – нарушения механизма суждения о мире.

Главная цель одного из их исследований заключалась в освещении четвертого компонента расстройства мышления. Для этого было использовано два типа задач:

1. тест на практические знания;
2. тест на социальные знания.

Испытуемым задавались вопросы (например: «Если Вы победили на футбольном турнире, то как бы Вы распорядились деньгами?» - к задаче первого типа, или: «Почему некоторые люди упорно играют в азартные игры?» - к задаче второго типа) и предлагалось из ряда ответов выбрать правильный. Результаты исследования показали, что названный четвертый компонент расстройства мышления оказался независимым от трех остальных, 75% больных продемонстрировали его наличие.

Таким образом, они выявили тот факт, что расстройства мышления при шизофрении во многом опосредуются ориентировкой больных в социуме, их знаниями социальных норм и правил, а также знанием реальной практики жизни. Зачастую при анализе простейших жизненных ситуаций в мышлении больных происходит «сбой», демонстрирующий дефект психической деятельности. Можно предположить, что подобный дефект может проявиться и в условиях эксперимента, если предложить исследуемым проанализировать ту или иную жизненную ситуацию. Практики подобных исследований в нашей медицинской психологии пока не существует.

Исходя из гипотезы о возможности отражения нарушений мышления и социальной ориентировки в решении задач с социальным содержанием у больных шизофренией, мы поставили следующую цель исследования: сравнить успешность больных и здоровых испытуемых в решении задач, требующих опосредования процесса мышления практическими социальными знаниями и задач без такового опосредования.

В качестве испытуемых выступали больные шизофренией (20 человек), находившиеся на лечении в Павлодарском областном психоневрологическом диспансере. Все больные находились в состоянии ремиссии. В контрольную группу вошли психически здоровые лица (также 20 человек). Все испытуемые имели среднее или средне специальное образование. Поставленную цель мы конкретизировали в виде следующих задач:

1. выяснить, имеются ли достоверные различия между здоровыми и больными шизофренией при решении задач, требующих знания практической жизни;

2. если такое различие будет выявлено, установить, является ли оно независимым, или же связано с другими нарушениями мышления.

В работе были использованы следующие методики:

1. Силлогизмы. Испытуемым предлагалось пять силлогизмов, правильный ответ к каждому из них необходимо было выбрать из четырех предложенных вариантов ответов

2. Субтест теста Векслера: последовательные сюжетные картинки. Испытуемым предлагалось восемь серий картинок. В каждой серии картинки объединены сюжетом, в соответствии с которым испытуемый должен был расположить их в определенной последовательности

3. Сравнение понятий. Испытуемым предлагалось двенадцать пар понятий. Требовалось назвать, в чем их сходство. Ответы фиксировались экспериментатором и относились к одной из следующих категорий: абстрактные адекватные, абстрактные неадекватные, конкретные адекватные, конкретные неадекватные

4. Задачи на ориентировку в практической жизни. Данные задачи составлены нами. Они требуют от испытуемых проанализировать какую-либо ситуацию из повседневной жизни и принять решение за каждого из двух - трех участников. Для каждой ситуации предлагалось четыре варианта решения, которые необходимо было ранжировать по степени их приемлемости.

Каждому из вариантов решения мы дали условное название:

- «адекватный» - предполагающий поведение, ведущее к цели, вытекающей из ситуации, достаточно экономичное и не вступающее в противоречие с социально-нормативными требованиями;

- «неадекватный» - предполагающий поведение, не отвечающее изложенным выше требованиям;

- «неконвенциональный» - предполагающий поведение, идущее вразрез с имеющимися нормами, однако приводящее к решению цели, вытекающей из ситуации;

- «гиперсоциальный» - предполагающий поведение, соответствующее существующим социально-нормативным требованиям, однако не приводящее к желаемой цели.

Примером задачи на ориентировку в практической жизни является следующая ситуация (сокращенный вариант): «Вы в гостях за столом. Ваш ребенок, которому 10 лет, роняет кусок торта с кремом себе на колени. Что следует сделать Вам в первую очередь?

• Извиниться перед присутствующими, а его поругать;

• Запеть застольную песню, чтобы отвлечь внимание гостей;

• Прийти к нему на помощь и успокоить его;

• Попросить всех, кто находится рядом помочь Вам и Вашему ребенку справиться с ситуацией».

Результаты выполнения этого теста здоровыми испытуемыми показали, что «адекватный» вариант ответа выбирался большинством из них как «самый лучший», «неадекватный» как «самый худший», «неконвенциональный» занимал второе место, а «гиперсоциальный» - третье.

Результаты выполнения методики «Силлогизмы» показал, что интеллектуальный уровень в обеих группах испытуемых практически одинаков. Задания в данном случае были полностью лишены социального содержания.

Субтест методики Векслера – последовательные картинки – также служит для определения уровня интеллекта. Однако в данном случае разница в результатах обследуемых групп оказалась значительной. Вероятно дело в том, что стимульный материал в этой методике наполнен социальным содержанием и требует от испытуемых не только определенных интеллектуальных способностей, но также и ориентировки в ситуациях межперсонального общения, обладания, в определенной степени, чувством юмора, что и вызвало затруднения у больных шизофренией. Даже в случае верного расположения картинок испытуемые этой группы не могли четко уловить логику сюжета, не понимали комичности той или иной ситуации, что и повлекло за собой снижение результативности по этому тесту. В данной методике больные продемонстрировали такие особенности мышления, как паралогичность, отсутствие чувства юмора.

Методика «Сравнение понятий» часто применяется в практике работы медицинских психологов для выявления шизофренического дефекта у больных и считается достаточно информативной. Адекватный ответ в данной методике предполагает

способность испытуемого выделить в понятиях их главные, существенные, закреплённые практикой социального использования признаки. Больные испытуемые гораздо чаще, чем здоровые называли малозначимые, «слабые» признаки понятий, которые квалифицировались нами как неадекватные (конкретные или абстрактные). Количество же конкретных адекватных признаков – значимо больше в группе здоровых испытуемых. Итак, в данной методике у больных выявилось такое отклонение в мышлении как «актуализация латентных свойств понятий».

Результаты по предложенной нами методике «Задачи на ориентировку в практической жизни» оказались довольно интересными. Распределение ответов, названных нами «адекватными», по всем четырём позициям в группах больных и здоровых оказались примерно одинаковыми. То есть больные, также как и здоровые, в большинстве случаев на первое место ставили адекватный ответ. На втором месте чаще оказывался гиперсоциальный ответ. Однако больные гораздо чаще, чем здоровые ставили на второе место (фактически место предпочтения, выбора) неадекватные ответы, а здоровые значимо чаще отвергали такого типа ответа, определив их на четвертое место.

Статистически значимым оказалось различие и по выбору гиперсоциальных ответов на третье место. Однако этим результатом можно пренебречь, так как он «компенсируется» перемещением такого типа ответов в группе больных с третьего, отвергаемого, на четвертое (также отвергаемое) место.

Итак, в предложенной нами методике больные испытуемые вновь оказались менее адекватными, чем здоровые.

Результаты проведенного исследования открыли перспективу для работы по дальнейшему

совершенствованию апробированной нами методики. Возникло предположение о возможности ее упрощения, так как предложенный нами адекватный вариант ответа оказался неинформативен (он очень легко «определялся» больными), то его можно исключить из задачи, а предложить для выбора два варианта ответов: неконвенциональный (его больные отвергали чаще, чем здоровые) и неадекватный (этот ответ больные выбирали значимо чаще, чем здоровые).

Для установления независимости выявленного нарушения процесса социально опосредованного мышления у больных от других нарушений мышления необходимо апробировать опросник на группе больных, не имеющих таковых нарушений.

Предметом будущего исследования может стать и вопрос о том, в какой степени выявленное нарушение ограничено рамками шизофрении.

Можно считать, что наша версия о возможности выявления в экспериментальных условиях у больных шизофренией такого дефекта мышления как неспособность решения задач, требующих опосредования процесса мышления практически социальными знаниями, подтвердилась.

Мы сделали следующие выводы:

1. Выявлено достоверное различие между группой больных шизофренией и группой здоровых по результатам выполнения тестов, требующих опосредования процесса мышления социальным опытом: в данных тестах больные оказались менее успешными, чем здоровые.

2. Установить, является ли выявленное различие независимым от других нарушений мышления, не удалось.

3. Разработанная методика может послужить основой для создания в дальнейшем методики для использования в клинической практике.

Литература:

1. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. - М., 1991
2. Критская В.П., Савина Т.А. Исследование некоторых особенностей познавательной деятельности, обусловленных формированием шизофренического дефекта. // Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении. - М., 1982
3. Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. - М., 1974

ЗНАЧЕНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ МИРОВОЗЗРЕНИЯ ВРАЧА

М.Ю.Любченко, Ю.И.Базяк

Современный врач должен быть высокообразованным специалистом, обладающим широкой эрудицией и глубоким профессионализмом, позволяющим интегрировать в своей деятельности знания

различных отраслей медицины. Практический врач, воспитанный в духе стандартизированного подхода к больному, неминуемо сталкивается с трудностями установления терапевтического контакта, а

значит с проблемой получения достоверной информации о подлинном состоянии пациента. Многими врачами – интернистами продолжает игнорироваться факт того, что за фасадом многочисленных симптомов заболевания стоит личность больного, которая чаще либо не определяется, либо игнорируется, что негативно сказывается на терапевтических подходах к диагностике и лечению. При этом все, что относится к психике и личности больного остается в пренебрежении. Это обстоятельство зачастую игнорируется не только интернистами, но и некоторыми психиатрами. Проблема клинического мышления психиатра, наряду с опытом, традициями той или иной психиатрической школы, высотой собственного диагностического мастерства, мировоззрением, опытом наблюдения и лечения больных включает еще и эмоции. Особенно важны в психотерапевтическом клиническом мышлении субъективные эмоциональные черты как врача, так и больного: сердечность, доброжелательность, деликатность, сочувствие, способность к сопереживанию. Касаясь стиля мышления клинициста, необходимо подчеркнуть, что предпосылкой для его действий является комплексное мышление. Оно включает несколько факторов. Первый фактор – эмпирическое начало, еще малый, но уже собственный опыт студента в период обучения. Второй фактор – интуитивное мышление. И третья форма мышления – индуктивное направление, которого придерживаются врачи – рационалисты, старающиеся находить общие законы, которые возможно применять в каждом случае. Тенденция к общей компьютеризации медицинского образования, с одной стороны, являющаяся показателем технического прогресса, с другой стороны не способствует развитию всех форм клинического мышления. Уместно отметить, что жесткая стандартизация подходов к диагностике и лечению, не соответствует общепринятому тезису лечить больного, а не болезнь. Жесткие стандарты ведут к тому, что практическая медицина не может расширить свое поле зрения. Больной все еще является носителем какого-либо больного органа, в то время, как мы должны рассматривать и лечить его, как человека, в целом. Исходя из этого, медицина может пониматься и практиковаться лишь в свете психосоматических связей, дабы избежать опасности стать в терапевтическом отношении «техникой лечения протезов».

Независимо от того, какую форму мышления мы избираем, врач всегда мыслит, и поэтому от его личных способностей, от его индивидуальности зависит, как он использует медицинское мышление. Для распознавания и лечения он нуждается в представлении, которое он получил в аудиториях и палатах клиники. Это зависит от мировоззрения преподавателя, доходчивости преподавания и качеств студента. Роль психиатрии и психотерапии заключается

в том, что в этих дисциплинах только на половину разделяется основная парадигма медицины инфекционной модели болезни, в которой четко представлена конкретная этиология, патогенез, специфическая клиническая картина заболевания, этиопатогенетическое лечение. Здесь могут быть допущены определенные стандарты мышления. Но когда речь идет не только о тканевом повреждении организма, а о вовлечении сложнейшей психической сферы в тот или иной болезненный процесс, то здесь стандартизированными схемами и прочими жестко регламентируемыми подходами, справиться с болезнью не удастся. В этих случаях клиническое мышление, которое соответствует психиатрической и психотерапевтической нестандартизированной сущности, максимально полно отвечает интересам любой больной личности для скорейшего возвращения к здоровью, либо к адаптации в новой реальности, вызванной болезнью. Современная медицина все более и более акцентирует свое внимание на еще более сложный механизм возникновения и развития заболевания, проявляющийся психосоматическими расстройствами. Само семантическое объединение понятий «псих» и «соматика» ясно показывает доминирующую роль психического начала в механизме заболеваний сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, а в ряде случаев и онкологических заболеваний, не говоря уже о том, что любое пограничное нервно-психическое расстройство, практически всегда, включает в себя соматический компонент.

Серьезной проблемой додипломной подготовки врачей является существенный недостаток часов, отведенных на изучение психологии, психиатрии, наркологии. На дисциплину, обозначенную как «Психология, педагогика», отводится программой 10 лекционных часов и 44 часа практических занятий. Причем половина этих часов отведены на педагогику, целесообразность изучения которой, на втором курсе обучения, можно поставить под сомнение. В настоящее время всего 16 часов отводится на лекционный курс и 66 часов отводится на изучение психиатрии и наркологии. В этих условиях трудно рассчитывать на формирование каких-либо прочных практических навыков. Фактически круг задач студенческого курса перечисленных дисциплин ограничивается формированием научного представления о психологии, психиатрии и наркологии, преодолением обывательского мышления, усвоением врачебной тактики в urgentных ситуациях в психиатрии и наркологии. Психотерапия вообще не включена в программу додипломной подготовки врачей. Такой просчет оказывает отрицательное воздействие на формирование клинического мышления и гармоничное развитие будущего специалиста.

Ведь именно тогда, когда будущий врач знакомится с психиатрией, к сожалению, в наших условиях

очень непродолжительное время, он впервые встречается с реальностью, которая ясно свидетельствует, что помимо тела, может болеть и душа. Общая клиническая практика многократно показывает недостаточную, низкую эффективность чисто соматической, оторванной от психической поддержки и коррекции ряда пограничных психических симптомов, которые зачастую просто игнорируются и другие случаи, когда врач-интернист учитывает сопутствующие пограничные нервно-психические изменения и использует дополнительно психофармакологические и адекватные психотерапевтические подходы.

Важность преодоления обывательского мышления, формирования научного подхода к проблемам психиатрии и психотерапии обусловлена несколькими причинами. Во-первых, до настоящего времени в обществе, а иногда и среди медицинских работников, бытует мнение, что психические заболевания являются якобы «неприличными» и, что

гораздо «приличнее» иметь соматическую патологию. Изучение взаимосвязи биологических и социальных факторов в развитии психических заболеваний позволяет развить у будущих врачей именно научный подход к психической патологии. Во – вторых, существует большое количество достаточно широко распространенных заблуждений, в частности, что все психические заболевания всегда приводят к грубому снижению интеллекта, либо все психические заболевания являются неизлечимыми. Рекомендация проконсультироваться у психиатра до настоящего времени многими людьми воспринимается как оскорбление.

В заключении считаю необходимым еще раз отметить важность расширения курсов психологии, психиатрии и наркологии, включения курса психотерапии в государственный стандарт образования, в подготовку врачей различных специальностей, подчеркнуть значимость формирования подлинно научных представлений о взаимосвязи психической и соматической сферы.

Литература:

1. Б.Любан-Плоцца, В.Пельдингер, Ф.Крегер, К.Ледерах-Хофман *Психосоматические расстройства в общей медицинской практике.* - Санкт-Петербург, 2000. - 287 с.
2. *Психиатрия / Под редакцией В.П.Самохвалова.* - Ростов-на-Дону, 2002

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЗОЛОФТ В ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ДЕПРЕССИЙ

Т.Б.Оспан, С.В.Каирбаева, Х.Д.Макиев

Депрессия и сопутствующие ей соматовегетативные симптомы, пожалуй, являются самыми распространенными психическими нарушениями в общемедицинской практике и, нередко, с трудом поддаются разграничению. По данным ВОЗ, от 3 до 6% населения земли страдают депрессиями (риск заболевания в течение жизни составляет 20-30%), только 20% из них ищут медицинской помощи, 2% нуждаются в госпитализации. 60-80% больных депрессиями не попадают в поле зрения психиатров и лечатся интернистами. Клинически очерченные депрессивные состояния, по данным разных источников, встречаются у 12-36% больных соматическими заболеваниями. За последние десятилетия достигнут значительный прогресс в лечении депрессии, прежде всего, антидепрессантами.

Однако зачастую их применение вызывает крайне неприятные ощущения, обусловленные влиянием на мускариновые рецепторы (нарушения аккомодации, тахикардия, запоры, задержка мочи), β_1 -адренергических (постуральная гипотензия, головокружение, рефлекторная тахикардия), H_1 -гистаминовых (седативный эффект, сонливость, повышение массы тела, гипотензия). При несомненно

высокой клинической эффективности трициклические антидепрессанты из-за вышеуказанных побочных эффектов приводят к нарушению комплайенса. Врачи стоят перед проблемой титрования доз, серьезной помехой служат возрастные особенности, сопутствующая соматическая патология, истощение. Сложности представляет необходимость сочетания с фоновой терапией интеркуррентной патологии. Часто больным назначается длительная терапия до 6 месяцев, с трехкратным приемом препарата. Настоящий момент ставит перед врачами задачу применения идеальных антидепрессантов, лишенных вышеуказанных побочных эффектов, в то же время безопасных и обладающих широким спектром действия.

Многим из таких требований отвечают антидепрессанты нового поколения – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, в частности «Золофт». Его селективная активность исключает воздействие на холинергические, β -адренергические и гистаминные рецепторы мозга, что позволяет избежать нежелательных побочных эффектов, обеспечивает возможность применения без клинического риска пациентам разных возрастных групп,

включая лиц пожилого возраста. Фармакологические свойства золофта не зависят от возраста, дозировки его пропорциональны концентрации препарата в плазме крови и он не имеет активных метаболитов. Клинические исследования применения золофта описаны рядом авторов, в частности, И.А.Гурович, А.Б.Шмукир, 1997, Е.В.Ключкая, И.А.Дороженюк, 1998, И.Влох, О.Кафура, а также А.Фридрихс с соавт., 1999 и другими, в которых однозначно подчеркивается как удобство применения и эффективность, так и практически отсутствие побочных эффектов. В Павлодарском областном психоневрологическом диспансере для лечения депрессивных состояний золофт применяется с 2003 г., что также создало возможность оценки клинической эффективности препарата.

Целью настоящей работы служило:

1. Изучение эффективности золофта при лечении депрессивных состояний.
2. Оценка спектра и тяжести побочных реакций препарата.

Материал и методы

В исследование были включены 26 стационарных и 6 амбулаторных больных в возрасте от 17 до 65 лет, соответствующих критериям депрессивных эпизодов, шизоаффективных расстройств с депрессивными проявлениями по МКБ-10 и тяжестью депрессий не менее 18 баллов по депрессивной шкале Гамильтона. Больных обследовали еженедельно, на протяжении 42 дней. У 20 обследуемых тяжесть депрессии была 28 баллов по HAMDS. С помощью шкалы Гамильтона и шкалы оценки побочных действий золофт назначали после 7-дневного периода отмены, предшествующей психотропной терапии, однократно утром. Дозировки подбирались индивидуально от 50 до 200 мг, средняя 100 мг.

Результаты. Оценка эффективности.

Уже в течение первой недели терапии уменьшилась интенсивность как депрессивных, так и тревожных расстройств. А после второй недели среднестатистическое изменение оценки депрессии по шкале Гамильтона составило 38%. В наших наблюдениях у 3 больных, с длительностью депрессии более четырех месяцев и субэффективностью предшествующей терапии, уже к концу первой недели лечения препаратом наблюдалось явное

ослабление депрессивных проявлений, в последующем с полным выходом из депрессии. К концу наблюдения у 63% больных отмечен очень хороший эффект на терапию, 70% улучшения по HAMDS, у 28% хороший, у 9% слабый.

Переносимость и безопасность терапии

Из всех пациентов, получавших препарат, 15 человек не ощутили побочных действий; у 11 человек проявились легкие побочные эффекты, которые не доставляли дискомфорта; у остальных 6 человек отмечены побочные действия средней тяжести, которые исчезали в течение 5-7 дней перманентной терапии, либо при снижении дозировок. Амбулаторные пациенты по мере стабилизации психического состояния на фоне терапии могли заниматься повседневными делами, управлять транспортом. Больные мужского пола обращали внимание на повышение либидо, пролонгацию эрекции. У 3 пациентов, признавшихся в употреблении спиртных напитков, выявлено понижение толерантности к алкоголю и данное сочетание у них не вызывало дополнительных эффектов. Из наблюдаемых побочных действий: снижение аппетита (50%), тошнота (43%), головокружение (33%), сонливость (30%). Интенсивность их проявлений угасала с 4 недели.

Выводы

При назначении препарата «Золофт» у лиц, больных депрессивными расстройствами, отмечается оптимальный эффект уже с первой недели терапии; средние дозы составляют 100 мг. Начальные дозировки 50 мг, с увеличением на 50 мг еженедельно (реже в 2 недели). С осторожностью следует наращивать дозы у больных с печеночной недостаточностью. Больным с почечной недостаточностью, пожилым людям применение препарата коррекции не требует. Не рекомендуется одновременный прием препарата с алкоголем. Широкое назначение золофта, учитывая его безопасность, может быть рекомендовано в амбулаторных условиях в случае отсутствия непосредственных показаний для стационарного лечения. Редукция депрессивной симптоматики при шизоаффективных психозах способствует ускорению обратной динамики основной симптоматики; золофт не стимулирует развитие психических появлений, тревогу, дисгипнию; проявляет анксиолитические свойства.

Литература:

1. Снежневский А.В. *Руководство по психиатрии.* – Т. 2
2. Мосолов С.Н. *Клиническая диагностика и фармакотерапия депрессий в соматической практике.* – М., 1999
3. Попов В.И. *Клиническая психиатрия.* – С-Пб
4. Гурович И.Я., Шмукир Ж.С. – М., 1997
5. *Современная психиатрия.* – Т. 1. – № 6, РМПС

В.И.Паксютов, Н.И.Зарипова, Л.Ф.Зуева

Актуальность. Ранний детский аутизм – тяжелое психическое расстройство, нарушающее адаптацию ребенка, лишаящее его радости общения и социализации в будущем. Накопленный опыт в детской психиатрии позволяет допускать, что при использовании комплексной терапии (медикаментозной и психологической) можно добиться положительной динамики в отношении развития аффективной сферы аутичного ребенка и последующей его адаптации.

Цель проведенной работы – добиться динамики аутистических проявлений в ходе комплексной терапии из более тяжелой стадии в более легкую.

Аутизм – погружение в мир личных переживаний с ослаблением или потерей контакта с действительностью, утратой интереса к реальности, отсутствием стремления к общению с окружающими людьми, скудностью эмоциональных проявлений; признаков психического расстройства.

Аутизм детский (синдром Каннера) обнаруживается в раннем детстве, проявляется отсутствием речевого и эмоционального контакта с окружающими, стереотипной игрой в одиночестве, патологической привязанностью к отдельным предметам.

Точная оценка доли аутизма среди нервно-психических расстройств у детей затруднена наличием значительного числа больных с аутистическим поведением иного происхождения. Это определяет необходимость клинической и этиологической дифференциации, так называемой, аутистической симптоматики применительно к каждому отдельному больному. Важность дифференциального диагноза определяется и тем, что больные с аутистическими проявлениями в клинической практике обоснованно рассматриваются как составляющие группу повышенного риска развития шизофрении.

Содержательным стержнем аутизма как клинического синдрома является недостаточность общения, при которой затруднено формирование эмоциональных контактов ребенка с внешним миром и более всего с человеком. Отсутствие взаимодействия с окружающим миром резко искажает ход всего психического развития ребенка, препятствует его социальной адаптации в семье, в школе и во всей дальнейшей жизни.

При отсутствии своевременной диагностики и адекватной психолого-педагогической коррекции значительная часть таких детей становится необучаемой и неадаптированной к жизни в обществе. И, наоборот, в условиях своевременного начала коррекции, большинство аутичных детей могут обучаться в школе, нередко обнаруживая одаренность в отдельных областях знаний, искусства.

Большинство проявлений детского аутизма является уже на самых ранних возрастных этапах. Это касается в первую очередь достаточной выраженности основных каннеровских симптомов: склонности к стереотипиям, особенностей моторики и речи, своеобразия интеллекта, непереносимости изменений в окружающей обстановке. Однако при наличии этой общности проявлений другие признаки обнаруживают значительный полиморфизм. Да и основные симптомы различаются как по особенностям характера, так и степени выраженности. Все это определяет наличие вариантов с различной клинико-психологической картиной, разной социальной адаптацией, разным прогнозом. Эти варианты требуют и разного коррекционного подхода, как лечебного, так и психолого-педагогического.

О.С.Никольской выделены 4 основные группы раннего детского аутизма. Основными критериями деления избраны характер и степень нарушений взаимодействия с внешней средой. У детей I группы речь идет об отрешенности от внешней среды; II – ее отвержении; III – ее замещении; IV – сверхтормозимости ребенка окружающей его средой. Однако эти варианты раннего детского аутизма не являются застывшими формами дефицитарности аффективной сферы различной глубины. Возможен их последовательный переход друг в друга, когда в поведении ребенка начинают преобладать механизмы рядом стоящего уровня. При этом может наблюдаться как отрицательная динамика, когда происходит регресс развития аутичного ребенка на более низкую ступень аффективной адаптации, так и положительная, когда он осваивает и начинает активно использовать аффективные механизмы более сложно организованного уровня.

С этой точки зрения интересен следующий клинический случай.

Мальчик 4-х лет из полной семьи, старший из двух сыновей. Ребенок от I-ой беременности, протекавшей на фоне анемии I-й степени, угрозы прерывания. Роды в срок со стимуляцией родовой деятельности. Вес при рождении 3800 г. Из роддома на 4-е сутки переведен в отделение патологии новорожденных с диагнозом: Сочетанное перинатальное поражение ЦНС. Натальная травма шейного отдела позвоночника.

До года наблюдались явления невротизации. Сидит с 6 мес., ходит с 1 г.1 мес. Первые слова к 2-м годам, фразовая речь с 3-х лет. Из перенесенных заболеваний: простудные, ушиб поясничного отдела позвоночника, отит, миопия выявлена в 4 года, носит очки. Наблюдался у невропатолога. Наследственность не отягощена. Рос очень подвижным, неусидчивым, не удерживал долго внимания на

одном предмете, но мог долго играть с машинами, рисовать красками, в основном колеса. Любил играть с водой - переливать, хлопать руками по воде. Если что-либо не хотел делать, мог упасть на пол, кричать, топтать ногами. Успокаивался примерно через полчаса, когда мама его обнимала, пела любимую песенку. Сон был беспокойным, во сне вздрагивал, вскрикивал. С 3-х лет посещал детский сад, но нерегулярно, с пропусками до одного месяца. Оставался всегда со слезами, играл один с машинами, принесенными из дома.

При поступлении в стационар Республиканского научно-практического Центра медико-социальных проблем наркомании (далее ЦМСРД) объективно наблюдалось: Контакт продуктивного нет. Инструкции не выполняет. Неусидчив. Постоянно держит что-нибудь в руках, но нет целенаправленной деятельности. Внимание отвлекаемое. Улыбается маме, обрадовался машинке, настороженно смотрит на незнакомых. Практически не идет на сокращение дистанции. В глаза смотрит, но недолго. Говорит о себе в I-м и в III-м лице, предложения короткие. В диалог не вступает, непосредственные эхолалии.

Неврологический статус: голова с выраженными лобными и теменными буграми, венозный рисунок усилен на висках. Мышечный тонус снижен Д=S.

Заключение педиатра: аденоиды.

Заключение психолога: Контакт неполноценный, недооценивается значение информации, исходящей от взрослого. Зрительный контакт кратковременный. Интерес избирательный (рисует красками колеса, во «вкладышах» заинтересовала только машина). К предлагаемой деятельности интерес практически отсутствует, полностью индифферентное отношение к различным ситуациям эксперимента. Стереотипии проявляются в игре – играет с машинами, в рисовании – рисует колеса, машины, рисунок характеризуется незавершенностью. В моторике медлительность сочетается с импульсивностью. Речь слабо модулированная, использует местоимение «Я», обращается с просьбой: «Я хочу самолет», но диалога нет. Быстрая истощаемость, трудности сосредоточения активного внимания, грубые нарушения целенаправленности, произвольности. Совместная деятельность возможна лишь при наличии массивной стимуляции, кратковременна. Характерна неравномерность интеллектуальной деятельности. Таким образом, уровень развития психической деятельности не соответствует возрасту. Учитывая необъективность тестовых показателей при эксперименте с неконтактирующим ребенком, необходимо наблюдение в динамике.

Заключение логопеда: Взгляд ускользающий. Вопросы не задает, на вопросы не отвечает. В игру не включается. Играет самостоятельно: возит несколько машинок, снимает и надевает колеса. Игру все время сопровождает речью. Речь то более четкая, то смазанная, без пауз, со своеобразной интонацией. В речи

наряду с эхолалиями, употреблением глагола в инфинитиве, использует и личное местоимение I-го лица. Нерезко выраженное общее недоразвитие речи.

Результаты нейрофизиологического обследования: ЭхоЭг – III желудочек 5,9мм, ИМП – 2,3.

ЭЭГ: легкие диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга. Легкая темповая задержка формирования корковых ритмов.

МРТ: микрокисты парагипокампальных борозд. Асимметрия боковых желудочков. Расширение базальных цистерн и мало выраженное субарахноидальных пространств головного мозга. Признаки внутричерепной гипертензии. Извитость интракраниального отдела позвоночных артерий. Деформация ствола мозга.

Терапевтический комплекс включал в себя медикаментозное лечение в течение 2-х месяцев. С целью коррекции поведения применялся сонапакс, с ноотропной целью пантогам, а так же витаминотерапия и дегидратация.

Психокоррекционная работа шла по нескольким этапам. На первом этапе семье ребенка была оказана консультативная помощь с целью разъяснения состояния психического здоровья мальчика на данный момент и возможная динамика на будущее. Далее – психотерапевтическая помощь маме как наиболее эмоционально близкой ребенку: снятие стрессового состояния, обучение методам установления эмоциональной связи с ребенком и использование разнообразного физического контакта для развития аффективной сферы мальчика, демонстрация специфического обучения через проговаривание на протяжении всего процесса жизнедеятельности ребенка. На втором этапе – длительный период индивидуальной коррекции (до 3-х месяцев). Основной задачей этой работы было развитие осмысленного взаимодействия ребенка с окружающим миром. Ранее упоминалось, что психодиагностический инструментарий в данном конкретном случае не мог являться оценкой продуктивной деятельности. Поэтому за основу доказательства эффективности всего терапевтического комплекса были взяты рисунки мальчика до психокоррекции и по окончании курса лечения (через 4 месяца). Рисунки содержали весь комплекс аутистических особенностей – стереотипность в виде изображения только колес, неопределенность и незаконченность рисунков, стремление заполнить весь лист до краев, отсутствие связи между отдельными частями. Для примера приводится один из таких рисунков, на котором мальчик изобразил колеса и дорогу (рис. 1).

Индивидуальная работа строилась по шагам: установление эмоционального контакта, развитие активного и осмысленного отношения к миру. Начиналась работа через присоединение к стереотипности в поведении ребенка (рисование колес, интерес к воде), к аутоstimуляции (двигательная



Рисунок 2



активность при утомлении от общения и вербальная активность в виде громких «песен»). Продолжалась в виде усложнения поведения и обогащения имеющихся навыков (рисовали машины, человека карандашами и красками; поливали комнатные цветы, прыгали на мягкие подушки).

Параллельно осторожно вводили мальчика в детский коллектив стационарного отделения ЦМСРД. Адаптация шла медленно, активно проявлялась стереотипность и аутостимуляция: не мог перешагнуть через порог в новое помещение, при утомлении бегал по подоконникам, проявлял негативизм к персоналу. Постепенно адаптировался: наблюдал за игрой детей в машинки, вступал в контакт с персоналом, в поведении стал более упорядочен. На третьем этапе ребенка включили в групповую коррекцию: «Снятие эмоционального напряжения». У мальчика по-прежнему страдало произвольное внимание и поведение, но иногда он включался

в подвижные игры с детьми. Из рисунков, выполненных ребенком после окончания комплексной терапии, мы выбрали данный рисунок (рис. 2). На нем изображены фигуры человека и машина. Здесь так же можно отследить признаки аутичности: многослойность фигуры, «прозрачность», отсутствие единого масштаба, стереотипность интереса. Но так же видна и динамика в качестве рисунка, что может служить доказательством эффективности проведенной комплексной терапии.

Вывод: Работа с детьми, страдающими таким психическим расстройством как ранний детский аутизм, дает возможность увидеть отдельные стадии нарушения. Комплексная терапия позволяет сформировать стойкую тенденцию к переходу из более тяжелой стадии в более легкую. Динамика улучшения в ходе терапии подчеркивает неравномерность течения заболевания, необходимость психотерапевтической работы во всех ее проявлениях.

Литература:

1. Каган В.Е. Аутизм у детей. - Л., 1981
2. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. - М., 1971
3. Лебединская К.С., Никольская О.С. Дефектологические проблемы раннего детского аутизма. Сообщение II // Дефектология, 1998. - № 2
4. Никольская О.С. К типологии раннего детского аутизма // Журн. Невропат. им. С.С.Корсакова, 1987. - Вып. 10

СОЦИАЛЬНО-ВОЗРАСТНОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СЕЛЬСКИХ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

А.Н.Тургинбаева

Всемирная организация здравоохранения, Международная противэпилептическая лига объявили в 1997 г. кампанию «Эпилепсия из тени». Основной задачей программы является проведение работы по привлечению внимания органов здравоохранения к проблемам эпилепсии, обеспечению и облегчению доступа больных к квалифицированному обследованию и лечению, социальному обеспечению и образованию, преодолению общественных стереотипов о неизлечимости и нетрудоспособности больных эпилепсией.

Эпилепсия является заболеванием, имеющим четко выраженную социальную значимость и достоверное влияние на качество жизни больных. Поэтому, согласно мнению многих отечественных и зарубежных эпилептологов, стратегической задачей его лечения на современном этапе является не только купирование припадков и других проявлений эпилепсии, но и повышение качества жизни пациентов [1].

Этим же обусловлен тот факт, что одним из перспективных направлений современной эпилептологии

является улучшение качества жизни больных эпилепсией [2, 3]. Согласно разработкам Межнародного центра исследования качества жизни, одной из составляющих концепции качества жизни является его многомерность, т.е. охват всех основных сфер жизнедеятельности человека: физической, психологической, социальной, духовной и экономической [4]. В связи с этим, определенный интерес представляет уточнение связи качества жизни с социально-возрастными и психологическими факторами.

Задачами данного исследования являются:

1. Изучение качества жизни сельских больных эпилепсией в процессе восстановительного лечения
2. Изучение зависимости оценки качества жизни при эпилепсии от возраста пациента, возраста дебюта и длительности заболевания
3. Изучение зависимости оценки качества жизни при эпилепсии от социального, семейного статуса, уровня образования
4. Исследование связи оценок качества жизни с психоэмоциональным фоном больных

Использованные методы исследования:

1. Опросник КЖВОЗ-100 – для самооценки качества жизни больных

2. Опросник депрессии Бека

Клинический материал составили 126 больных эпилепсией в возрасте от 15 до 55 лет, находившихся на стационарном лечении в неврологическом отделении Жамбылской областной больницы.

Для определения зависимости качества жизни больных от их возраста обследуемые были разделены на следующие возрастные группы: до 20 лет – 16 человек (12,7%); от 21 до 35 лет – 73 человека (57,9%); старше 35 лет – 37 человек (29,4%); всего – 126 человек (100%). Показатели ВОЗКЖ-100 в различных возрастных группах. Выяснилось, что в сравнении с пациентами моложе 20 лет, пациенты старше 35 лет существенно ниже оценивали свое качество жизни в физической (10,5 и 13,2, соответственно), психической (12,5 и 14,0) сферах, по уровню независимости (12,1 и 15,0), общему качеству жизни (11,2 и 14,3), окружающей среде дома (14,3 и 18,0), финансовым ресурсам (10,5 и 16,7), социальной поддержке (14,7 и 17,5) и возможностям для отдыха (11,8 и 15,5).

Оценки качества жизни в группе больных от 21 до 35 лет занимают промежуточное положение, но по основным параметрам созвучны с оценками старшей возрастной группы. Пациенты моложе 20 лет более позитивны в своих оценках, что, по-видимому, связано с поддержкой родителей, благотворным влиянием учебных заведений, общения со сверстниками, причастности к учебному процессу.

Эти различия в оценках качества жизни связаны также с разным психоэмоциональным фоном в возрастных группах. В группе пациентов старше 35 лет преобладали проявления легкой (29,7%) и умеренной (29,7%) депрессии, в средней возрастной группе – проявление легкой (38,4%) и тяжелой (27,4%) депрессии; в младшей группе – проявление легкой (68,7%) депрессии и ее отсутствия (31,3%).

При изучении влияния возраста дебюта заболевания на оценку качества жизни было выявлено, что самую низкую итоговую оценку качества жизни предъявляют пациенты с возрастом дебюта болезни от 21 до 35 лет, самую высокую – с возрастом дебюта старше 40 лет. По-видимому, начало заболевания в самом продуктивном возрасте (21-30 лет), когда происходит становление человека как профессионала и личности оказывает наиболее психотравмирующее влияние, снижающее оценку качества жизни. В связи с этим, в данной группе пациентов выявлены самые низкие оценки в большинстве сфер и субсфер качества жизни (независимость, социальные отношения, окружающая среда, духовность). Максимальные оценки в большинстве сфер предъявляли пациенты с началом заболевания в возрасте старше 40 лет. Вероятно, состоявшиеся во всех планах и стабилизировавшие основные сферы своей жизни пациенты более позитивно адаптируются к заболеванию. Однако в субсферах общее качество жизни, самооценка, подвижность, зависимость от лекарств, окружающая среда, способность приобретения новой информации оценки данной группы сопоставимы с другими группами, что свидетельствует об общих для всех больных эпилепсией проблемах.

В группе больных с началом заболевания до 10 лет сравнительно высокие оценки даны в субсферах общее качество жизни, зависимость от лекарств, финансы, способность приобретения новой информации. Одни специалисты связывают это с лучшей приспособляемостью и пластичностью детского мозга, ведущей к адаптации к болезни и необходимости приема лекарств. Другие отмечают у них заведомо низкий уровень притязаний, что приводит к удовлетворенности имеющимися условиями и уровнем жизни.

Определенный интерес представляет изучение эмоционального фона в указанных группах (таблица 1).

Таблица 1

Выраженность депрессии в группах больных, различных по возрасту дебюта заболевания

Степень выраженности депрессии	до 10 лет	11-20 лет	21-30 лет	31-40 лет	свыше 40 лет
Отсутствие депрессии	2 (10,0%)	5 (11,9%)	8 (19,0%)	5 (41,7%)	2 (20%)
Легкая депрессия	7 (35,0%)	22 (52,4%)	12 (28,6%)	5 (41,7%)	3 (30%)
Умеренная депрессия	5 (25,0%)	7 (16,7%)	10 (23,8%)	2 (16,6%)	3 (30%)
Тяжелая депрессия	6 (30,0%)	8 (19,0%)	12 (28,6%)	-	2 (20%)
Всего	20 (100%)	42 (100%)	42 (100%)	12 (100%)	10 (100%)

Согласно данным проведенного исследования, наибольшая доля больных с тяжелой депрессией оказалась в группах с возрастом заболевания в 21-30 лет и до 10 лет. Умеренная депрессия оказалась у большинства больных с возрастом начала болезни старше 40 лет, легкая депрессия – с возрастом

начала от 11 до 20 лет, отсутствие депрессии - с возрастом начала от 31 до 40 лет.

При выявлении влияния длительности заболевания на качество жизни больных было выявлено, что больные с длительностью заболевания до 5 лет достоверно выше оценивают физическую,

психологическую сферу и социальные отношения. По остальным сферам и субсферам данные противоречивы, однако, итоговая оценка качества жизни имеет тенденцию к ухудшению с увеличением продолжительности болезни ($77,9 > 77,4 > 71,1$). Таким образом, полученные данные свидетельствуют об отрицательной корреляции между длительностью заболевания и качеством жизни больных.

Влияние давности болезни на выраженность депрессии показало, что в первой группе (с давностью до 5 лет) преобладали пациенты с отсутствующей и легкой депрессией (34 и 34%), во второй (с давностью до 10 лет) – с умеренной (47,2%) и легкой (31,4%) депрессией. Кроме того, с возрастанием продолжительности болезни в группах отмечается тенденция к увеличению числа пациентов с тяжелыми формами депрессии ($15\% > 21,5\% > 25,5\%$).

Следующим фактором, степень влияния которого на качество жизни изучалась нами, определен семейный статус респондента. В обследуемой группе оказалось 44 (34,9%) не состоявших в браке, 76 (60,3%) семейных и 6 (4,8%) разведенных пациентов.

Согласно проведенному исследованию, итоговая оценка качества жизни ниже всех оказалась у разведенных (71,7%), выше – у не состоявших в браке (76,5%). Из субсфер ниже всех оценивают разведенные пациенты сон и отдых, положительные эмоции, самооценку, зависимость от лекарств, окружающую среду вокруг, транспорт. Холостые пациенты ниже других оценивают личные отношения, физическую безопасность, духовность.

В вышеуказанных группах выявлен также различный эмоциональный фон. По результатам опросника Бека в группе пациентов, не состоявших в браке, отмечается большая представленность легкой формы депрессии (47,7%), у семейных – 36,8%. У разведенных одинаково представлены тяжелая и умеренная формы депрессии. Таким образом, у разведенных пациентов эмоциональный фон оказался намного ниже, что перекликается с результатами опросника ВОЗКЖ-100.

Другим фактором, влияющим на качество жизни, является уровень образования, согласно которому обследуемая группа имела следующую структуру:

- неполное среднее образование – 18 человек (14,3%);
- среднее – 62 человека (49,2%);
- среднее специальное – 30 человек (23,8%);
- высшее – 16 человек (12,7%).

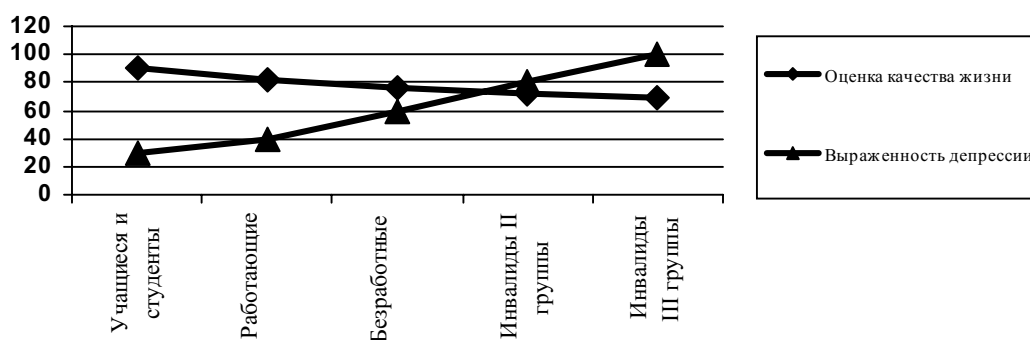
При анализе влияния уровня образования на субъективную оценку качества жизни выяснилось, что пациенты с неполным средним образованием достоверно выше оценивают физическую сферу, окружающую среду, общее качество жизни, жизненную активность, сон и отдых, мышление, финансовые ресурсы, возможности для приобретения новой информации, отдыха и развлечения. Оценки остальных трех групп (со средним, средним специальным и высшим образованием) в основном сопоставимы, за исключением социальных отношений, субсфер внешности, социальной поддержки, подвижности и способности к работе, которые пациенты с высшим образованием оценивают более позитивно.

Очевидно, позитивные оценки пациентов первой группы обусловлены поддержкой родителей, школы, а также повышенным эмоциональным фоном, свойственным школьникам и общей популяции. Это подтверждается результатами обследования больных при помощи опросника, согласно которым в группе школьников не выявлено умеренных и тяжелых форм депрессии. В группе со средним образованием преобладали пациенты с легкой (33,9%) и тяжелой (32,2%), а в группе со средним специальным образованием – с умеренной (33,3%) и тяжелой (26,7%) формами депрессии.

Существенные отличия в оценках качества жизни получены при сопоставлении результатов обследования у пациентов с различным социальным статусом (рисунок 1).

Рисунок 1

Средние показатели качества жизни и выраженность депрессии в группах пациентов с различным социальным статусом



Как видно из рисунка, отмечена тенденция к снижению оценок в следующем направлении: у учащихся и студентов – самые высокие оценки в подавляющем большинстве сфер, итоговая оценка качества жизни – 90,2 балла; несколько ниже эти показатели у работающих (81,4 балла); у неработающих – 76,6 балла. Самые низкие показатели по всем сферам выявлены у инвалидов, причем худшие оценки предъявляют инвалиды II группы (69,5 балла), что подтверждает их большую социальную незащищенность.

При изучении эмоционального фона в этих группах с помощью опросника депрессии Бека также была выявлена тенденция к нарастанию выраженности депрессии у инвалидов по болезни (особенно II группы) по сравнению с учащимися и работающими. Причем у инвалидов II группы преобладали тяжелые формы депрессии (36,2%).

Таким образом, итогом представленного исследования явился ряд *следующих выводов*:

1. Качество жизни – не только субъективный, но и объективный показатель адекватности лечебно-реабилитационных мероприятий, и его оценка зависит не только от клинических показателей, но и от социально-возрастных и психо-эмоциональных характеристик пациентов

Литература:

1. Громов С.А., Михайлов В.А., Вассерман Л.И. и др. Качество жизни и реабилитация больных эпилепсией // *Журнал неврол. и психиатрии*, 2002. – Т. 102. - № 6. - С. 4-8
2. Cramer J.A., Perrine K., Devinsky O., Meador K. *Epilepsia*, 1996, 37: 577-582
3. Карлов В.А., Хабибова А.О. Качество жизни больных эпилепсией // *Научная конференция с международным участием «Качество жизни в психоневрологии»: Тезисы докладов.* - С-Пб, 2000; 62
4. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. *Концепция исследования качества жизни в медицине.* - С-Пб: ЭЛБИ, 1999

2. Оценка качества жизни при эпилепсии зависит от возраста больного, возраста дебюта и длительности заболевания, что выражается ухудшением показателей качества жизни у больных с увеличением продолжительности болезни и возраста. При этом более высокую итоговую оценку качества жизни предъявляют пациенты с поздним дебютом заболевания (старше 40 лет)

3. Социальный статус больных играет существенную роль в оценке качества жизни: лучшие показатели опросника выявлены у учащихся, студентов и работающих, худшие – у инвалидов II-ой группы, что является подтверждением большей ущербности последних. При рассмотрении образовательного уровня лучшие оценки были у пациентов с неоконченным средним образованием (у школьников). Оценки также отличались в зависимости от семейного статуса: более низкие показатели опросника получены у разведенных пациентов

4. Показатели качества жизни достоверно зависят от психоэмоционального состояния пациентов, повышения уровня депрессии, способствующих ухудшению предъявляемых оценок во всех сферах жизни

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПОДРОСТКОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВИРТУАЛЬНЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И КОРРЕКЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ В РАБОТЕ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПАВ

С.Жантасова

г. Усть-Каменогорск

Принципы и особенности консультирования и коррекции аддиктивного поведения у подростков, зависимых от ПАВ, с использованием компьютерной игровой версии «The Sims»

Психологическая поддержка подростков в проблемных ситуациях, а также психотерапевтическая помощь им в случаях срывов нормального процесса психической адаптации - это те главные задачи, которые я, как психолог «Подростковой службы» могу наиболее успешно решить в стенах нашего ВК Областного наркодиспансера г. Усть-Каменогорска. В основу предлагаемой игровой компьютерной психокоррекционной и диагностической методики положены различные способы терапевтического вмешательства: НЛП, виртуальная арттерапия, транзактный анализ, а также непосредственно сама ролевая компьютерная игра «The Sims».

Прежде чем перейти к описанию методики, основанной на современных представлениях о психической адаптации, необходимо отметить, что психологическая работа с подростками требует своей специфики. Специфика тестирования и психологического консультирования подростков обусловлена их возрастными личностными особенностями и уровнем развития вербального интеллекта. Кроме того, подростковый возраст связан с активным самоутверждением в социальных отношениях, поэтому наиболее актуальными для подростка становятся отношения «Взрослый - Взрослый», хотя ценность отношений «Родитель - Ребенок» также сохраняется. Исходя из этого, данная методика, по существу, - универсальный инструмент в работе психолога подростковой службы. Уникальность получаемых результатов помогает находить свой подход к каждому клиенту, позволяет понять систему личностных ролей и то, как он использует ее для оценки своего физического и социального окружения. Проективность получаемых результатов превращает данный метод психокоррекционного консультирования в особый психодиагностический инструмент психолога, помогающий находить свой подход к каждому клиенту. Эта форма психологического консультирования делает возможным целенаправленное построение последующей коррекционной работы и организацию ускоренного осознания подростком противоречивости своей жизненной позиции, препятствующей развитию его личности. Кроме этого, терапевтическое взаимодействие в игровом компьютерном режиме

стимулирует у подростков развитие способности к вербальному выражению, потребности в эмоциональном и интеллектуальном общении. Легкость и произвольность данной формы диагностической и консультативной беседы помогает психологу направленно строить развернутую беседу с клиентом, концентрируя его внимание на наиболее значимых аспектах взаимоотношений с лицами ближайшего окружения. В ходе коррекционно-игрового процесса могут обнаружиться истинные психологические проблемы, о которых подросток не расположен рассказывать в непосредственной беседе. Они проявляются в форме проекций на персонажи компьютерной игры «The Sims». Например, может звучать мотив обделенности вниманием и потребности в покровительстве со стороны этих персонажей, вскрывающий рассогласование между притязаниями личности и тем, что она имеет. Психологические образы, создаваемые подростком в виртуальном режиме, кроме вербального выражения, содержат в себе сенсорную, моторную, идеаторную и эмоциональную компоненты и интересуют не только с позиции исследования вербального мышления, но и с точки зрения изучения межперсональных отношений и возможных внутриличностных конфликтов. В процессе дальнейших действий клиент пытается приспособить свои персонажи к виртуальной жизни игры «The Sims», здесь важно уделить внимание вербальным выражениям потребности подростка в эмоциональном и интеллектуальном общении. В ходе дальнейших взаимоотношений между этими образами можно вскрыть противоречия в этих потребностях, которые существенно влияют на психическую адаптивность подростка. В свою очередь, потребности, доминирующие в отношениях личности, образуют ее жизненную позицию, которая также может быть противоречивой. Эта противоречивость, в конечном счете, проявляется или внутриличностной конфликтностью невротического плана, или дискордантностью и нарушением социально-психической адаптации. Совершенствуя свой новый образ «Я» в ходе игровой психологической коррекции с применением техник нейролингвистического программирования, а также поддерживающей, позитивной, рационально-эмоциональной и поведенческой психотерапии, пациент с зависимостью от ПАВ может сознательно или неосознанно скорректировать свою жизненную позицию и устранить противоречия, угрожающие

нормальному течению психической адаптации. Успешная и неуспешная психическая адаптация подростка отражается в разнообразных игровых ситуациях, особенно связанных с виртуальным личностным взаимодействием. В ходе дальнейших действий и манипуляций подростку нередко приходится «переучиваться» для того, чтобы добиться более высокого качества игры, а в последствии и своей жизни в реальности.

Способы психотерапевтического воздействия в виртуальном режиме

Большинство психологических проблем, дающих толчок процессам психической адаптации или дезадаптации, проистекает из конфликтов в межперсональных отношениях и отношениях человека с самим собой, то есть принадлежат сфере общения. Попытка решить эти проблемы и толкает, как доказывает опыт работы с подростками, к употреблению ими ПАВ. Известно, что общение - это не простой обмен знаками и символами. Общение обычно трактуется как приобщение и соучастие. С этих позиций социально-психологическую адаптацию человека вообще неправомерно рассматривать без референтной группы людей, причастных к его жизни. В первую очередь - это родные и близкие люди, друзья, с которыми осуществляется совместная деятельность. Именно эту возможность по созданию модели референтной группы, составляющей ядро системы отношений личности, и дает компьютерная игра «The Sims».

В психологии получила признание транзактная теория общения Э.Берна, на основе которой построен эффективный психотерапевтический метод транзактного анализа. В транзактном анализе внимание фиксируется на обмене «поглаживаниями», а неудовлетворенность общением связывается с отсутствием «признания». Равноценный обмен поглаживаниями рассматривается как признание людьми друг друга. Эта теория также положена в основу успешных взаимоотношений в игре «The Sims». Создавая свой образ «Я» (Личность взрослого или Личность ребенка), подросток имеет возможность моделировать индивидуальные особенности по пяти шкалам: «Чистюля», «Общительный», «Активный», «Приколист» и «Милый», выбирать не только желаемое имя, внешность, прическу, одежду, расовую принадлежность, но и желаемую автобиографию. Создав по этим же критериям образы своих близких и друзей, подросток переходит к следующему этапу: конструированию своего виртуального жизненного пространства на экране компьютера. В этом процессе, как в любой другой творческой деятельности, учитывается самооценка, уровень притязаний и другие личностные особенности. Здесь, «виртуальная арттерапия» выступает как терапевтический фактор. Ведь и сочетания цветов, и используемые материалы в

строительстве собственного дома, форма разнообразных конструкций и построек: бассейна, спортивных и игровых площадок, а также выбор аксессуаров и предметов домашнего обихода - все это непосредственно связано с особенностями мироощущения подростка, с его чувствами и переживаниями. Помимо коррекционного эффекта, «компьютерная арттерапия» позволяет получить в этом случае также дополнительный диагностический материал, схожий с интерпретацией проективных рисунков: «Моя семья» и «Дом. Дерево. Человек». Основная задача психолога на первых этапах - преодолеть сопротивление и нерешительность. Здесь функции психолога, как арттерапевта, достаточно сложны и меняются в зависимости от конкретной ситуации, поскольку при проведении занятий приходится не только рассказывать, но и непременно показывать и обучать. Побуждение подростка к самостоятельному творчеству, используя созидательный и творческий акт, является основным лечебным фактором. О лечебно-адаптационной роли арттерапии, даже при резистентных формах психопатий и ряде других психических заболеваний, свидетельствует опыт М.Е.Бурно (1989), который подчеркивает, что терапия творчеством может являться важным компонентом индивидуальной психотерапии. Работая с подростком и используя данные, полученные в этом творческом процессе: содержание, способ выражения, цвет, формы, композиции, размеры и т.д., можно увидеть отражение непосредственного восприятия пациентом различных переживаний, часто неосознаваемых и невербализируемых.

Стратегия игры и ее использование в коррекционной работе

Успешность и качество жизни виртуальной Личности, по правилу компьютерной игровой версии «The Sims» зависит от ряда условий, определяющих НАСТРОЕНИЕ героя. Эти условия, как и в реальной жизни, заключаются в удовлетворении таких потребностей, как: **голод, гигиена, энергия, развлечение, общение, комфорт и туалет**. Игра, раскрывая значимость НАСТРОЕНИЯ для успешной жизнедеятельности и профессиональных успехов Личности, поясняет: «...люди, находящиеся в плохом настроении, вызывают негативную реакцию общественности, что влечет за собой различные отрицательные последствия. Для того чтобы поддерживать свое настроение ХОРОШИМ, необходимо соблюдать все потребности Личности». Кроме этого, подростку дается подсказка о возможных способах поддержания и контроля этих показателей: «**Голод** - холодильник служит первым шагом для утоления голода. Если Вы купите кухню, это повысит качество приготовления еды. **Гигиена** - душ или ванна всегда пригодятся грязному. Также рекомендуется мыть руки перед едой.

Энергия - для восстановления энергии нет ничего лучше хорошего ночного сна. Для кратковременного восстановления энергии дайте Личности вздремнуть или дайте чашку горячего кофе. **Комфорт** - людям нужен комфорт. Если у них нет удобного кресла или дивана, чтобы сидеть и теплой кровати для отдыха, они слабеют. **Общение** - Вам необходимо быть общительным, чтобы увеличить количество Ваших друзей. В этом Вашей Личности помогут разносторонние интересы, которые она может почерпнуть из чтения книг и журналов, приобретенных во время поездки по магазинам в город. Эта литература поможет Вам общаться с друзьями и близкими на темы: путешествия, деньги, политика, погода, спорт, музыка, природа, физические тренировки, еда, вечеринки, стиль, технология, «Голливуд», любовь. **Туалет** - когда человеку нужно сходить в туалет, он идет в туалет. И тут уж ничего не поделаешь...» Что же касается развлечений: эту потребность Личность имеет возможность удовлетворить абсолютно разнообразными способами. Начиная с чтения книг, занятий спортом: шахматами, бильярдом, плаванием в бассейне и термических ваннах, упражнениями на тренажере, волейболом и баскетболом, общения с друзьями, походами в магазины и кафе, игрой на музыкальных инструментах, танцами, компьютерными и коллективными играми, заканчивая лабораторными исследованиями, увлечением астрономией, рыбками, живописью и прикладным искусством, а также готовкой шашлыков и барбекю, увлечением изотерикой и астрологией, поездками на разнообразные курорты. Необходимо постоянно следить за динамикой и изменениями настроения по цветовым шкалам: зеленый цвет указывает на состояние комфорта и успешности, красный же наоборот - физиологического и психологического стресса. На первых этапах игры «The Sims», Личность ожидают неоднократные ошибки в формировании собственного внутреннего мира и выборе виртуального жизненного пути, что часто заканчивается неожиданными трагедиями. Личность может погибнуть от голода: в случае отсутствия работы и денег, от пожара: в случае отсутствия необходимых знаний по приготовлению пищи или несоблюдения техники безопасности, даже от депрессии: в случае отсутствия общения с близкими и друзьями. Кремированную же урну, несправившейся с требованиями Личности, по правилам игры - имеется возможность в дальнейшем реализовать за определенную сумму денег и извлечь из этого материальную выгоду. В случае такого плачевного финала жизнедеятельности виртуального героя подростка, в ходе психокоррекционной работы с ним, можно использовать концепции эмоционально-стрессовой и экзистенциальной психотерапии. Экзистенциальная психотерапия здесь выступает, как психотерапевтический подход, в котором делается упор

на «свободную волю», осознание ответственности человека за формирование своего жизненного пути. Ведь все основные человеческие проявления в экзистенциализме: забота, страх, решимость, совесть и любовь - определяются через смерть, человек прозревает свою экзистенцию в пограничных и экстремальных состояниях (борьба, страдание, смерть). Постигая свою экзистенцию, человек обретает свободу, которая и есть выбор своей сущности.

Эффективное использование НЛП - как модели человеческой коммуникации и поведения в психокоррекционной работе на основе компьютерной игры «The Sims»

Основной целью коррекционной работы с подростками, зависимыми от ПАВ, является получение собственного значимого успешного опыта и изменение качества их жизни. Предлагаемая методика психологического консультирования при помощи компьютерной игры «The Sims» позволяет строить работу с использованием различных психотерапевтических техник. Так как коррекционные техники нейролингвистического программирования преимущественно базируются на трансовых состояниях пациента, работа в виртуальном режиме может быть использована в качестве этого самого транса. Разработаны различные способы использования транса. Применяются и описаны методики «взмаха» («свиста»), рефрейминга, «якоря», аудиально-кинестетической и визуально-кинестетической диссоциации, изменения личностной истории и др. Структура уровней НЛП-техник: окружения, поведения, представления о возможностях, убеждения и ценностей, очень тесно перекликается со схемой условий соблюдения и поддержки «уровней» игры. По условиям «The Sims» успешность «уровня общения» зависит от характеристик Личностей виртуальных героев. Здесь, программа ставит игрока в известность: «Люди - общественные существа, им нужна компания. Они могут насыщать общественные потребности в общении с семьей, друзьями и соседями. Телефонное общение также неплохо...». Личностные характеристики же определяются четкими критериями: «Тело», «Харизма», «Логика», «Творческий талант», «Интересы», «Знания», «Умение готовить», «Механические умения». Психологическая коррекция, опирающаяся на «поведенческий» уровень НЛП, заключается в научении и выработке навыков успешного поведения, путем соблюдения в ходе игры требований к этим критериям Личностных характеристик. Согласно базисным постулатам НЛП - человеческий организм, мозг подобны компьютеру, имеющему набор программ. Помимо генетического программирования, формирование «программ» стереотипов поведения и жизнедеятельности в целом осуществляется путем закрепления *внушений* самопрограммирования и стрессовых

переживаний, сопровождающихся трансовыми состояниями сознания. То есть человек может сам развивать в себе навык «нравиться»: быть подвижным, синтонным - неконфликтным, заботливым и дружелюбным и т.д. Исходя из вышесказанного, есть поведение правильное - адаптивное, которое жить помогает, и неправильное - деструктивное, которое имеет разрушительный характер. Подросток имеет возможность развить в себе этот навык в ходе виртуального взаимодействия, с последующей реализацией его во взаимоотношениях с окружающими. При этом в ходе психокоррекционного процесса имеется постоянная «обратная связь» с обсуждением происходящих изменений на уровне «поведения». В виртуальном же режиме, подросток имеет возможность совершенствовать различные «умения» своих Личностей. Как это делается - подробно описано в инструкции:

Знания. Всем молодым Людям необходимо учиться в школе. Чтобы хорошо учиться они должны идти в школу в хорошем настроении. Книги и компьютеры дают отличную возможность для обучения и дальнейшего улучшения знаний. Если же молодой Человек вместо этого бездельничает, его могут прогнать в военную школу.

Развлечения. Развлечения у всех разные. Некоторые могут любить почитать хорошую книгу, некоторым нравится «тетрис».

Логика. Логика совмещает «логические способности» с «организаторскими». Это особенно полезно в медицинской или научной карьере. Для улучшения уровня владения логикой рекомендуется игра в шахматы.

Творчество. Творческий талант, как умение, включает в себя артистические способности и потенциальные способности к изобретательству и «новому мышлению». Это важно для карьеры Личности. Для развития творческих талантов попробуйте рисовать или играть на пианино.

Умение готовить. Прочтите книги по кулинарии с книжной полки для улучшения этого умения. При увеличении этого умения Вы сможете готовить более питательные блюда, снизить количество происшествий на кухне.

Механические умения. Эти умения помогут Вам сохранить деньги, которые Вы тратите на дорогостоящий ремонт. Они также необходимы при продвижении в карьере. Вы можете улучшить эти умения, изучив книги: «Сделай сам» с книжной полки.

Харизма. Коммуникабельность и умение выступать с речью также необходимо для карьеры Вашей Личности, особенно если она занята в сфере политики. Для улучшения харизмы попрактикуйтесь перед зеркалом.

Тело. Владение телом: сила, ловкость и скорость - они улучшаются с помощью плавания и тренажеров. Владение телом необходимо в карьере атлета и военного.

В ходе дальнейшей работы с данной Методикой, при помощи НЛП-техник можно перейти на уровень «способностей и возможностей». Очень часто в работе с подростками только на уровне «поведения» сталкиваешься с недостаточной продуктивностью проведенной коррекции, так как в этом возрасте часто дело бывает не в навыке, а в вере. Или неверии. Молодой человек может честно выполнять все игровые инструкции с твердой уверенностью: «У меня все равно не получится». И тогда нас уже интересует уровень способностей и возможностей. Подростку необходимо (а бывает, что и достаточно) поверить в саму возможность изменения к лучшему. То есть изменить свое априорное знание (веру) о том, что для него возможно: «У меня, со мной, в моей жизни такое - МОЖЕТ быть». По сути, это уровень мелких повседневных установок - верований. Тут дело не в том, как все обстоит в жизни, а в том, как это представляется в душе и в мозгу человека. Так, на этапе «поиска работы» персонажу в игре «The Sims» дается информация о том, что: «Безработный - лучшее состояние для некоторых и пугающее для остальных. Для поиска работы Вы можете использовать газеты или компьютер.»... Дальнейшее виртуальное продвижение по службе, а также повышение «производительности труда» (условием для которого является: «Приходить на работу в приподнятом настроении и удовлетворять все потребности Личности перед работой») позволяет достичь ряд психологических задач НЛП на уровне «способностей и возможностей». Основные задачи этого уровня заключаются в том, чтобы:

- поставить под сомнение веру в «невозможность» чего-то;
- предложить принять некое условие, при котором это что-то станет не просто возможным, а обязательно возможным, возможным наверняка (то есть создать предпосылки для новой веры);
- организация выполнения специального условия;
- помощь в принятии вывода о том, что выполнение условия означает, что и пресловутое «что-то» возможно наверняка.

Необходимым условием жизненного успеха в компьютерной игре «The Sims», кроме устойчиво «хорошего» настроения Личности, является разумное и грамотное распределение затрачиваемых материальных средств. В игре предусмотрено планирование бюджета семьи, а также возможность заносить и контролировать количество денежных затрат. Подросток овладевает навыками экономии и рационализации. В специальной страничке заполняется доход от работы и «разного» (возможности выставить на продажу изделия прикладного, художественного и кулинарного искусства), а также расходы по оплате счетов (при этом, напоминает: «не забывать просматривать почту, счета приходят каждые три дня. Чем больше вещей у Вас,

тем больше Вы платите. Оплачивайте счета прежде, чем они станут «красными» или к Вам придет полиция), по оплате еды, ремонта, новых семейных покупок, архитектуры, а также других разных расходов на каждые три дня прожитой виртуальной жизни. Кроме этого имеется возможность контролировать и получать данные на состояние сегодня: общей наличности, общего семейного счета и общего имущества семьи. Эта, предоставляемая игрой «The Sims» возможность планирования расходов и контроля материальных средств, является немаловажным моментом в работе над рентными установками клиентов, зависящих от ПАВ. Работая с уровнем убеждений, в ходе психокоррекции, имеется возможность изменять ход игры и возвращать клиента на исходные игровые позиции, не сохраняя при этом произведенные им действия. При этом на примере поведения своих персонажей, подросток наблюдает механизм действия разумных, или неразумных убеждений. Некоторые неразумные убеждения подростка влияют на характер общения и взаимодействия между «симами» (персонажами игры «The Sims») и ведут к брани и ссорам. Здесь можно говорить о внутриличностном конфликте Эго-состояний. Неразумные убеждения вызывали не просто сильные эмоции, а неприятные сильные эмоции у персонажей (например, истерику или даже депрессию) и подталкивали к поступкам, которые достижению желаемой цели не способствовали. Поэтому, в ходе психокоррекционного взаимодействия для решения проблемы, необходимо помочь клиенту заменить неразумное убеждение на разумное. И в этом переубеждении помогают подростку его же собственные суждения и действия, реализуемые «симами» в виртуальной жизни. Здесь необходимо помочь предположить, какую мысль, идею, убеждение могла породить эта ошибка в проблемной ситуации, а также в дальнейшем может породить в реальных взаимоотношениях. В этом случае дальнейшая коррекция будет заключаться в:

- сформированности, как предположения возможных иных взглядов на ситуацию и соответствующие им установки - убеждения;
- рассмотрении, как изменится ситуация в ее развитии, если принять тот или иной взгляд;
- закреплении наиболее адаптивного взгляда в качестве «верного»;
- задании персонажу каких-то действий и поступков, которые подтвердят истинность нового взгляда и довершат работу по нейтрализации старого.

Пример практического применения методики компьютерно-игровой психологической коррекции

Подросток Никита 16-ти лет, взят на учет подростковым кабинетом при ВК ОНД по причине употребления им ПАВ (марихуаны) с диагнозом:

F12 - психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиоидов с вредными последствиями. Мать обратилась за помощью к подростковой службе при ОНД по причине тревожного фактора, вызвавшего подозрение родителей: продолжительный сон подростка, длившийся до десяти часов. Подросток просыпался вялым, разбитым. В целом, пациент соматически здоров, в анамнезе хронические заболевания отсутствуют, наследственность неотягощена. Основная проблема родителей выражалась в трудности общения с сыном. Помимо возникшей тревожности, раздражительности, ослабления памяти и торможения мыслительных процессов, у Никиты появились не наблюдаемые ранее разнузданность в поведении, отсутствие чувства такта, своеволие и излишняя самостоятельность: «Он теперь не говорит мне, где он был и куда уходит. Мне кажется, что я теряю сына. Он стал какой-то замкнутый. Может нагрубить. Раньше он был очень ласковым и домашним ребенком. Теперь у него появились друзья, и он совершенно перестал считаться со мной и с отцом, может обидеть или оттолкнуть «ни за что, ни про что», в своем отношении стал мало предсказуем». Юноша учится в 11-м классе. Школьная успеваемость хорошая. Учителя никаких странностей в его поведении не отмечают. В ходе первичного психологического консультирования Никита охотно отвечает на вопросы, но при этом фон настроения несколько снижен. Голос тихий, речь монотонная, маломодулированная, растянутая. Подростку была предложена психокоррекционная работа в виде игровой компьютерной методики, к которой Никита проявил живую заинтересованность и на которую он охотно согласился.

На первом занятии с подростком при помощи компьютерной программы «The Sims» была проведена психологическая диагностика личностных особенностей и эмоционального состояния. Рассмотрим некоторые данные, полученные в результате этой работы.

Пациент, создавая свой образ, отталкивается от физического сложения и возраста персонажа. При этом на первый план выступает несоответствие «Я-виртуального» («Я-идеального») и «Я-реального». Несмотря на свой астенический тип телосложения, пациент выбирает своему образу «Я-виртуальное» атлетическое телосложение с выраженной мышечной массой. Присваивая своему образу личностные характеристики, подросток делает акцент на параметрах «активность» и «приколист». При этом сам Никита сдержан, замкнут, педантичен и скрытен, особенно в чувствах, не силен в эмпатии-сопереживании. Вместе с тем, быстро реагирует, имеет подвижную психику, быстро схватывает рациональные построения. Одновременно плохо приспосабливается к скуке, повседневной неизменности и рутине. В целом, в ходе конструирования подростком

своего виртуального жизненного пространства в компьютерной игре «The Sims», особое внимание уделено нижней части экрана, что отражает материальные интересы и способность концентрироваться для достижения немедленной выгоды. Левая зона также указывает на характер, обращенный в прошлое, сохраняющий черты, вызывающие инфантилизм, эгоизм, незрелость и т.д. Время выполнения задания равно 30-ти минутам, что указывает на признак общей уравновешенности испытуемого. У молодого человека быстрая реакция и, возможно, он обеспокоен только тем, чтобы выполнить задание за наиболее короткое время, что указывает на сильно развитое чувство ответственности. Это немного беспокойный, слабохарактерный, возможно агрессивный подросток из-за развитого внутреннего чувства. Он чувствует себя одиноким, незащищенным, берется за дело, не подумав, по плечу ли оно ему, потому что не любит, когда перед ним возникает требующая решения проблема, результат которой априорно неизвестен. Лучше плохо, но быстро - вот его безотчетный критерий. Любая открытая проблема закрыта ценой обмана родителей и учителей, которые ждут от него усердия и результатов. Что касается мыслительных способностей, то первое, что привлекает внимание, это: выбор конструкции дома в строгой геометрической форме, деревья симметрично расположены вдоль дороги. Автономность архитектурных ансамблей указывает на аналитический склад ума. Пациент не придавал значения деталям в оформлении дома, но при этом обнес строение стеной, наподобие ограды или забора, защищаясь неизвестно от какой внешней опасности. И все же, испытуемый, судя по геометрическим формам конструкций, наделен точным аналитическим умом, хотя испытывает страх перед внешним миром, стремиться к изоляции и даже привлекает на помощь свой ум, чтобы подчеркнуть важность для него бегства от внешнего мира. В целом, можно сделать вывод о том, что развитие защищенного и интровертного поведения превалирует над практическими аспектами характера, прямо связанными с занимаемым положением подростка в социальной жизни. Дополнительные строения расположены вокруг центрального объекта и тянутся вдоль дороги, это говорит об ориентации испытуемого на синтез и об определенной поверхностности, компенсированной однако решительностью и способностью справляться с проблемами, к решению которых он не чувствует себя готовым. В ходе работы Никита почти не произнес ни слова, при этом проявлял решительность и односложно отвечал на вопросы. На вопрос, где он собирается жить, он ответил: «В замке», который, как было видно, изолирован и защищен. Нет, наверное, необходимости углубляться в бесконечность возможных вариантов строительства виртуального пространства. И так как

различные особенности характера представляют собой тонкий, не поддающийся измерению или строгой классификации материал, то гармония и дисгармония сплава взаимодействующих между собой различных аспектов личности могут проявляться в различных формах, и говорить о дисгармонии можно лишь тогда, когда один единственный диссонирующий элемент нарушает связанность целого и если этот диссонанс подтверждается впоследствии другими тестами и непосредственным наблюдением за клиентом. Если же неоднородные элементы схожи, то это означает, что подросток еще не вступил на свой путь и, может быть, годами должен будет преодолевать противоречивость незрелого и нерешительного характера.

В ходе дальнейшей психокоррекционной работы, пациент обнаруживает у себя некоторые ошибки мышления, которые довольно ярко проявляются и в поведении, созданных им образов. Основной ошибкой мышления являлось игнорирование реальности в угоду своим установкам и произвольное ее искажение. Создалась ситуация, по причине которой образ «Я» подростка, из-за критического состояния по шкале «энергия» уснул прямо возле урны с мусором на дороге. Молодой человек стал утверждать настойчиво и с нажимом, при этом не приводя сколько-нибудь убедительные доказательства: «У меня всегда все не получается!». Очевидно, что если мы займемся сосредоточенной проверкой доказательности этого утверждения, то обнаружим, что не «все». И ограничим область, в которой «не получается». Попутно мы уточним, а что собственно, значит это «не получается». И выйдем на убеждения из разряда «мир должен соответствовать моим лучшим ожиданиям» или «я все должен делать совершенно». Возможности игры, в дальнейшем, позволили Никите изменить существовавшие отношения и ранее неэффективный способ поведения, а также признать наличие у себя некоторых ошибок мышления. В ходе консультирования детальному разбору подверглись различные жизненные ситуации, в которых помимо «ни на чем не основанных убеждений», молодым человеком допускаются и такие ошибки мышления, как: «преувеличение или преуменьшение», «обобщения на основе случайного факта» а также мышление по типу «или-или» и третьего не дано. Наиболее выраженной была ошибка мышления: «это все из-за меня», когда человек с таким стилем мышления искренне считает, что в мире людей все происходит по его поводу. Приведу в пример ситуацию, в которой виртуальный образ «Я» Никиты употребил препарат, изготовленный им же самим при помощи домашней химической лаборатории «станции любителя химии». По условиям игры, этот препарат способен улучшать «настроение» до максимума по всем параметрам: общение, развлечение, комфорт, голод, гигиена и т.д. Подросток предположил, что,

изготавливая и употребляя этот препарат постоянно, он не будет нуждаться в дальнейшем самостоятельном поддержании своего «настроения». Не секрет, что у лиц употребляющих ПАВ, снижается критичность к своим состояниям и своему образу жизни в целом. Формируется устойчивая личностная дисфункция, несформированность четких границ «Я», отчуждение и неприятие своих чувств, мыслей и потребностей: где «мое», а где «чужое». Такое же смешение ролей наблюдается и в социальной жизни чувств - путаница, невозможность построить четкую картину себя - идентичности: «кто Я». Отсутствие четкой границы: где Я - а где не Я. В основном, это проявляется в общении со значимыми другими. Человек не может понять свои переживания: где кончаются мои, и где начинаются переживания других. Кроме этого, для лиц с зависимостью от ПАВ, характерны: низкая стрессоустойчивость, легкое возникновение чувства тревоги, страх интимности в чувствах с другими людьми, боязнь быть поглощенными в них. Все это, игра «The Sims» наглядно продемонстрировала подростку: в ходе дальнейших игровых действий, совершенно неожиданно, изготавливаемый виртуальным героем химический «костыль» на все случаи жизни, а также средство, позволяющее повышать все параметры «настроения», но при этом токсичное и суррогатное - прямо на экране «раздваивает» Личность. У Личности Никиты появляется двойник «злобный клон» с ослаблением контроля над влечениями и побуждениями. Он неуправляем и передвигается в виртуальном пространстве совершенно свободно, не поддаваясь абсолютно никакому контролю и попытке установить контакт. Он повышенно импульсивен, инстинктивен. Со всеми персонажами груб, гневлив, склонен к хамству и брани, к трениям и конфликтам, в которых сам и является активной, провоцирующей стороной. Раздражителен, вспыльчив, неуживчив, чем нарушает хорошие отношения с соседями и друзьями. Увеличение количества «друзей семьи», по условиям игры, влияет на продвижение по профессиональной лестнице, от которой зависит материальный рост и благополучие (например, наличие престижного автомобиля и т.д.), и улучшения качества виртуальной жизни в целом. Количество «друзей семьи» фиксируется и диктуется родом профессиональной деятельности виртуального героя: если Личность выбирает профессии общественные, политические, связанные с активным межличностным взаимодействием, ей необходимо соответственно «заиметь» количество друзей превышающее 10. Постоянное общение с ними, прогулки и поездки на отдых в их обществе, подарки и презенты им, автоматически способствует включению их в список «друзей семьи». Однако, в результате неэффективного общения, в ходе которого Личности встречаются сильное противодействие и терпят неудачу,

«друзья семьи» перестают быть таковыми и также автоматически исключаются из списка. В результате все усилия героя по завоеванию друзей, оказываются безрезультатными. Все знакомые и близкие отворачиваются от него, как происходит и в реальной жизни нашего испытуемого. Здесь важно разобраться с внутренними конфликтами подростка. Помочь в этом может обращение к трехпозиционному описанию. В компьютерно-игровом режиме сделать это гораздо эффективнее, т.к. имеется возможность наглядного наблюдения за действиями двух сторон «Я» одновременно. При этом, первая «моя собственная» позиция: мое видение мира, мои аргументы, чувства и желания. А вторая: все то же самое, но при этом одновременно и конфликт-противостояние. «Злобный клон», зависимый от ПАВ, тоже видит мир, имеет чувства, желания и аргументы. Он мне противостоит - за чем-то и почему-то. И если подросток может «влезть в его шкуру» и посмотреть на себя-двойника глазами своей Личности, то все разногласия останутся по-прежнему разногласиями, но выглядеть они будут уже по-другому. Третья позиция - это позиция подростка, стороннего наблюдателя. Никита в конфликте не участвует даже косвенно, а вот в его разрешении заинтересован. У него нет желаний (мотивов) ни своей Личности, ни «Клона», он понимает шаткость аргументов того и другого, он не переживает ни оскорбленности, ни чувства вины, ни желания ударить. Он - человек объективный (насколько человек вообще может быть объективным). Взгляд на ситуацию его глазами и будет точкой зрения «из третьей позиции». Эта возможность, предоставляемая «The Sims» в виртуальном режиме, позволяет более эффективно включить подростка в работу над пониманием «Себя-другого» и над новым видением ситуации. Главное здесь - возможность посмотреть со стороны на обоих. Именно отсюда, из третьей позиции, лучше всего видно и понятно, как все это воспринимать. И что делать. Помимо идей о возможной новой редакции убеждения можно получить и идею о том, как все это исправить. А потом, объясняя себе, почему это правильно, выбраться уже и к новому убеждению. В результате такого рассмотрения всей проблемы с разных сторон многое может меняться. Потому что, предлагаемая методика психологической работы при помощи компьютерной игры «The Sims» в целях коррекции, а также профилактики употребления ПАВ, многогранна и предназначена не только для формирования новых убеждений. Подросток и учится понимать других, и видеть со стороны себя и свое поведение в тех или иных ситуациях целиком. Он приучается в ходе игры «The Sims» искать приемлемый выход из положения, а не выход своим эмоциям. И, что особенно интересно, в процессе трех и даже четырехпозиционного и более, описания он может усомниться в том,

в чем, казалось, был уверен, и приобрести измененное представление о мире. Что и требовалось. В дальнейшем, рефрейминг контекста и содержания различных ситуаций помогает видоизменить жесткие и нерушимые убеждения клиента.

Закрепление результата, полученного в ходе психологической коррекционной работы при помощи Методики использования компьютерной игровой программы «The Sims»

Убеждения опираются на формальную логику, факты реальности, эмоциональную привлекательность и на соответствие другим, более значимым убеждениям ценностям. Соответственно теперь, когда работа с подростком по эмоциональной привлекательности виртуального светлого будущего завершена: герой Никиты достиг профессионального успеха в должности сенатора, заработал значительную сумму денег, построил и обустроил с максимальным комфортом свое виртуальное жизненное пространство - необходимо окончательно закрепить эти Личностные достижения непосредственно в мировоззрении. Да так, чтобы от старых отличалось с трудом. Чтобы новые убеждения стали неявными и работали неосознанно. Сразу конечно так не получится. Сразу ничего не приживается. Но запустить, а в последующем и наблюдать в течение года этот процесс нам, подростковой службе ВК ОНД под силу. И теперь, вместе с Никитой, мы увязываем то, что у нас получилось в процессе игровой психокоррекции, с логикой и фактами. Теперь, когда молодой человек готов поверить, можно сыпать логическими аргументами, примерами из жизни (прямыми и образными, по аналогии), пригласить его утвердить жизненную правильность, истинность, «хорошесть» того, что получилось, с точки зрения его тех самых ценностей, с которыми мы познакомимся еще, когда устанавливали контакт. И вот, когда все встало на свои места, необходимо, запустив процесс, заботиться о его поддержании. Потому что подросток возвращается в реальный привычный ему мир, в свою инерцию. Никите рекомендовано отслеживать в ходе некоторого периода времени собственные мысли, контролировать привычные реакции и заменять новыми. Привыкать к себе «успешному». То есть доделать работу на уровнях способностей, поведения и окружения. Кроме этого записывать случаи успеха и переделывать в новом духе все, что возможно, словом, чтобы подросток сам приложил максимум усилий для вживания нового убеждения в жизнь. В ходе последующих психокоррекционных занятий, индивидуальных и в группе, у Никиты была возможность порепетировать поведение, в котором выражалась действенность нового убеждения. Таким образом, можно дать полученным результатам психологическую интерпретацию:

Оценка уровня психического развития. Уровень психического развития пациента должен быть оценен как высокий, так как сконструированное им виртуальное жизненное пространство обладает высокой когнитивной сложностью.

Личностные особенности. Данных, указывающих на явную акцентуацию характера, не выявлено. В процессе коррекционной работы можно отметить некоторые психологические особенности пациента. В отношениях с людьми он, в первую очередь, ориентируется на общее приятие или неприятие. Он человек достаточно эмоциональный и тонко чувствующий, к тому же имеющий повышенную потребность в признании. Как и у многих подростков, его самооценка и оценка им других людей во многом зависит от выраженности мужественных черт характера.

Жизненная позиция в отношении проблемы. Хотя у пациента присутствуют серьезные психологические проблемы, можно все-таки отметить активность жизненной позиции, которая проявляется в его отношениях к себе (стремление к физическому развитию), к эффективному взаимодействию с друзьями и близкими в созданной им виртуальной жизни.

Адаптационный потенциал. Результаты проведенного тестирования свидетельствуют о хорошем адаптационном потенциале подростка. Кроме особенностей пубертатного возраста, нельзя отметить тяжелых нарушений психической адаптации. Внутренние и внешние конфликты пациента характерны для пубертатного возраста. Можно прогнозировать их успешное преодоление за счет достаточного высоких адаптивных способностей.

Психологические проблемы в полной мере обнаружались у мамы. Мама - очень стеничный, но крайне тревожный человек. Она не может принять сына повзрослевшим, не доверяет ему, поэтому Никита вынужден ее обманывать: «Когда я говорю ей правду, она обижается, а я не хочу ее обижать». Знание психологических особенностей и жизненной позиции Никиты, полученных в ходе психолого-коррекционной работы, позволило дать рекомендации по последующему налаживанию внутрисемейных отношений, а также взаимоотношений с остальными окружающими подростка в реальной жизни, людьми. В свою очередь, заручившись позволением Никиты, мама познакомилась с результатами нашей с ним работы. Она была приятно удивлена, узнав, какого успеха достиг ее сын и его Личность в ходе игры «The Sims». Во многом вызвал удивление и образ ее самой в виртуальной жизни, созданной подростком по внешним и личностным характеристикам. Мать о себе имела по данным параметрам диаметрально противоположное мнение. Никита, описывая Личность мамы, присвоил ей такие черты характера, как: «строгость», «выносливость», «уверенность», а также «веселость»

и «покладистость». Мать не ожидала получить от сына такие характеристики, что совпадают с ее идеальным «Я». Таким образом, коррекционная работа, проведенная при помощи данной методики, способствовала сближению психологических позиций матери и сына и положительному результату в отношении прекращения и профилактики употребления ПАВ подростком.

Выводы

Хотелось бы отметить, что помещенный здесь материал может привлечь внимание тех, кто интересуется диагностикой и коррекцией неэффективных стратегий психической адаптации. К таким стратегиям относятся аддитивные формы поведения, деструктивные позиции в партнерских и семейных отношениях, стратегии, направленные на дезинтеграцию психической или психосоматической регуляции, девиантное поведение и др. Стратегия зависимого от ПАВ, также, как и стратегия невротика - это уход (в пьянство, в болезнь) от решения проблемной ситуации. Мой подход к психологической коррекции подростков с зависимостями при помощи компьютерной игры «The Sims» заключается в том, что пациентам предоставляется возможность осознать замаскированные позиции их бессознательного «Я». После чего, происходит их обучение рациональным способам разрешения

конфликтов между сознательным и бессознательным «Я», которые во многом обуславливают аддитивное поведение. Описанные выше возможности методики делают ее адекватным средством решения поставленных задач. Есть основания считать, что полученный опыт практического использования методики психологической компьютерной коррекции может найти широкое применение не только в сети учреждений здравоохранения, но и в работе школьных психологов для профилактики психической дезадаптации и, в частности, аддитивного поведения и алкогольной зависимости. Данным же материалом я попыталась показать, какой вклад предложенная компьютерная технология вносит в решение задач, связанных с преодолением наркотической и алкогольной зависимости. Интересен этот материал также и в области диагностики и коррекции нерациональных стратегий психической адаптации у подростков, нуждающихся в психологической поддержке. Прежде всего, необходимо работать с преподавателями и родителями, с целью формирования у них адекватного отношения к больному ребенку. В этих целях можно использовать результаты работы с данной методикой. Я остановилась только на тех сферах применения методики, в которых мной уже получен материал. В целом, как уже было показано ранее, область ее применения гораздо более обширна.

Литература:

1. Беляуская Р.Ф. Рисуночные пробы как средство диагностики развития личности ребенка // *Диагностическая и коррекционная работа школьного психолога* / Сб. науч. тр. - М., 1987
2. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры. - Л., 1992
3. Горин С.А. НЛП: техники рассыпью. - М.: КСП+, 2000
4. Грановская Р.М., Никольская И.М. Защита личности: психологические механизмы. - СПб.: Знание, 1999
5. Гриндер Д., Бэндлер Р. Рефрейминг. - Воронеж: НПО «Модек», 1995
6. Дилтс Р. Изменение убеждений с помощью НЛП. - СПб.: Питер, 2000
7. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. - Л., 1985
8. Матова-Томова В.С., Пирьев Г.Д., Пенушлиева Р.Д. Психологическая реабилитация при нарушениях поведения в детском возрасте. - София, 1981
9. Психотерапевтическая энциклопедия. Под ред. Б.Д.Карвасарского. - СПб.: Питер, 1998
10. Райс Ф. Психология подросткового и юношеского возраста. - СПб.: Питер, 2000
11. Романова Е.С., Потемкин О.Ф. Графические методы в психологической диагностике. - М., 1992
12. Семенюк Л.М. Психологическая сущность агрессивности и ее проявления у детей подросткового возраста / Метод. рекомендации в помощь педагогам-практикам. - М., 1991

АСПЕКТЫ АДДИТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Ю.В.Лукьяненко, Е.Ю.Лукьяненко,
П.П.Вязовой, А.В.Котин, А.В.Казакова

г. Тараз

Многовековая человеческая история в летописях, классической литературе, прослеживаемых формах поведения людей свидетельствует о том, что очень многое, что касается поведения

человека в жизненных ситуациях, определяется таким понятием как азарт (свойство психики, характера, личности). Для всех форм его проявления свойственно зависимое мышление и поведение,

иногда азарт перерастает в патологическое влечение, зависимость. Абсолютной независимости у людей нет, мы все в той или иной мере зависимы от религиозных и идеологических воззрений; дети от родителей и наоборот; от законов, этики и морали в обществе; от своих непосредственных руководителей; карьеры; денег и т.п. Но все формы зависимости можно относительно разграничить на деструктивные (приносящие вред) и не деструктивные (менее вредные, или совсем не вредные, а может даже приятные), с которыми мы мирно уживаемся, и они делают нашу жизнь более чувственной и осмысленной.

Оставим за рамками нашего рассуждения не деструктивные зависимости, азарт не приводящий к «негативу» (азарт к знаниям, работе, научным исследованиям, спортивным достижениям, охоте, рыбалке, коллекционированию, к играм, развлечениям и т.п.). Не будет останавливаться и на менее деструктивных зависимостях (компьютеромания, религиозный фанатизм, (кроме случаев религиозного экстремизма и порождаемого им терроризма), коммерческий секс, страсть к приобретениям без необходимости с последующим сожалением и др.). Рассмотрим только те проявления зависимого мышления и поведения, которые приводят к патологическим состояниям. Психиатры-наркологи, психотерапевты давно имеют дело с такими состояниями как алкогольная, наркотическая, токсикоманическая болезненная зависимость (к психоактивным веществам - ПАВ).

В последние годы в нашей Республике все чаще проявляет себя еще одна патологическая зависимость - «игромания» (гамблеризм, лудомания). Проблема не новая в мире и Всемирной организацией здравоохранения она включена в разряд психических заболеваний и по «МКБ» отнесена к расстройствам привычек и влечений (F-63). Но пока не ведется учета этим больным, и гамблеризма нет в списках психических заболеваний, которые важны для призывных и иных врачебных комиссий. И это не случайно, потому что нет пока единого взгляда на природу этого явления. Любая патологическая зависимость, будь-то к алкоголю, наркотикам или азартным играм формируется не на пустом месте. Эмоциональный внутренний дискомфорт и постоянное желание выйти из него при помощи избирательно принятых модуляторов поведения быстро, не активизируя работу сознания, а лишь избегая от действительности - вот фундамент зависимости к ПАВ, гамблеризма и других аддитивных форм поведения. Детализация толкований зависимостей на протяжении веков велась разными специалистами. Свою трактовку предлагал З.Фрейд, Ш.Ференци (венгерский психоаналитик). Генетики уже давно ищут ген риска, но пока безуспешно. Зато обнаружен некий ген синдрома дефицита удовлетворенности - постоянно поддерживающий

фоновый дискомфорт и заставляющий человека искать способы его преодоления через алкоголь, наркотики, азартные игры и другие аддитивные формы поведения. Психологи видят в них компенсаторные механизмы неполноценного общения.

Психиатры рассматривают их как расстройства привычек и влечений характеризующиеся повторными действиями, которые не имеют ясно выраженной мотивации и относятся к сфере патологических влечений, не могут контролироваться и обычно наносят вред самому больному и окружающим людям (наряду с пироманией, kleптоманией и др.).

Наркологи склонны рассматривать возбуждение от азартных игр как эквивалент интоксикации. Если ПАВ - алкоголь, наркотики, психотропные средства вызывают химическую зависимость, действуя на мозговые структуры, обобщенно именуемые в нейробиологии как «Центр удовольствия», то азартные игры действуют на те же структуры, вызывая стимуляцию медиаторных систем через азарт психологический и «адреналинового посредника».

Любая зависимость формируется постепенно и начинается с первого опыта. Первые пробы табака, алкоголя, наркотика, участие в азартной игре, если они сопровождаются «негативом» - интоксикацией, отравлением, проигрышем - могут прервать интерес навсегда. Если же они сопровождаются субъективными приятными или необычными ощущениями, или выигрышем в игре или на любом тотализаторе - это может привести к желанию повторного использования и развитию в последующем патологической зависимости.

Кардинальные признаки любой химической зависимости к ПАВ - рост дозы, учащение приемов и синдром отмены (абстиненция). Аналогичные симптомы мы видим и при зависимости к азартным играм. Повышаются размеры ставок (рост толерантности). Учащается потребность в игре и участие в ней, причем как у алкоголиков и наркоманов пусковым механизмом к этому могут быть любые эмоции или впечатления (положительные или отрицательные). При вынужденном прекращении игры, при невозможности ее продолжать, так же наблюдается синдром отмены - резкие перемены настроения и неадекватности поведения, иногда спутанность сознания, провалы памяти, астения, апатия, нарушения сна и соматические расстройства, приступы тревоги, панического страха, чувство вины, депрессия вплоть до суицидальных попыток.

При гамблеризме (игромания), как и при патологических зависимостях к ПАВ можно проследить три стадии игровой аддитивности.

На первой стадии - вовлечение в азартные игры (игровые автоматы, казино с покером и рулеткой, виртуальные казино, игра в лотерею, биржевые игры, компьютерные и в режиме реального присутствия, любые виды тотализаторов) - участие в них носит более или менее регулярный характер.

Главная мотивация - выиграть. Лудоман еще способен контролировать себя, прекратить игру волевым путем. На второй стадии идет замена мотивации – важнее результата становится сам процесс игры. Прекратить играть уже проблематично (для этого нужны уже форс-мажорные обстоятельства извне, либо полное отсутствие денег и невозможность их быстро достать). В третьей стадии у игрока уже социальная дезадаптация (семья на грани распада, невозможность продуктивно работать и следствие - увольнения и финансовые проблемы, банкротства). В случае предрасположенности к психическим заболеваниям - их дебют или обострению. Очень часто развитие алкогольной или наркотической зависимости. Главная мотивация к игре - взять реванш, не смотря на его ничтожную вероятность.

Проблема больных игроманией (гамблиризмом) давно известна в мире, но в силу разных культуральных, психологических и профессиональных подходов отношение к ней разное. Ну, прежде всего, пока это касается увлечения самого человека и не отражается в его психической и социальной дезадаптации (то есть, не становится патологией) - рассматривается как вариант демократической нормы поведения. В Дании считают следствием распушенности, от которой надо отучать. В ряде стран азартные игры пытаются запретить, в Испании, Германии, Голландии и в большинстве стран «игроманию» считают болезнью и пытаются больным оказать помощь.

Чаще ее оказывают через реабилитационные Центры, проводя профилактические и информационные мероприятия, индивидуальную и семейную психотерапию. Многие реабилитационные Центры в Германии предлагают программы по реорганизации семейного бюджета, оказывают психологическую помощь. В России существуют общества «анонимных игроков», по аналогии с «анонимными алкоголиками» - они не ставят перед собой цель излечения, (да и возможна ли она в привычном понимании излечения), а помогают остановить зависимость (прервать игровой «запой»). Другой вид помощи совершенно оправданный, который может быть оказан «игроману» в специализированных наркологических Центрах, которыми располагает наша Республика и другие страны СНГ, где психиатрия-наркология уже сравнительно давно стали самостоятельными медицинскими специализированными службами.

Вопросами зависимости к азартным играм занимаются в НИИ наркологии МЗ РФ (Москва), в НиПи им. Бехтерева (Санкт-Петербург), ими рекомендуются для оказания помощи «игроманам» психотерапевтические методы лечения, с обязательным вовлечением в работу семьи больного, применение транквилизаторов, антидепрессантов. Как видим, чего-то радикального наука и практика в оказании помощи предложить этим больным не может. Это

всегда объединенные усилия больного, семьи, медиков, направленные не на излечение болезни, а на решение проблемы, осложняющей жизнь больному и его окружению.

Наш лечебный Центр с 1985 г. работает как специализированное психотерапевтическое лечебное учреждение по оказанию помощи больным с зависимостью к ПАВ (алкоголю, наркотикам, токсикоманическим средствам) и др. пограничными нервно-психическими расстройствами. Востребованность в психотерапевтической помощи возрастает, и она все больше приобретает характер проблемно-ориентированной. Среди проблем последних лет все заметнее становится патологическое увлечение азартными играми.

Обращаются за консультациями и помощью, прежде всего семьи больных, родственники и, наконец, сами больные, осознавшие свою зависимость.

Столкнувшись с этим, относительно новым для себя в практике явлением, мы изменили систему сбора анамнеза у обращающихся за помощью с алкогольной и наркотической зависимостью, (а больные представляют если не все, то большинство регионов Казахстана) и увидели, что проблема эта отнюдь не единичная, а скорее латентно протекающая у многих больных. Она часто маскируется другой формой зависимости - к алкоголю, наркотикам, что, по сути, и является причиной обращения за помощью. Мы на практике убедились, что зависимость от какого-то «увлечения» редко бывает одной, ей сопутствует еще какая-нибудь зависимость. Либо одна предшествует другой, либо дополняют друг друга, либо одна перерастает в другую. Это подтверждает взгляд на проблему личности, с «синдромом нарушенных влечений». Причем, это следствие определенного патоморфоза проблемы зависимостей, в современных условиях. Психиатры и наркологи старших поколений знали, что наркоманы игнорируют алкоголь и наоборот, потому, что наркотики приводят к самоизоляции, уходу в себя, отрыву от действительности, а алкоголь - коммуникативный наркотик, стимулирующий общение. Практика последних лет убеждает, что современные наркоманы легко переходят на зависимость к алкоголю и наоборот, или сочетают то и другое, комбинируя разные наркотики, психотропные и алкоголь, добиваясь изменения психической активности уводящей от реальной жизни.

Нередко лечатся от одной зависимости, а потом обретают новую, снова лечатся и переключаются на третью. Это уже не единичная проблема зависимости, а синдром нарушенных влечений, требующий другой оценки и тактики лечения. В ряду патологических зависимостей, в реалиях нового времени и у нас в республике появился гамблизм. Появление у нас данной формы зависимости объясняется отчасти, изменением социально-экономической ситуации в республике, появлением прослойки

людей имеющих доступ «к легким и быстрым деньгам», с уровнем духовности требующей постоянного самоутверждения, через недоступные многим развлечения и приобретения. Прогрессирующий рост казино, компьютерных клубов, залов игровых автоматов и др. заведений и телевизионных программ, поощряющих азарт и страсть, избирательно выявляют категории лиц рискованных, авантюрных, пресыщенных, ищущих новые и новые адреналиновые «драйвы», склонных к формированию зависимости. Кроме того, наши наблюдения показывают, что «игромания», не только удел обеспеченных и пресыщенных. Все чаще симптомы «игромании» мы наблюдаем и у людей финансово необеспеченных, даже бедных, жаждущих обогащения, везения, но у них несколько другой уровень, другие ставки, другие аддикты (лотереи, бытовое «лохотронство», игровые автоматы, разновидности «кухонных» картежных игр и мелко масштабных тотализаторов). Но суть одна и та же, деформирующая личность, приводящая к подмене ценностей, уводящая от активной жизненной позиции, приводящая к социальной дезадаптации. Все виды азартных увлечений, приводящих к динамике патологической зависимости, являясь следствием внешне разных причин, все-таки выявляют склонных к этому людей, поддерживают в них состояние эмоционального хронического стресса, со всеми вытекающими отсюда последствиями через дистресс, приводят к различным формам девиантного поведения, в том числе и к преступлениям, ради удовлетворения своего пристрастия (как и при наркомании) и часто приводят к алкоголизации или наркотизации. Сначала к этому прибегают для сброса эмоций, расслабления, а в последующем на этой почве быстро формируется новая форма зависимости.

В нашей практике, чаще всего, первичной причиной для обращения была алкогольная зависимость, при анализе которой выявлялась параллельная «игромания». В других случаях, первичное обращение было вызвано «игроманией» (гамблеризмом), а в анамнезе уже выявлялись и начальные

формы алкогольной зависимости. Мы не располагаем пока большим статистическим материалом наблюдений для факторного анализа и обобщения, пока это несколько десятков случаев пролеченных больных, но число выявленных анамнестически и отказавшихся от помощи, по разным причинам, исчисляется сотнями. Оказание помощи, больным с «игроманией» (гамлеризм, лудомания) проблема, которая сегодня и, особенно завтра, будет стоять перед психиатрами и наркологами, психотерапевтами, к этой мысли надо привыкать, проблему эту надо умело выявлять и заниматься ею, наряду с зависимостями к ПАВ и в комплексе, если они сочетаются, нарабатывая свой личный опыт работы.

В нашем Центре последние годы проводится консультирование и оказание помощи этой категории больных, о чем сообщаем в рекламных объявлениях (а иначе люди не будут знать, что это разновидность болезни и с ней можно обращаться за помощью).

Мы разрабатываем и внедряем психотерапевтические программы когнитивно-поведенческой психотерапии, психотерапии личностно-средового взаимодействия, обучаем приемам саморегуляции в ситуациях стрессов, конфликтов и фрустраций. В лечебный процесс обязательно включается семья больного. На заключительном этапе проводится семейный сеанс биопсихосоциодуховного программирования (вариант НЛП) по разработанной нами программе для зависимых ПАВ, с реабилитационными рекомендациями, в том числе, переключающими на другие, не деструктивные формы зависимости и, наконец, самой завершающей процедурой лечения является сеанс стрессопсихотерапии с кодированием (программирование на новую модель мотивированного поведения). Наш опыт в этой работе - первые шаги, требующие дальнейшего совершенствования. Учитывая, что диапазон декомпенсированного аддиктивного поведения расширяется, проблема оказания помощи таким пациентам становится актуальной для всех наркологических учреждений.

Литература:

1. Ж.Алимханов *Проблемы наркомании в Республике Казахстан. Мифы и реальность* // Журнал «Вопросы наркологии Казахстана». - № 1, 2001
2. Ю.Лукьяненко с соавторами *Взгляд на проблему наркомании через субъективность оценок ее составляющих* // Журнал *актуальные вопросы о формировании здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья*. - № 2, 2002
3. *Материалы из Интернета, журналов и газет*

С.А.Новикова

По данным ВОЗ, ежегодно в Европейском регионе табакокурение является причиной смерти 1,2 млн. человек (14% всех случаев смерти). За 1990 год на земном шаре от болезней, связанных с курением, скончалось 10 млн. человек, что составляет 10% от общего числа всех умерших. Согласно имеющимся прогнозам, в случае непринятия более жёстких мер борьбы против табакокурения к 2020 году эта цифра может возрасти до 2 млн. человек в год (20% от всех случаев смерти), а к 2030 году общее число жертв курения достигнет 60 млн. (Univ. of Oxford, *Nature Med.* 1999.5, № 1). Отмечается неуклонный рост систематического курения табака среди детей, подростков в возрасте от 9 до 12 лет (мальчиков с 9-10 лет, а девочек - с 12 лет) (Г.Б.Ткаченко, 1998). Также имеет место стабильное увеличение числа курильщиков за счёт представительниц женского пола, причём возраст как начала употребления табака, так и регулярного его употребления стал значительно моложе за последние 7-10 лет.

Прежде, чем рассматривать личностные и характерологические особенности курильщиков, не лишним будет отметить мотивы начала курения и факторы, их определяющие.

В литературе наибольшее число исследований приходится на изучение мотивов начала курения табака (Friedeman Larry S., 1985; Cooreman J., Nenkirch F., Perdrizet S., 1987; Ермолова О.И., 1993).

Итак, начало курения определяют ряд факторов, которые можно объединить в две основные группы: 1. психологические факторы, 2. социальные факторы.

При этом Л.С.Шпилена (1979) выделил шесть главных психологических факторов в мотивах начала курения:

1. ощущение стимуляции, прилива сил при закуривании (для повышения умственной активности и улучшения трудоспособности); 2. ощущение расслабления после стрессовых ситуаций (для успокоения нервов); 3. для налаживания межличностных контактов; 4. курение «за компанию», если кто-то курит рядом; 5. уменьшение раздражительности и вспыльчивости; 6. наркоманическая зависимость, то есть курение для снятия абстинентных симптомов.

Другие авторы, к выше перечисленным причинам начала курения, добавляют следующие: любопытство, потребность в экспериментировании, вызов, потребность казаться сильным, взрослым; курение под влиянием старших, переживания, от нечего делать, в подражание герою (героине), под влиянием моды, возможность занять руки, форма досуга, компенсирование бездеятельности,

эмансипация, стимуляция творчества, быть как все, желание выделиться (Г.П.Андрух, А.Г.Филатов, А.К.Качаев, 1982). Курение детей и юношей связывается с желанием нарушить школьные правила, обычными проступками, желанием повзрослеть, низким уровнем податливости ребёнка в семье, низким чувством ответственности, отрицанием условностей, порывом, недисциплинированностью, предшествующим употреблением алкоголя или других веществ (Stumfe Klaus-Ditrich, 1986).

Среди девушек одним из важных факторов приобщения к курению признан протест против повышенных требований к соблюдению «традиционно женской роли» (Макаров В.В., 1991).

Большую вероятность продолжения курения обуславливают скорее положительным влиянием на повышенное настроение и бессонницу, чем на облегчение дискомфорта от лишения (Breslau Naomi et al., 1992).

Fernandez Esteve с соавторами (1997) проанализировали влияние социально-демографических факторов, образа жизни, диеты питания на прекращение курения табака. Наблюдается прямая связь прекращения курения с количеством выкуриваемых сигарет у мужчин, но не у женщин. Более высокая частота прекращения курения наблюдалась у лиц с более высоким потреблением овощей и фруктов.

Escobedo Luis G. и соавторы (1996) выявили связь между депрессией и началом курения. Было обнаружено, что угнетённое настроение, депрессия в анамнезе являлись фоном, на котором, возникало курение в детском, подростковом периоде и в юности.

Carton S., Jouvent R. et al (1992) провели многопрофильное исследование связей между эмоциями и курением при депрессии. Они выявили корреляции между степенью зависимости и интенсивностью курения с избеганием отрицательных эффектов, включая страх и раздражительность у женщин, увеличение курения, связанного с отрицательными эмоциями печали, гнева и отвращения; курением при склонности к огорчениям, к депрессии и тревожному состоянию у женщин, у мужчин была выяснена связь курения с повышением уровня двигательной и умственной активности.

Положительная связь между депрессией и интенсивностью курения отмечалась также в работах Aneshensel C.S. с соавт. (1993); Hughes J.R. с соавт. (1986).

В то же время, антидепрессивное лечение оказывало лишь минимальное воздействие на ежедневное употребление никотина (Worthington John et al., 1996). Для выяснения отношения депрессии к успеху/неудаче курса лечения по прекращению

курения Rausch Jeffrey L., Nicholson Brad, Lamke Celia, Matloff Jeffrey (1990), с помощью опросника POMS обследовали эмоциональное состояние курильщиков, решивших бросить курить. Выявленный уровень депрессии у испытуемых, которые оказались не в состоянии бросить курить, был значительно выше, чем у тех, кто прекратил курение табака. Наличие стимулирующего и седативного эффектов от курения табака отмечалось Bencke Karin et al. (1981), указывая на положительную роль курения для поддержания общительности и быстрого успокоения при психогенных расстройствах. Таким образом, существование аффективных расстройств у лиц, курящих табак, подчёркивается в подавляющем большинстве исследований. Известно также, что аффективные расстройства в клинике табачной зависимости широко представлены в структуре синдрома отмены, когда больной полностью прекращает курение табака.

При резком прекращении потребления никотина через 24 часа появляются основные признаки абстинентного синдрома: страстное желание закурить; раздражительность, фрустрация или злобность; тревожность; рассредоточенность внимания; беспокойство; понижение скорости сердечных сокращений; повышение аппетита и прибавка массы тела.

Согласно «анкете жалоб», разработанной американскими исследователями (Shnaider N.G. et al., 1984) пациенты отмечали у себя после прекращения курения появление раздражительности, враждебности, тревоги, депрессии, фрустрации, беспокойства, нарушение сна, колебание настроения, влечение к курению. Указанные симптомы отражают в своей совокупности синдром отмены или лишения (L.G.Grossboni, 1984). К ним относятся: непреодолимое желание курения, раздражительность, лихорадка, напряжение, бессонница, избыточный вес тела, нарушение концентрации внимания, нарушение функции ЖКТ, сонливость, снижение работоспособности, замедление ЭЭГ, брадикардия, гипотензия, головная боль. C.D.Stumfe (1984) констатировал при обратном развитии синдрома исчезновение таких симптомов, как раздражительность, агрессивность у 46,3% исследованных в первый день отказа от курения табака, на второй день - 41,5%, на третий день - 34,7%, на четвёртый день - у 28,2%.

Синдром «лишения» является основным препятствием к полному прекращению курения табака. При анализе исследований установлена существенная закономерность - отрицательная динамика конечных результатов лечения. Она проявляется в виде прогрессирующего увеличения числа курящих лиц при значительном уменьшении сроков ремиссии после окончания лечения.

В развёрнутом виде синдром патологического влечения к курению табака представляет собой чётко очерченный психопатологический симптомокомплекс, включающий такие компоненты, как:

1. идеаторный компонент; 2. вегетативно-сосудистый компонент; 3. невротический компонент (Смирнов В.К., 2000).

Невротический компонент синдрома патологического влечения клинически определяется астеническими и аффективными расстройствами.

При прекращении курения возникают, в разной степени выраженности, психогенные астенические реакции с преходящей утомляемостью, истощаемостью, неусидчивостью, раздражительной слабостью, расстройствами сна, аппетита, снижением работоспособности и самочувствия из-за идеаторной заторможенности и рассредоточенности.

Аффективные нарушения преходящи, неглубоки, носят характер стёртой астенической или тревожной субдепрессии. В период прекращения курения табака больные нередко жаловались на подавленность, слабость, слезливость, раздражительность, тревогу, беспокойство. У некоторых больных настроение приобретало дистимический оттенок с гневливостью и недовольством. Закуривание в течение 1-3 минут дезактуализировало все компоненты патологического влечения (Смирнов В.К., Соколова Т.Н. с соавт., 1991).

О более тяжёлых симптомах лишения никотина сообщали лица, отмечавшие в анамнезе депрессию и тревожность, особенно среди женщин (Breslau Naomi, Kibey M., Marlyne, Andresky Patricia, 1992).

Pomerleau C. с соавторами (1996) предложили тест прогнозирования депрессии в качестве симптома лишения (при прекращении) курения. Применение шкалы депрессии (CbS-D) не обнаружило выраженной симптоматики подверженности курильщиков депрессии после прекращения курения. Более выражены депрессивные проявления у женщин.

По данным американских исследователей (Hamfleet Gary I., Reus Victor, Hall Sharon M., 2000) в рамках программы изучения развития большой депрессии после начала в связи с прекращением курения, были исследованы предикторы большой депрессии в течение 12 месяцев после лечения, предпринятого в связи с прекращением курения. 304 курильщика (172) женщины получали психологическое вмешательство, при этом одна группа получала лечение никотиновой жевательной резинкой, другая получала амитриптилин или плацебо. Оценивали случаи большой депрессии, частота которых в течении 12 месяцев составила 14,1%. У лиц, которые воздерживались от курения после лечения, риск развития большой депрессии был значительно меньше, чем у тех, кто не достиг прекращения курения. Наиболее предрасположены к возникновению большой депрессии после прекращения курения те, у кого эпизоды большой депрессии наблюдались ранее.

В работах других авторов подтверждается поразительная связь между курением и клинической

депрессией (В.И.Гарбузов, 1978, Л.Л.Рохлин, 1978), среди перенесших в анамнезе депрессию и лечившихся от табакокурения, через четыре недели после лечения были в ремиссии 33%, тогда как среди не имевших подобного анамнеза в ремиссии через четыре недели были 57% пациентов. Перенесшие клиническую депрессию с трудом бросали курить и требовали большей помощи и поддержки при бросании, а, бросив, провоцировали этим депрессию и снижение настроения на фоне стресса и других отрицательных эмоций.

Возврату к курению часто предшествует стресс или отрицательные эмоции. По некоторым данным 56% пациентов перед возвратом к курению получали отрицательные эмоции и использовали табакокурение для снятия тревоги и других отрицательных эмоций. Имеющие высокий уровень стресса могли бросить курить только на 6 месяцев, так как отказ от курения может вернуть стресс. Вспоминающие о том, как они бросали курить сообщают, что снижение уровня стресса начиналось только через 6 месяцев.

Перенесшие стресс и неудачу пользуются любой возможностью, любым предлогом, чтобы начать курить снова. Неудачная попытка бросить курить, сама по себе, часто является причиной последующей депрессии. Возврат к курению или срыв, может произойти в такой последовательности:

- негативные эмоции порождают снижение самоконтроля, что приводит к «срыву» - однократному употреблению табака;
- «срыв», одна или две сигареты, способствуют продолжению снижения самоконтроля;
- продолжение снижения самоконтроля приводит к заключению, что попытка бросить курить потерпела неудачу;
- за этим следует отказ от попытки бросить курить (G.Edwards, 1973; J.Mores, 1974).

Парадоксально то, что начинающие или продолжающие табакокурение, самой веской причиной продолжения курить, называют проблемы веса, несмотря даже на свой небольшой вес. Повышение веса после отказа от курения происходит сложно, и до сих пор непонятно, результат ли это перемен в количестве пищи, или в употреблении специфической пищи, например, повышенного количества сладкого, или изменение пищевого метаболизма и отложение жира. 27% курильщиков начинали курить по причине повышения веса. Особенно часто повышение веса после отказа от курения является проблемой для женщин, которые использовали сигареты, как метод для снижения аппетита и контроля веса. Даже заменители никотина замедляли, но не предотвращали типичное повышение веса после отказа от курения. По данным некоторых исследований женщины имеют меньше шансов бросить курить, чем мужчины. Повышение веса является специфической причиной для женщин при

возврате к курению, а некоторые молодые женщины связывали курение с булимией и послабляющим действием. Стресс также является особым фактором, мешающим женщинам бросить курить, так как одновременно является фактором, способствующем началу курения (В.А.Крюкова, М.В.Сандлер, 1985).

В работе швейцарских учёных «Половые различия в психологических детерминантах курения сигарет» были представлены результаты почтового опроса 2934 курильщиков сигарет (1532 женщины), принимавших участие в программе прекращения курения. Показано, что женщины при сравнении с мужчинами, в среднем ежедневно, выкуривали меньшее число сигарет (18 и 22 штук соответственно). Женщины обладали меньшей уверенностью в отношении своей способности отказаться от курения, были более подвержены искушению курения. Показатели эффективности прекращения курения были идентичны среди мужчин и женщин. Эффективность лечения зависела в первую очередь от степени сформировавшейся зависимости. В то же время женщины проявили более выраженную способность к самоконтролю и самоограничению (Etter Jean-Francois, Prokhorov Alexandr V., Perneger Thomas V., 2002).

Таким образом, факторы и мотивы начала, продолжения курения по своей природе носят не только социальный характер. Прослеживается связь определённых характерологических особенностей курильщика с началом курения и последующими трудностями в процессе лечения.

Факт важности целенаправленного анализа и описания особенностей личности потенциального наркологического больного признавалась всеми, как последующая основа составления психогигиенических и психопрофилактических рекомендаций. Но оставалось давление авторитетного мнения Сатерленда и Сайда о невозможности выделить отличительные особенности личности «потенциального потатора» (Н.Н.Иванец, Е.С.Меньшикова, 1979). Ситуация стала меняться со времени признания работ А.Н.Лео, который предлагал отступить от классического, аналитического и им подобных подходов к пониманию структуры личности и обратить внимание на мотивационную концепцию А.Сэва. В рамках этой концепции условно опускаются генетически обусловленные морфологические и психические качества. Структуру личности здесь определяют социально значимые формы деятельности (семейной, служебной и т. д.). Эти качества формируются в дошкольном и младшем школьном возрасте невербально, путём приобретения необходимых устойчивых навыков поведения. Приобретённые стереотипы определяют способность личности к дальнейшей адаптации после достижения совершеннолетия.

Были изучены общие закономерности мотивационной сферы в возрастном аспекте при изучении

школьников массовых школ (Д.В.Эльконин, 1971) одарённых старшеклассников-шахматистов (Т.В.Поспелова, 1984). Продуктивной эта концепция оказалась как при систематизации факторов риска развития, прогрессировании болезней терапевтического профиля (Т.В.Коробицина, 1994), так и при обосновании психотерапевтических программ их кардинального лечения (Н.Я.Гирич, 1994). В таких работах авторы выделяли следующие профили личности: 1. инфантильный, 2. сверхпретендующий, 3. с узкой ориентированностью только на семью, на службу или на хобби.

Если у больных терапевтического плана эти профили распределялись практически равномерно, то иные данные получены у больных наркологического плана. Преобладание инфантильного профиля отмечалось у больных алкоголизмом (А.А.Нелидов, 1978; В.Е.Науменко с соавт., 1984; Л.Р.Дроздова, 1994), у больных наркоманиями (Я.П.Гирич, 1994).

Большинство авторов отрицает специфическую для курильщиков структуру личности, другие отмечают, что заядлые курильщики раздражительны, вспыльчивы, нетерпимы, ранимы, склонны к реакциям подавленности. Курящие чаще и в больших количествах употребляют чай, кофе, стимуляторы (Шпиленя Л.С., 1979). Курение в стрессовой ситуации по данным В.В.Гафарова, И.В.Гагулина (1988) положительно коррелировало с интраверсией курящего лица, но не с экстраверсией. Лица, курящие табак, по данным Gilbert D. (1980) отличаются от некурящих психологически тем, что первые чаще разводятся или покидают семью, являются более импульсивными, менее образованными, экстравертированными, враждебными и более склонными к употреблению алкоголя.

Т.В.Шемякина, А.И.Жуков и др. (1980); Brook J.S., et al (1987); Higenbottam T. et al. (1984); Seltzer Carl C. et al. (1985) указывали на возможную предрасположенность личности к курению табака. Курящие лица хуже контролировали свои импульсы, у них было слабо развито чувство ответственности и независимости, для них был более высок уровень конфликтных отношений с окружающими. В.Спасова, С.Тотчева (1986) отмечали, что у курильщиков были более выраженные невротические расстройства и экстравертированность, был снижен интрапсихический контроль. У курильщиков преобладали такие личностные особенности как гневливость, беспокойство во время сна; курящие подростки имели более низкий социально-экономический статус, хуже выполняли некоторые психологические тесты. Seltzer Carl C. et al. (1985) в своей работе подчёркивали, что продолжение курения зависело в большей степени от индивидуальных особенностей курящего, а не от социальных факторов.

По данным А.М.Карпова, Г.З.Шакирзянова (2001), специальными исследованиями психологов установлено, что у курильщиков со стажем отмечается ряд

личностных особенностей, которые можно расценить как изменения личности, связанные с курением. Они, в той или иной мере, присущи курящим людям. Это возможно и конституциональные (преморбидные) и приобретённые черты. К ним относятся:

- большая экстравертированность (открытость и откровенность), склонность к задушевым разговорам во время курения; часто с элементами демонстративности, состязательности, хвастливости, с претензиями на какие-то достоинства - мужественность, самостоятельность, эмансипированность, то есть с истерическими чертами;

- нестабильность, неустойчивость и импульсивность поведения. Курильщикам быстро всё надоедает. Часто хочется бросить работу, отвлечься, но придать своему безделью и определённой недостаточности какую-то значимость;

- эгоцентризм и эгоизм. На сигареты тратится много денег, в том числе, в ущерб семейного бюджета за счёт детей. За ущерб другим людям, которые они причиняют, им не бывает стыдно;

- тревожность, обидчивость, недоброжелательность, претенциозность, проекция своих недостатков на других людей;

- курящие чаще и больше пьют спиртные напитки, чаще пробуют наркотики и становятся наркоманами. Путь к наркомании начинается с курения, так как оно создаёт стереотип получения ложных, искусственных удовольствий за счёт интоксикации, без труда и без удовлетворения человеческих потребностей.

По данным Р.В.Рожанец с соавторами (1987) у курящих мужчин и женщин социальная и психологическая адаптация ниже, чем у некурящих и бросивших курить.

Курильщиков характеризует более выраженная неудовлетворённость собой, потребность в самоутверждении, повышенная чувствительность к психологическому стрессу.

Установлено, что интенсивность курения в зрелом возрасте во многом зависит от личностных особенностей, сформированных в подростковом возрасте.

У женщин интенсивность курения прямо коррелировала с эмоциональной закреплённостью и конфликтностью в подростковом возрасте (Макаров В.В., 1991).

По данным исследования, проведённого Макаровым В.В. и Лисняк М.А. (1997), синдром зависимости при никотинизме развивается преимущественно на фоне хронически протекающих невротических расстройств, прослеживается явная корреляция последних с пребыванием личности в состоянии хронической фрустрации. Аддиктивное поведение при никотинизме следует рассматривать как биологический выход из фрустрации через механизм косвенной аутоагрессии. Риск развития синдрома зависимости при никотинизме повышен у

личностей с чертами инфантильности. Инфантилизации личности способствуют особенности семьи: заключение брака родителями в возрасте до 20 лет, несоответствие образовательных уровней отца и матери, неполная семья и недостатки учебно-воспитательной деятельности: низкая успеваемость в школе, отсутствие обучения по дополнительной программе (Лисняк М.А., 1997).

По данным опроса английских и французских учёных подростков 15-16 лет, проживающих во Франции и Великобритании и злоупотребляющих табакокурением, проводившегося с целью выяснения самооценки установлено следующее. В обеих странах у юношей были более высокие уровни самооценки сравнительно с девушками. Также в обеих странах интенсивное курение сопровождалось заниженным уровнем самооценки. Во всех остальных случаях различия не носили существенного характера (Miller Patrick, Plant Martin, Ledoux Sylvie.J. Subst. 2002). Для выявления уровня самооценки использовали шкалу самооценки Розенберга.

Интересное исследование провели американские учёные, целью которого было выяснение выраженности страха смерти и курения сигарет (Kain Kristen, Nelson Lori K. Omega (USA)). Опрос проводили среди курильщиков с использованием шкалы страха смерти. Показано, что студенты, недавно начавшие курить, демонстрируют существенный страх смерти. В то же время лица, курящие значительный промежуток времени, демонстрировали тем больший страх, чем меньше сигарет они выкуривали.

Российские учёные обследовали 185 здоровых учащихся высших учебных заведений в возрасте от 17 до 24 лет (среди курящих было 66 мужчин и 19 женщин) с использованием экспериментально-психологических, антропометрических методик, качества жизни, физиологических тестов. Обнаружены достоверные различия групп курящих и некурящих лиц. Учащиеся со стажем курения больше 3-х лет отличались от своих сверстников более низкими успехами в учёбе, большим уровнем ситуационной тревожности, более низкой выносливостью (по результатам некоторых тестов, оценивающих физическую работоспособность). У них чаще отмечалось и более низкое качество жизни, особенно показателей ролевого эмоционального функционирования и жизнеспособности. В то же время у курящих был выше показатель индивидуальности мышления, и среди них чаще встречались лица с более высокими значениями ролевого физического функционирования. В сопоставлении с данными по выносливости к физическим нагрузкам можно предложить, что курящие выше оценивают свои физические возможности, чем

свидетельствуют объективные данные (Голота А.С., Суховская О.А., Куликов В.Д., Кряжева М.А).

Вопросы существования преморбидных особенностей, способствующих возникновению синдрома патологического влечения к курению, изучаются в отечественных исследованиях (В.К.Смирнов, 1987).

При изучении личностных характеристик преморбидного периода также указывается на преимущественную значимость инфантильности (А.А.Нелидов, E.Freed, 1978; L.E.Borres, 1979; И.Н.Пятницкая, 1979; П.И.Сидоров, 1979). Отмечается, что культурные установки таких личностей противоречат возможностям их реализовать (R. Merton, 1960), что такие лица не в состоянии получить желанный социальный статус (M.Schukit et all., 1970), что они не в состоянии подчиниться социальным стандартам (M.Glat, 1967; J.Z.Horn, W.Warnberg, 1970). А среди причин низкой адаптивной способности указывается на значимость невысокого образовательного уровня, что ведёт к неспособности заполнить свой досуг (В.В.Смирнов, 1966; Г.Г.Заиграев, 1969; В.К.Кудрявцева, 1977; О.Kondas, 1977; Н.Я.Копыт, 1977).

Левешин В.Г., Федечкина Г.П. (2001) указывают на то, что риск развития регулярного табакокурения увеличивали следующие факторы: уровень образования ниже среднего (у мужчин), отсутствие или недостаточная информированность о последствиях табакокурения, семейное положение (разведённые мужчины). Табакокурение родственников, частое употребление алкогольных напитков, отсутствие неприятных ощущений при первых попытках табакокурения (у женщин). Отдельные факторы по-разному сказываются на риске развития табакокурения у мужчин и женщин. Так, у женщин уровень образования и семейное положение не влияют на развитие табакокурения, но отмечена связь табакокурения с характером ощущений при первых его попытках; у мужчин такая зависимость отсутствовала. Это свидетельствует об определённых различиях в развитии и характере табакокурения у мужчин и женщин. Увеличение среди курящих лиц с астенизацией и легочными заболеваниями в анамнезе вызвано последствиями табачной интоксикации и подтверждает известные её проявления.

Итак, развитие табакокурения обусловлено достаточно сложным комплексом социальных, психологических, биологических и медицинских факторов. Поэтому требуется углубленное изучение условий и механизмов развития табакокурения, с применением более совершенных форм и методов опроса и обследования, внимательного комплексного изучения характерологических особенностей, с последующей диагностикой и лечением, а также разработка эффективных психопрофилактических и психогигиенических программ.

Литература:

1. Андрух Г.П., Филатов А.Г., Качаев А.К. Причины табакокурения. - М., 1982

2. Иванец Н.Н, Меньшиков Е.С. Личность потенциального наркологического больного. - Л., 1979
3. Крючкова В.А. Курение среди женщин. - М., 1985
4. Коробинина Т.В., Гирич Н.Я. Характерологические особенности наркологических больных. - Киев, 1984
5. Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии. - М., 1991
6. Немидов А.А. Алкоголизм. - М., 1976
7. Пятницкая И.Н. Наркология. - М., 1979
8. Рожанец Р.В. Социальная адаптация у курящих и бросивших курить. - М., 1997
9. Смирнов В.К. Клиника и терапия табачной зависимости. - М., 2000
10. Шакирзянов Г.З. Психотерапия табачной зависимости. - М., 2001
11. Шарахов Ю.А. Психотерапия в комплексном лечении табачной зависимости. - М., 1999
12. Эльконин Д.В. Мотивационная сфера в возрастном аспекте при изучении школьников / Учебное пособие под ред. Смирнова В.К. - М., 1991
13. Гарбузов В.И., Рохин Л.Л. Депрессия в рамках табачной зависимости // Журнал наркологии. - № 4. - М., 1975
14. Гафарова В.В., Гагулина И.В. Курение в стрессовой ситуации // Журнал наркологии. - № 7. - М., 1988
15. Голота А.С., Суховская О.А., Куликов В.Д., Кряжева М.А. исследование физических возможностей у курящих и некурящих // Журнал Табачная зависимость и курение табак. - № 5. - М., 2001
16. Лисняк М.А. Синдром зависимости от никотина как аддитивное поведение, его клиника, профилактика и психогигиена / Автореферат. - М., 1997
17. Шемякина Т.В., Жуков А.И. Предрасположенность к курению табака // Журнал наркология. - № 3. - М., 1980
18. Aneshensel C.S., Hughes J.R. et all. How to intervene against smoking? // Coll. Physicians London, 1999. - 33. - N 6. - C. 513-515
19. Bencke Karin et all. New treatments for smoking. / Cancer J. Clin., 1984. - 50. - N 3. - C. 143-145
20. Breslau Naomi, Klibey M. Marlyne, Andresky Patricia, 1992. Gender differences in the psychological determinants of cigarette smoking, 1997. - N 6. - C. 733-743
21. Carton S., Jouvent et all One sure way to break the cycle. 1996, Arlington, Va, 3-4 Febr. - C. 24-25
22. Etter Jean Francois, Prokhorov Alexander V. Tobacco control policy, 2002. - N 6, Clin. Med. - C. 335-342
23. Escobedo Luis G. Depression and beginning smoking, Arlington, 1998. - C. 850-854
24. Hamfleut Gary I., Reus Victor, Hall Sharan M. Practical experiences in smoking, 2000. - 95, Suppl. - C. 19-24
25. Higenbottam T., Selter Carl C. et all. Smoking cessation at the workplace, 1995, Communiti Health. - 54. - N 5. - C. 349-352
26. Glat M., Horn J.Z., Warnberg W. (1970) Addressing regulatory barriers to licensing nicotine products for smoking reduction / West Robert. Addiction. Suppl. - C. 25-28
27. Grossboni L.G. Hypnosis and suggestion-based approaches to smoking cessation. / Clin and Exp. Hypn, 1984. - 48. - N 2. - C. 195-197
28. Kain Kristen, Nelson Lory K. A public health approach to mitigation the negative consequences of illicit drug abuse / J. Public Health Polici, 1999. - 20. - N 3. - C. 268-281
29. Miller Patric, Plant Martin Antitobacco prevention, 2002. - 16. - N 2. - C. 254-255
30. Pomerleau C. et all. Tobacco marketing, sports, and promotion to youth // J. Subst Use, 2000. - C. 171-176
31. Rausch Jeffery L., Wichinson Brad. Emotional condition smoking, 1990 // J. Public Health Policy. - C. 81-87
32. Shnaider L. G. et all. Fighting tobacco dependence in Europe // martin Med., 2001. - 7. - N 1. - C. 15-17
33. Worthington John et all. National association for public health policy, 1999. - N 3. - C. 268-281

РАЦИОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ

З.Б.Солтангазинова

г. Павлодар

Рациональная психотерапия, РПТ (синоним – рассудочная) – психотерапия, обращенная к разуму, рассудку (лат. ratio – разум, рассудок, смысл, подсчет, учет). Основоположник направления Поль Дюбуа из Берна (1848-1918) отвергал внушение как «обман», «первоапрельскую шутку», поскольку оно только усиливает внушаемость –

вредную душевную слабость, а убеждение (РПТ) считал «добрым советом», который дал бы и себе самому. Он был убежден в том, что у всех людей всякому чувству присуще логическое начало, оно и страдает у всякого невротика, и его следует опровергнуть разубеждением, доказательством.

В России рациональной психотерапией занимались В.М.Бехтерев (1911), называя ее разъяснительной, С.И.Консторум (1962), а в последние годы – И.С.Павлов (1980), Д.В.Панков (1975, 1985) и др.

Близка РПТ, в ее классическом понимании, знаменитая современная американская когнитивная психотерапия психиатра Арона Бека. А.Бек полагает, что основу эмоций, депрессивных расстройств составляют дурные мысли, ошибки, мышления.

Исходя из этой «когнитивной триады», Бек разработал целую систему психотерапевтических техник, которые, поправляя мысли пациента, помогают ему думать более реалистически и, тем самым, улучшают его настроение и поведение. Конкретно – это «поведенческие» и «вербальные» техники. Поведенческая техника состоит в том, чтобы продемонстрировать пациенту его же поведением ложность его убеждений. Вербальная техника заключается в том, что врач учит пациента четко выразить словами ошибочные идеи и затем помогает разумно логически найти в них ошибки, чтобы мыслить более реалистически (Бек, 1996).

Поведенческая психотерапия больных с зависимостью от ПАВ представляет собой процесс направленного формирования желаемых, адаптивных форм поведения на основе принципов теории обучения (Ю.А.Концевой, 1981; Т.В.Гончарская, Н.Р.Мальков, 1984). Когнитивно-поведенческие терапевты применяют кропотливое разъяснение механизмов развития болезни и стимулируют освоение больными новых здоровых, адаптивных жизненных навыков. В соответствии с теориями обучения и информации, положенными в основу этих методов, ставится задача заполнения информационных пробелов, образовавшихся в когнитивной сфере пациента в силу тех или иных искажений ее развития. В качестве наглядного и успешного примера такой работы можно привести «континуальную» терапию наркологических больных (Ю.В.Валентик, 1993), включающую когнитивные методы профилактики рецидивов патологического влечения к ПАВ и поведенческий тренинг социальных навыков в условиях специально выработанного психотерапевтического режима.

В отделении психотерапии НИИ наркологии МЗ РФ была разработана динамическая система поэтапного психотерапевтического воздействия на больных алкоголизмом в условиях наркологического стационара, ведущим компонентом которой является особый лечебный режим содержания, основанный на принципах бихевиоральной терапии (Ю.В.Валентик, И.Д.Даренский, 1990). Лечебный процесс осуществляется при условии погружения в особую психотерапевтическую среду (*milieu-therapy*), подразумевающую оптимальный психологический климат наркологического отделения.

Психотерапевтическая среда призвана создать такие условия существования для больного, которые

позволили бы изменить его повседневный образ жизни в стационаре и за его пределами. Конструируется стиль деятельности, подразумевающий исключение алкогольного поведения и противостоящий ему. Данный стиль выстраивается за счёт реализации комплекса мероприятий, включающих современный переход от стационарного режима к полустационарному и амбулаторному, а также определенную систему «ритуалов», сопровождающих продвижение больного по этапам реабилитации.

В отделении создается система партнерства персонала и пациентов; при этом директивный характер управления лечебным процессом сочетается с элементами демократического стиля принятия решений (система управления больными). Формируется атмосфера единства лечебного коллектива и пациентов стационара, приближающая наркологический стационар к модели «терапевтического сообщества».

Сначала статус больного определяется понятием «новичок». В течение первых дней пребывания в стационаре он проходит своеобразный «ритуал посвящения» и становится полноправным членом отделения. В этот период лечащим врачом по показаниям осуществляются купирование запоя, абстинентного синдрома, дезинтоксикация и симптоматическая терапия в широком смысле, а также лекарственное снижение интенсивности патологического влечения к алкоголю. «Новичок» с помощью более опытных больных, завершающих лечение, осваивает основные требования режима, повышает уровень знаний о своем заболевании и проводит, в целом, подготовку для перехода к следующему этапу лечения.

Второй этап лечения начинается с заключения психотерапевтического контракта между пациентом и врачом-психотерапевтом. В контракте оговариваются права и обязанности сторон при осуществлении лечебных программ, а также ее конкретное содержание. Пациент теперь имеет статус «ученика». Базовой является групповая дискуссионная (рациональная) психотерапия в малых группах. Решаются задачи выработки установки на получение помощи и лечения, создается адекватное представление об алкоголизме и его проявлениях. Практикуются лекции, семинары для больных, которые проводятся медсестрами и молодыми врачами.

С окончанием курса групповой рациональной психотерапии больные сдают «переходный» зачет, который принимает комиссия, состоящая из врачей, медперсонала и старост палаты. Пациент рассказывает о себе и своем заболевании. К этому времени он должен быть способным описать признаки своей болезни, ориентироваться в собственном диагнозе, в планах на будущее и отвечать на проверочные вопросы присутствующих. Сдача зачета позволяет перейти больному к третьему, завершающему периоду лечения, когда он переводится на

режим частичной госпитализации и приобретает статус «выпускника».

Медперсонал отделения в своей работе опирается на организацию самоуправления больных, возглавляемую старостатом, который выбирают голосованием. Выполнение требований программы лечения постоянно контролируется и оценивается персоналом и старостами палаты. Оценка проводится в баллах по заранее установленным критериям.

Практикуется альтруистически-ориентированная краткосрочная трудотерапия. Например – мероприятия по безвозмездному оказанию помощи больным детям.

В дополнении к описанному комплексу поведенческого воздействия была разработана оригинальная методика когнитивной психотерапии зависимостей, направленная на коррекцию аддиктивных представлений больного (И.Д.Даренский, 1996). Исследовательская задача психотерапевта состоит в определении субъективной системы семантических координат пациента посредством анализа различных состояний психического самочувствия. Особое внимание уделяется изучению алкогольных и трезвеннических представлений больных посредством выяснения субъективного значения состояния трезвости и опьянения в сопоставлении с другими состояниями самочувствия.

Изучение субъективной системы координат проводится по методике личностных конструктов (Ф.Франселла, Д.Баннистер, 1987). Данная методика, к тому же, имеет самостоятельное психотерапевтическое значение, позволяя вскрыть и прояснить субъективные переживания пациентов. Определяются ситуации, при которых испытуемый описывает свою жизнедеятельность как наиболее осознанную, и которые для него являются характерными, четко дифференцируемыми.

Анализ и сопоставление семантически близких элементов проводится методом факторного и кластерного анализа по совместной конфигурации элементов и конструктов с определением осевых направлений в переживаниях пациентов. Каждый фактор получает условное название по внутреннему смыслу, который объединяет элементы и конструкты с высокой степенью корреляции между собой и составляющими некую семантическую совокупность.

Главной целью является определение пропорции в отношении понятий опьянения и трезвости в структуре семантического пространства у больных. Проясняется, что для больного значит «опьянение», в каких терминах и понятиях он описывает его и, наконец, какое психическое состояние и самочувствие больной хочет получить, приводя себя в состояние опьянения. Обычно больной почти весь спектр своих субъективных переживаний, выделенных им же самим при оценке состояний жизнедеятельности, связывает с состоянием опьянения. Вместе с тем, данное состояние для больного

имеет отдельные общие черты с другими состояниями самочувствия.

Трезвость, наоборот, имеет много тождественных ситуаций, в которых больной испытывает сходные переживания, но, при всей широте спектра таких ситуаций, между ними мало общего с точки зрения субъективного самочувствия. Анализ закономерностей динамики элементов и конструктов показывает, что после лечения происходит изменение ведущих факторов, т.е. меняется направленность осевых переживаний пациента. При этом происходит рассеивание в семантическом пространстве больных патологических конструктов, определяющих внутренние переживания. Они теряют привязанность к ситуациям, изначально служившим маркерами патологического влечения к ПАВ и рецидивирования заболевания.

Терапия проводится до тех пор, пока не будут сформированы нужные трезвеннические детерминанты, а именно – концентрация образа трезвеннического поведения.

Пожалуй, наилучших результатов в помощи алкоголикам достигло распространенное во всем мире движение «Анонимные алкоголики» (АА), опирающиеся на программу 12 шагов. Bird (1973) считает, что программа АА затрагивает самую сердцевину проблем алкоголика – страх перед собой. Часто алкоголик свою установку относительно помощи выражает словами: «Вы не сможете мне помочь. Я пью каждый день, потерял работу, меня оставили жена и дети». Этим он хочет подчеркнуть свое падение и деструктивность, а главное – сказать, что простой смертный не способен ему помочь. Участники АА не убеждают пришедшего алкоголика в том, что в его поведении нет ничего страшного и такого уж его судьба, что среди них он станет новым человеком. Наоборот, они пытаются уничтожить последние иллюзии и говорят: «Посмотри на нас. Вот он начал пить в четырнадцать лет и три раза сидел в тюрьме, а этот поменял двадцать мест работы, и жена не только оставила его, но и покончила с собой». Таким образом, алкоголику возвращается чувство реальности, уничтожаются последние иллюзии, но и вселяется надежда, что, даже будучи падшим человеком, что-то можно изменить, если признать себя неизлечимым больным. АА не навязывают свою помощь, алкоголик должен прийти сам и попросить помощи. Чтобы это произошло, необходимо достичь предела падения, который у каждого различен, оказаться в кризисе, когда становится понятно, что проблема внутри, что ты стал рабом алкоголя и без посторонней помощи не выкарабкаться. АА готовы помочь в любом случае, независимо от глубины падения.

Очень важный терапевтический фактор программы АА – требование к новичку больше говорить о себе, особенно о том, какой он плохой.

Такое обнажение позволяет ему выразить чувство вины, высказать накопившееся годами, о чем не осмеливался говорить и в чем боялся признаться даже самому себе. Здесь существенен не столько факт возможности высказаться, сколько отсутствие попыток осуждения; ведь никто не стремится казаться лучше. Это дает огромную уверенность в своих друзьях по несчастью.

Очень важный пункт программы АА – возврат к вере в Бога, «насколько я Его понимаю». Это помогает избавиться от самой глубокой тревожности. Программа АА позволяет также возобновить

межличностные контакты, которые в бывшей жизни алкоголика обычно бессодержательны и однообразны. Часто трудно объяснить, почему присоединившиеся к АА перестают употреблять алкоголь. Полагают, что это происходит по причине идентификации с себе подобными. Признавая в других те же самые проблемы, легче вести себя сходным образом, а также глубже заглянуть в себя. В эффективности АА существенно обстоятельство, что член АА остается непьющим, пока помогает другим, прилагает усилия ради других. Укрепляя других, вновь прибывших, он сам набирается сил.

Литература:

1. *Руководство по наркологии под редакцией Н.Н.Иванца. – Т. 2*
2. *Р.Кочюнас. Основы психологического консультирования*
3. *В.Т.Кондрашенко, Д.И.Донской, С.А.Игуменов. Общая психотерапия*
4. *А.Ю.Егоров Возрастная наркология*

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ КОРРЕКЦИИ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ПМСП

Р.Абзалова

г. Астана

В последнее время доминирующим фактором девиантного поведения является системный кризис государства и общества. Свое выражение он получил в виде достаточно высокого уровня социальной напряженности в правовом нигилизме граждан, снижение культурного уровня, снижение психологического здоровья нации из-за невозможности отдельных слоев населения адаптироваться к низкому уровню жизни и социальным изменениям.

В связи с этим данная проблема особенно актуальна для растущих людей - подростков, отклоняющееся поведение которых нередко служит средством самоутверждения, выражением протеста против реальной или кажущейся несправедливости взрослых.

По своей направленности девиантное поведение может быть направлено на себя (например, суицидальные действия, наркомания, токсикомания, алкоголизация и т.п.), на других людей (неустановленные взаимоотношения), на частную и государственную собственность и т.п.

Девиантное поведение может быть более или менее осознанным; иметь различные (негативные или положительные) последствия; совершаться произвольно или импульсивно, спонтанно; иметь систематический или эпизодический, добровольный или принудительный характер.

Одним из наиболее распространенных видов девиантного поведения является суицидальное.

А.Г.Абрумова и соавторы обследовали 770 детей, подростков и юношей с суицидальным поведением; показали, что в допубертатном возрасте (до 13 лет) попытку самоубийства совершили 14,4%, в пубертатном (13-16 лет) - 51,8% и постпубертатном (17-18 лет) - 33,8%. Самыми молодыми из суицидентов были дети 7 лет. Большинство в группе обследованных составили девочки (80,8%). Наиболее частыми способами покушений и суицидальных попыток у девочек были отравления, у мальчиков - порезы вен и повешение. У 5% девочек, совершивших попытку самоубийства в возрасте старше 13 лет, была обнаружена беременность.

Большинство авторов отмечает, что суицидальное поведение у детей в возрасте до 13 лет явление относительно редкое, с 14-15 летнего возраста суицидальная активность резко возрастает, достигая максимума в 16-19 лет.

А.А.Султанов, изучая причины суицидального поведения у практически здоровых подростков и юношей, выделил три основные группы факторов:

1) дезадаптация, связанная с нарушением социализации, когда место молодого человека в социальной структуре не соответствует уровню его притязаний;

2) конфликты с семьей, чаще всего обусловленные неприятием системы ценностей старшего поколения;

3) алкоголизация и наркотизация как почва возникновения суицидальной ситуации и предпосылка для быстрой ее реализации.

Вместе с тем многообразие теоретических подходов к определению основных факторов и психологических механизмов отклоняющегося поведения не улучшает сложившуюся ситуацию без объективной разработки таких вопросов, как диагностика причин девиантного поведения, а также оказание психотерапевтической помощи, психологической коррекции профилактики девиантного поведения личности и формирование навыка межличностного взаимодействия с созависимыми.

Для решения этих задач нами в Модельной семейной врачебной амбулатории «Демеу» создан клуб «Эврика», объединяющий подростков с девиантным поведением.

Цель клуба состоит в формировании у лиц с девиантным поведением и созависимых способности к самоуправлению собственным поведением, его изменению в зависимости от смены ситуаций, обучение разумному планированию жизненных целей и поддержанию активности в их достижении.

Задачи клуба:

1. Отобрать контингент подростков с особенностями личностных расстройств (девиантное поведение), а также созависимых лиц;

2. Обучить подростков - девиантов новым адаптивным способам поведения; формирование, адекватно возрасту, уровня зрелости эмоционально-волевой и познавательной сфер личности;

3. Содействовать личностному росту и саморазвитию. Формирование способности к самоуправлению собственным поведением, его изменению в зависимости от смены ситуаций, разумному планированию жизненных целей и поддержанию активности в их достижении;

4. Обеспечить психологической поддержкой девиантов при выборе жизненного пути и избрании профессиональной карьеры, в том числе профессиональной адаптации;

Для решения задач проводятся социально-психологические тренинги (три ступени) с использованием следующих методов:

а) *завершение личностной идентификации*

- гештальт-терапия;
- групповая психокоррекция;
- трансактный анализ;
- телесно-ориентированная психокоррекция;
- проработка Я-ролей в СПТ;

б) *формирование навыков ответственного выбора;*

- групповая психокоррекция;
 - логотерапия;
 - экзистенциальная психотерапия;
 - ситуационно-ролевой СПТ;
- в) *формирование внутреннего локуса контроля*
- групповая психокоррекция;
 - психодрама;
 - гештальт-терапия;
 - трансактный анализ;
- г) *формирование позитивного жизненного сценария*

сценария

- сценарный анализ;
- логотерапия;
- экзистенциальная психокоррекция;
- специальные психодраматические техники;
- групповая психокоррекция;

д) *расширение доступа к глубинным ресурсам*

- специальные техники достижения ресурсных состояний;

Для осуществления деятельности организованы следующие мероприятия по вовлечению суицидальных и созависимых лиц:

Первый этап: Отбор контингента

- информация в СМИ;

Литература:

1. Алферов Ю.А. Пенитенциарная социология. – М.; Домодедово, 1994
2. Брагина Н.Н., Доброходова Т.А. Функциональные асимметрии человека. – М., 1981
3. Вейнегер О. Пол и характер – М., Азбука, 2000
4. Черновиков Е.В. Эскапизм инфантов. Социально-медицинские аспекты / Школьное обозрение. – 2001 - № 6
5. Antononsy A. Health, stress, and coping. – San-Francisko: Jossey - Bass, 2000. – 255 p.

- сотрудничество с отделениями токсикологии больниц города Астаны, наркодиспансером, СВА г. Астаны, детским приемником распределителем г. Астаны, правоохранительными органами, школами города;

- аналитико-статистический отчет городского департамента здравоохранения и департамента образования: отдел опеки и попечительства;

- привлечение волонтеров (студенты психологического факультета университетов города);

Второй этап: Обучение

- **1 ступень.** Социально-психологический тренинг (СПТ) «Целеполагание и личностное самоопределение по проблеме коррекции девиантного поведения»;

- **2 ступень.** СПТ для созависимых лиц «Развитие поведенческой и коммуникативной гибкости»;

Третий этап: Мониторинг, поддержка и оценка

3 ступень. Через три месяца.

- совместный мониторинг и оценка СПТ «Партнерское общение»;

- организовать и систематически осуществлять тестирование перед началом тренинга, во время его проведения, и после его завершения;

- привлечение социальных работников СВА г. Астаны, врачей подростковых кабинетов;

Выводы:

- результаты работы клуба «Эврика» дают делать вывод, что работа с подростками с девиантным поведением может проводиться в условиях ПМСП.

- деятельность клуба «Эврика» требует дальнейшего мониторинга оценки.

БИОЛОГИЧЕСКИЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ В ГЕНЕЗЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ

Н.М.Бекенова

г. Павлодар

Проблема поведенческих расстройств, то есть антисоциальное поведение, исключительно актуально в подростковом возрасте ввиду психологической несформированности и социальной незрелости личности. В зависимости от географических,

этнических и экономических факторов, антисоциальное поведение проявляется у 5-15% подростков. Среди причин, обуславливающих поведенческие расстройства, есть биологические, психологические и социальные основы [1].

Биологические основы

К биологическим причинам относятся генетические, связанные с полом, органические и нейропсихологические предрасполагающие факторы. О генетических влияниях свидетельствуют изучения приёмных детей. У приёмных детей, воспитавшихся нормальными родителями, уровень расстройства достоверно выше при наличии соответствующей патологии у их биологических родителей, в особенности отца (в т.ч. в отсутствии алкоголизма).

Агрессивно-деструктивному поведению сопутствуют нейроэндокринные отклонения (нарушения метаболизма серотонина и моноаминоксидазы, у мальчиков – повышение уровня андростендиола и тестостерона), этиологическая роль которых неизвестна [2, 3].

По данным ряда исследователей [4, 5, 6] признаки органической недостаточности ЦНС диагностируются у подростков с асоциальными формами поведения в пределах от 28 до 84%. Частота аномалий развития нервной системы у детей и подростков с выраженными трудностями поведения подтверждается и отягощённостью энурезом, нарушениями формирования речевой функции, неврологическими знаками [7]. Стойкая школьная неуспеваемость, возникающая у таких подростков с начала обучения в массовой школе, явления педагогической запущенности становятся причиной затяжной психотравмирующей ситуации, сопровождающейся отрицательным отношением к учёбе и школьному коллективу, реакциями протеста, поисками авторитетов и самоутверждениями в асоциальной среде и нерегламентированных формах поведения. В поведенческих расстройствах этих подростков часто играют роль и аффективно-волевые расстройства, связанные с недостаточностью нервной системы.

Высокая частота встречаемости поведенческих расстройств отмечается у лиц с психопатоподобным синдромом посттравматического генеза [8]. Среди клинических проявлений в этих случаях доминирует склонность к аффективным вспышкам и истероидным реакциям при действии даже незначительного по интенсивности раздражителя. Структура психопатоподобного синдрома посттравматического генеза у подростков отлична от таковой у взрослых: это нецеребрастенический, а астено-гипердинамический синдром. Поведение подростков характеризуется чрезмерной активностью, беспокойством, раздражительностью, агрессивностью и конфликтностью [9].

В зарубежных публикациях основная роль в генезе поведенческих расстройств отводится синдрому гиперактивности в рамках минимальной мозговой дисфункции [10, 11], частота встречаемости которого в подростковом возрасте составляет 4-22% с превалированием среди мальчиков [12, 13, 14].

Многие авторы подчёркивают, что клиническое и клинико-эпидемиологическое изучение проблемы поведенческих расстройств может плодотворно осуществляться лишь на основе чётких методологических позиций, в первую очередь с учётом диалектического единства и взаимодействия социальных и биологических основ в генезе этих форм психической патологии [15, 16].

Из изложенного вытекает, что наиболее выраженные поведенческие расстройства отмечаются при сочетании всех перечисленных основ: биологических, психологических и социальных [17, 18]. По оценке каждого из основ высказываются разноречивые мнения. Так, по мнению И.Стрэкинару (1969), на формирование противоправного поведения у подростков в первую очередь влияют неблагоприятные социальные воздействия (55% случаев), затем органическое поражение головного мозга (30%) и, наконец, генетический фактор [3]. В.Я.Семке (1982) более приемлемой считает такую комбинацию патогенных факторов, где на первом месте стоят биологические, психологические и затем социальные основы [19]. Вместе с тем, точка зрения ряда зарубежных учёных [20, 21] заключается в том, что они рассматривают правонарушения как социальные явления, которые не могут быть объяснены с преимущественно биологических позиций. Благоприятной почвой для возникновения психогенного развития личности является преморбидно изменённая психика в виде акцентуаций характера и резидуально-органической недостаточности [12, 22].

Наряду с генетическими и органическими причинами проявляются нейропсихологические дисфункции: нарушения памяти, внимания, способность к абстрагированию, прогнозированию, концентрации и последовательности мышления. Нередко наблюдаются специфические расстройства чтения, письма и счёта. Известно, например [6], что у правонарушителей чаще встречаются расстройства чтения и письма. В американских исследованиях распространённость специфических нарушений развития у подростков составляет 25-26%, тогда как у нормальной популяции она составляет от 7 до 10% [23].

Несмотря на значительное число публикаций, недостаточно чётко в литературе определен удельный вес биологических основ в генезе поведенческих расстройств.

Психологические основы

К психологическим основам относятся когнитивные искажения и дисфункциональное мышление. По сравнению с подростками, имеющими низкий потенциал агрессивности, агрессивные мальчики: 1) видят причины своих социальных проблем во враждебном отношении окружающих; 2) реже и притом менее удачно находят пути к разрешению конфликтов; 3) менее реально оценивают последствия асоциального поведения [24].

А.Е.Личко (1977, 1983, 1985) выделены и описаны 11 типов акцентуации характера у подростков, подробно освещены особенности личностных реакций. Раскрыты наиболее уязвимые стороны каждого типа [25, 26, 27, 28]. Отмечено, что акцентуации характера могут быть лишь почвой, преморбидным фоном, предрасполагающим фактором для развития психогенных расстройств (острых аффективных и патохарактерологических реакций, психопатических развитий). В этих случаях от типа акцентуаций характера зависит как избирательная чувствительность к психогенным факторам определённого рода, так и особенности клинической картины (акцентуации характера как патопластический фактор). Исследования последних лет позволили выявить определённую зависимость между ситуационно-личностными реакциями и поведенческими расстройствами, с одной стороны, и типами акцентуаций характера – с другой [27, 28]. Правонарушения наиболее распространены среди подростков с эпилептоидными, эксплозивными, неустойчивыми, гипертимными и истероидными чертами характера, редко наблюдаются у шизоидов, при эмоционально-лабильном типе, и практически отсутствуют у психастеников, астеников и подростков с сенситивным типом. Бродяжничество – частое явление у эпилептоидов и гипертимов, несколько реже отмечается у подростков с шизоидными, истероидными чертами характера и совсем редко у лиц с психастеническими, астеническими, сенситивными и эмоционально-лабильными чертами.

Так, пьянство и употребление наркотиков достаточно часто встречаются при гипертимном и неустойчивом типах, реже при эпилептоидном, истероидном, редко при психастеническом и эмоционально-лабильном и почти не встречаются при шизоидном, сенситивном и астеническом типах акцентуаций характера. Среди поведенческих расстройств подростков мужского пола, по данным А.А.Вдовиченко, процент акцентуаций оказался почти тот же, что и в общей популяции того же возраста (66%), однако среди них чаще встречались неустойчивый, эпилептоидный, истероидный типы [29]. Группа подростков с криминальным поведением, по данным Л.О.Михайловой, отличалась более высоким процентом акцентуаций (87%) и чаще, чем в популяции, встречался не только эпилептоидный, но и шизоидный тип [30]. А.Н.Моховиков на основании данных анализа контингента спецшколы для трудновоспитуемых (1986) приводит аналогичные данные (87,6%) [31]. В группе несовершеннолетних нарушителей, обследованных В.Ф.Десятниковым и соавт. (1981), преобладали лица с эпилептоидной (25%), шизоидной (18%) и гипертимной (15,6%) акцентуациями характера [32].

В работах зарубежных авторов описываются различные, часто противоположные «личностные

расстройства», лежащие в основе антисоциальные форм поведения. Многие авторы [33, 34, 35] рассматривают личностные дисфункции, «личностные трудности», «личностные расстройства», не всегда отграничивая их от акцентуации характера, ведущих лишь к периодической социальной дисфункции. Так, сильная связь отмечается между антисоциальностью личности и склонностью к театрализованности поведения [36]. Вместе с тем, Н.Е.Hollander (1985) отметил, что у подростков, находящихся в заключении, в 34% случаев выявлены шизоидные, параноидные и пограничные расстройства личности [37].

Остается до конца неясным вопрос, когда и почему рассмотренные особенности личности превышают «порог допустимого», вызывая поведенческие расстройства. Следует отметить, что психологические трудности в той или иной степени присущи каждому человеку. Но в силу определенных причин (например, системы личностных смыслов) в одном случае личные проблемы стимулируют человека к позитивной активности (творчеству, достижениям), а в другом случае они провоцируют поведенческие расстройства.

Социальные основы

К социальным основам, играющим значительную роль в генезе поведенческих расстройств у подростков, относят неблагоприятные условия окружения и воспитания. Многочисленные исследователи [38, 39, 40] едины в оценке структуры и характера семьи как существенных факторов, вносящих вклад в подростковую психопатологию. Несмотря на изменения в общемировых тенденциях в социальном развитии, семья остаётся наиважнейшим фактором социализации ребёнка.

Описаны наиболее характерные типы неправильного воспитания. К их числу относятся: воспитание по типу «кумира семьи», гиперопека, безнадзорность, «золушка», «ежовые рукавицы» [15, 41]. Выделены наиболее значимые факторы микросреды в генезе поведенческих расстройств: ранняя потеря матери, алкоголизм отца, алкоголизм матери и её аморальное поведение, потеря отца, конфликтная ситуация в семье и связанные с предыдущими факторами безнадзорность и гипоопека, педагогическая и социальная запущенность [12, 42].

В.Я.Семке с сотрудниками (1982) при проведении клинико-динамического и социально-психологического обследования 386 детей и подростков мужского пола в возрасте 10-16 лет, обучавшихся в специальной школе для несовершеннолетних правонарушителей и 156 учащихся школ, состоявших на учёте в инспекции по делам несовершеннолетних, установили, что почти половина обследованных (48,15%) воспитывалась в условиях неполной семьи (отсутствие одного или обоих родителей, наличие в семье отчима, мачехи и пр.), а также в

атмосфере постоянных семейных скандалов и конфликтных отношений (50,55%). Нормальные условия воспитания встречались значительно реже (3,32%), чем у неправильного воспитания чаще всего обнаруживались гипопека и безнадзорность (38,6% и 30,26%, соответственно). Ситуация «кумир семьи» встречалась с частотой 9,78%, «золушка» и смешанные варианты дефектов воспитания – 2,95% и 15,13%. Характерно, что в большинстве обследованных семей (76,75%) материально-бытовые условия были благоприятными. Из этого исследования следует вывод, что появление поведенческих расстройств у подростков зависело не столько от материального благосостояния, сколько от отрицательного микроклимата в семье [19].

Зарубежные исследователи, приводя сходные факты, придают решающее значение в генезе поведенческих расстройств социально-психологическим факторам, наиболее важным из которых являются безнадзорность, перенаселенность, неправильное воспитание, неполная семья, девиантное поведение родителей [43, 44]. Особенно сильно влияет на развитие заболевания одновременное наличие нескольких психотравмирующих факторов [44].

Однако особенности поведенческих расстройств и динамика, клиника нервно-психических нарушений у этих подростков описаны в относительно небольшом количестве работ и отличается трудно сопоставимым полиморфизмом расстройств, точки зрения нередко диаметрально противоположны [45, 46].

Литература:

1. Попов Ю.В., Вид В.Д. Клиническая психиатрия. - С-Петербург – 1996. - С. 360
2. Ван Гоозен С.Г.М., Маттис В., Ван Энгеланд Х. Антисоциальные поведение детей: нейробиологический подход // Соц. и клин. психиатрия. – 2001. – 11. - № 1. – С. 55-60
3. Eaves Lindon, Rutter Michael, Silberg Judy L., Shillady Lucinda, Maes Hermine, Pickles Andrew.: Генетические и внешнесредовые причины ковариаций в заключениях вопросника о поведенческих расстройствах у близнецов в детском и подростковом [возрастax]. *Genetic and environmental causes of covariation in interview assessments of disruptive behavior in child and adolescent twins* // *Behav. Genet.* – 2000. – 30, № 4. – С. 321-334
4. Аксентьев С.Б., Артемчук А.Ф., Болотова З.Н. К вопросу о возможностях и путях компенсации состояний дезадаптации у подростков // Клинические, социальные и биологические аспекты компенсации и адаптации при нервно-психических заболеваниях / Под ред. проф. С.Ф.Семёнова. – М., 1979. - С. 111-116
5. Буторина И.Е. Патологический пубертатный криз и особенности школьной дезадаптации // Актуальные вопросы невропатологии и психиатрии детского возраста; Тез.докл.- Ташкент, 1984. - С. 156-157
6. Clements J. Подростки с тяжелыми трудностями обучения – применение побуждающего поведения. *Teenagers with severe learning difficulties – management of challenging behaviors* // *Curr. Paediat.* – 2001. – 11, № 1. - С. 14-18
7. Драпова О.Е., Полецкий В.М., Кузнецова Г.В. Неврозоподобные расстройства в структуре девиантного поведения у подростков // Патологические формы девиантного поведения у подростков (психиатрические и наркологические аспекты). – М., 1989. - С. 23-25
8. Буртянский Д.Л. Клинические варианты психических нарушений непсихотического характера при закрытых черепно-мозговых травмах и вопросы их психотерапии//УП съезд невропатологов и психиатров УССР; Тез.докл. – Винница, 1984.- Ч. 2. – С. 10-11
9. Психоневрологические синдромы у детей, перенесших черепно-мозговую травму // 8 Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров: Тез.докл.- М., 1988. - Т. 1. - С. 235-237
10. Felthous A.R., Kellert S.R. Childhood cruelty to animals and later aggression against people: a review // *Amer. J. Psychiatry.* – 1987. – Vol. 144, N 6. – P710-717
11. Lambert N.M. Temperament problems of hyperactive children // *Amer. J. Orthopsychiatr.* 1982. – Vol. 52. - N 3. – P. 458-467
12. Оруджев Н.Я. Адаптация детей и подростков, злоупотребляющих алкоголем // Соц. и клин. психиатрия. – 2001. – 11, № 4. – С. 26-30
13. Chung Tammy, Martin Christopher S., Winter ken C., Langenbucher James W. Оценка толерантности к алкоголю у подростков. *Assessment of alcohol tolerance in adolescence* // *J. Stud. Alcohol*, 2001. – 62, № 5. – С. 687-695
14. Касимова Л.Н. Психопатологические синдромы детского возраста: Учебно-методическое пособие // Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2002. – С. 46
15. Ковалёв В.В. О взаимоотношении биологического и социального в психиатрии // Методологические вопросы психиатрии.- М., 1981. - С. 5-11
16. Сюсюкало О.Д., Кашикова А.А., Большаков А.Г. О соотношениях биологических и социальных факторов в генезе некоторых форм девиантного поведения у детей и подростков // Биологические и социальные аспекты клиники и патогенеза психических заболеваний. – М., 1986. - С. 130-134
17. Козырева И.С., Разенкова М.Н., Руднева И.А. Особенности психопатоподобного синдрома у подростков с резидуальной патологией ЦНС // 7 съезд невропатол. и психиатр. УССР: Тез. докл. – Винница, 1984. – Ч. 2 – С. 175

-
-
18. Стаценко А.Н. Агрессивное поведение подростков и его особенности при пограничных психических заболеваниях // Журн. невропатол. и психиатр, 1988.- № 4. – С. 82-86
 19. Семке В.Я., Авдеенко А.А., Бабушкина Л.У. К проблеме клинико-патогенетического анализа и коррекции нарушений поведения у подростков // Журн. невропатол. и психиатр, 1982. - № 10. – С. 1517-1523
 20. Морозов Г.В. Роль социальных и биологических факторов в генезе психических расстройств // Этико-психологические проблемы медицины. – М., 1978
 21. Федосеев П.Н. Проблемы социального и биологического в философии и социологии // Биологическое и социальное в развитии человека. – М., 1977. – С. 15
 22. Осетров А.С. Роль психогенных факторов в клинической манифестации последствий черепно-мозговых травм. – М., 1985, 14 с.
 23. Keilitz, J., Zaremba B.A., Broder P.K. The link between learning disabilities and juvenile delinquency: some issues and answers. *Learning Disability Quarterly* Vol. 2 (2), 2-11, 1979
 24. Иванов Н.Я., Озерецковский С.Д. О структуре психопатий и акцентуации характера среди подростков мужского пола // 4 Всероссийская конф. по неврологии и психиатрии детского возраста. – г. Ставрополь, 1978. – С. 145-147
 25. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – Л.: Медицина, 1977
 26. Личко А.Е. Акцентуации характера у подростков как причина школьной дезадаптации // Актуальные вопросы невропатологии и психиатрии детского возраста: Тез. докл. – Ташкент, 1980. – С. 181-183
 27. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – Л., 1983. – С. 256
 28. Личко А.Е. Подростковая психология: (Руководство для врачей). – Л.: Медицина, 1985. – С. 416
 29. Вдовиченко А.А. О типах акцентуации характера у девиантных подростков // Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии. – Л., 1976. – С. 23-24
 30. Михайлова Н.А. О типах акцентуации характера у девиантных подростков // Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии. – Л., 1976
 31. Моховиков А.Н. К вопросу о женском хроническом алкоголизме и алкогольной эмбриопатии потомства: Дис. Канд. Мед.наук. – Одесса, 1986, 206 с.
 32. August G.L., Stewart M.A., Holmes C.S. A four-year follow-up of hyperactive boys and with and without conduct disorder // *Brit.J.Psychiatr*, 1983. – Vol. 143, August. – P. 192-198
 33. Bettschart W. Les troubles du comportement chez l'enfant et l'adolescent // *Ther. Umsch.* – 1981. – Vol. 38. – N 4. – P.303-307
 34. Gyrer P. Personality difficulties and disorders // *Med. Int.*, 1987. – Vol. 2. – N 45. – P. 1835-1840
 35. Jolombek H., Marton P., Stein B. Personality dysfunction and behavioral disturbance in early adolescence // *J.Amer.Acad. Child. Psychiatry*, 1986. – Vol. 25. – N 5. – P. 697-703
 36. Lilienfeld S.O., Van Valkenburg Ch., Larntz K. The relationship of histrionic personality disorder to antisocial personality and somatization disorders // *Psychopharmacology*. – 1996. Vol. 90. – N 1. – P. 718-722
 37. Hollander H.E., Turner F.D. Characteristics of incarcerated delinquents: Relationship between development disorders, environmental and family factors and patterns of offense and recidivism // *J.Amer. Acad. Child. Psychiatry*, 1985. – Vol. 24. – N 2. – P. 221-226
 38. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. – М., 1959. – Т. 2. – С. 406
 39. Баранов А.А., Кучма В.Р. Современный подросток: Материалы Всероссийской конференции с международным участием, Москва, 4-5 дек., 2001. – М.: Изд-во НЦЗД РАМН, 2001. – С. 367
 40. Рацюте-Бутинавичене С. Психическое здоровье школьников и некоторые семейно-бытовые факторы // Условия формирования и пути предупреждения неврозов и аномалий личности / Под ред. Г.К.Ушакова и Б.Д.Петракова. – М., 1972. – С. 87-93
 41. Кербиков О.В. Избранные труды. – М., 1971. – С.163-222
 42. Гатауллин М.М., Дезорцев В.В., Савельева М.Я. О значении некоторых биологических и микросредовых факторов в генезе делинквентного поведения детей и подростков // Эпидемиологические исследования в неврологии и психиатрии; Тез.докл. Пленума правления об-ва невропатол. и психиатр, г. Челябинск, 7-9 дек. 1982. – М., 1982. – Т. 2. – С. 128-130
 43. Stabenau J.R. Implications of family history of alcoholism, antisocial personality and sex difference in alcohol dependence // *Amer.J.Psychiatr*, 1984. – Vol. 141. – N 10. – P. 1178-1182
 44. Steinberg D. Adolescent psychiatry // *Medicine*, 1983. – Vol. 34. – N 1. – P. 1599-1602
 45. Ракишева А.С. Комплексное изучение образа жизни и здоровья подростков с социально-девиантным поведением // Педиатрия и детская хирургия Казахстана, 2002. – № 2. – С. 51-54
 46. Илешева Р.Г. Нарушения поведения у детей и подростков. – Алма-Ата, 1990. – С. 160
-
-

«ЭКСТРЕМАЛЬНОЕ СУЩЕСТВОВАНИЕ» В СЕМЬЕ: ПРЕСТУПНИК И ЖЕРТВА

Т.В.Ермолаева

Проблема преступности появилась не сегодня. Ее возраст можно сравнить с возрастом человечества. И если на протяжении длительного времени основное внимание при рассмотрении преступлений уделялось личности преступника, то относительно недавно криминологов (начиная с работы Эдвина Сатерленда “Криминология”, 1924) заинтересовала личность второй стороны преступления – жертвы.

Положение о том, что убийцы и жертва являются как бы двумя сторонами одной “медали”, сегодня не звучит как нечто новое и непонятное.

Если говорить о жертвах насильственных преступлений, то “... далеко не всегда жертва случайна. Очень часто ее связывают с преступником прочные невидимые нити, причем, как ни странно, и тогда, когда они едва знакомы. Неразрывность пары “убийца – убитый” тоже имеет свои причины, совершенно неочевидные. По большей части жертвы ни в чем не виноваты, если вообще позволительно говорить о какой-либо вине убитого человека. Тем более, крайне любопытны случаи, когда жертва как замороженная стремится к собственной гибели, хотя и не отдаст себе в этом отчета” [1, с. 5].

Это утверждение натолкнуло нас на мысль посмотреть на фигуру преступника сквозь призму жертвы, т.е. найти, что же общего между жертвой и преступником, каковы те невидимые нити, о которых говорит Ю.Антонян.

Если говорить о преступниках, более точно - о насильственных серийных преступниках, то в основе их поведения, по мнению отечественных исследователей Ю.Антоняна [1, 2], В.Васильева [3], лежит ярко выраженный неосознаваемый страх смерти, вызванный ранним отчуждением ребенка родителями.

Если мы проанализируем биографические данные серийных сексуальных убийц [1, 2, 6, 7], то убедимся, что у них были либо неполные семьи (например, одна мать у А.Чикатило), либо неблагополучная семья – пьющий, избивающий за лю-

бую провинность отец (Ю.Цюман), либо псевдоблагополучная семья, в которой ребенок лишь инструмент для самоутверждения родителей (С.Головкин), либо эта семья практически отсутствует (А.Оноприенко).

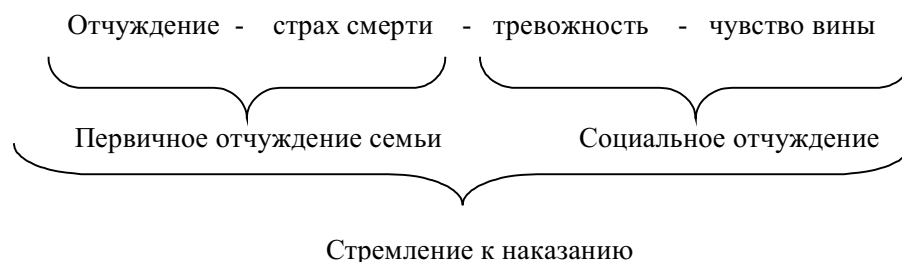
Изучение личности совершивших убийства выявляет у них сильную психологическую зависимость от другого лица. Убийцы в целом относятся к той категории людей, для которых свободная и самостоятельная адаптация к жизни – всегда трудная проблема.

Указанная особенность формируется в очень раннем возрасте как результат позиции, которую занимает ребенок в семье. Суть позиции – отвержение, неприятие ребенка родителями, прежде всего, матерью. Это означает определенное отношение матери к ребенку, когда она либо не может, либо не хочет, либо не умеет своевременно и полно удовлетворить его потребности, в первую очередь, естественные (в пище, тепле, чистоте). В результате ребенок оказывается в ситуации, если можно так сказать, хронического дефицита, постоянного неудовлетворения потребностей и постоянно зависит от матери, потому что только она могла бы их удовлетворить.

Ребенок живет как бы на предельном уровне: никогда не испытывает полной безопасности и удовлетворения своих потребностей, но не доходит до стадии полного лишения этих жизненно важных условий. Васильев В.Л.[3] называет такое положение “ситуацией экстремальности существования”, которая несет в себе потенциальную смертельную угрозу.

“Ситуация экстремальности существования” порождает повышенную личностную тревожность, приводящую к социальной дезадаптации, и неосознаваемое чувство вины (нереализованные возможности и невозможность слияния с другим человеком).

Схематично это можно было бы изобразить следующим образом:



Первые три компонента нашей схемы приводят к формированию заниженной самооценки, нарушению социальной адаптации и, как следствие, социальному отчуждению.

Именно на этом этапе (первичного отчуждения), на наш взгляд, формируется и внешний локус контроля, склонность приписывать ответственность за результаты своей деятельности внешним силам, обстоятельствам, другим людям.

Вторичное, социальное отчуждение является результатом стремления ребенка к гипертрофированной независимости, либо вовлечению во всевозможные, случайные компании и группы. Человек оказывается постоянно вовлеченным в непредсказуемые, неопределенные ситуации, когда требуются повышенные способности к адаптации. Но, способность приспосабливаться к изменяющимся условиям у таких людей ограничена. Достаточно быстро обнаруживается их неадекватность ситуации, возникает конфликт, в котором человек явно или скрыто отвергается: от прямого изгнания, до насмешки.

Социальное отчуждение порождает стремление к самоутверждению любой ценой, любыми способами. Наиболее “простым” оказывается способ избавления от психотравмирующих ситуаций, посредством устранения тех, кто, по мнению убийцы, виновен в этом.

Четвертый элемент нашей схемы – чувство вины.

Проведя сравнительный анализ подходов к воспитанию ребенка, бытующих в различных культурах М.Мид, пришла к выводу, что чувство вины является одним из базовых условий выживания человека как вида: “...чувство вины-повинности является неизбежным следствием жизни и смерти, как таковых...это... переживание глубинной вины, которое реактивируется у индивида, когда он, по какой-либо причине, не может развернуться в полный рост, состояться как представитель своего пола, реализовать свои врожденные таланты и способности» [5, с. 381].

Кэррол Э. Изард считает, что “специфическая функция эмоции вины заключается в том, что она стимулирует человека исправить ситуацию, восстановить нормальный ход вещей” [5, с.380].

Однако, как и большинство исследователей этого вопроса, Изард считает, что “для того чтобы ребенок мог испытывать чувство вины, он должен научиться понимать, что его поступки могут причинить вред другим людям”. Т.е. чувство вины является полностью осознаваемым чувством, пере-

живание которого связано с пониманием причинения вреда другим людям.

Убийцы, по результатам исследований Ю.Антоняна [1, 2], не испытывают чувства вины по отношению к своим жертвам. Тогда, о каком же чувстве вины мы говорим? О неосознаваемом чувстве вины за свою ненужность, нереализованность, неодинаковость. Наиболее близкий и знакомый способ избавиться от дискомфорта ненужности – привлечь к себе внимание родителей. Родительское же внимание чаще всего привлекается в ситуации очевидной виновности, т.е. ситуации нарушения каких-либо запретов. И основным знаком внимания в таких ситуациях является последующее наказание. “Стремление возвратиться в тот период своей жизни, когда существовала тесная эмоциональная связь с родителями или одним из них, может подкрепляться бессознательной потребностью понести наказание в силу обостренного чувства вины” [1, с. 171].

Принимая во внимание то, что слова Ю.Антоняна о бессознательной потребности понести наказание относятся к жертвам насильственных преступлений, можно предположить, что именно стремление к наказанию объединяет две противоположные стороны криминальной ситуации – жертву и преступника.

Таким образом, на наш взгляд, в основе поведения серийных насильственных преступников лежит неосознаваемое стремление к наказанию, стремление к смерти как высшей мере наказания.

По данным профессора С.С.Остроумова [4], плохие взаимоотношения между родителями в семьях, где проживали подростки, ставшие преступниками, встречались в 7-8 раз чаще, чем у подростков контрольной группы (не совершивших преступления); число семей, где родители систематически пьянствовали, было больше в 3-4 раза; семей, где родители были осуждены – в 4-5 раз; наконец, низкий интеллектуальный уровень родителей подростков-преступников встречается в 3-4 раза чаще, чем в контрольной группе.

Таким образом, семья в ранний период жизни ребенка оказывает решающее влияние на формирование личности, как преступника, так и его жертвы. К факторам, непосредственно способствующим этому, можно отнести жизнь в условиях экстремального существования; отсутствие поведенческих паттернов, способствующих успешной адаптации; социальное отчуждение. Усиливая друг друга, они образуют своеобразную спираль, движение по которой приводит либо к преступному, либо к виктимному поведению.

Литература:

1. Антонян Ю.М. Психология убийства. М.: Юрист, 1997. – 304 с.
2. Антонян Ю.М. Серийные сексуальные убийства / Криминологическое и психопсихологическое исследование. М.: Щит-М, 1997. - 202 с.
3. Васильев В.Л. Юридическая психология. С.-П.: Питер, 1997. - 656 с.

4. *Вопросы профилактики и коррекции преступности в подростковом и раннем юношеском возрасте.* Днепропетровск, 1999. – 121 с.
5. *Кэррол Э. Изард Психология эмоций.* С.-П.: Питер, 1999. – 464 с.
6. *Серийные убийцы / Избранные экспертизы.* Ростов-на-Дону: Феникс, 1994. -132 с.
7. *Убийцы и маньяки / Энциклопедия преступлений и катастроф.* Мн.: Литература, 1996. - 592 с.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ НЕВРОТИЗАЦИИ И ПСИХОПАТИЗАЦИИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

С.Б.Имангазинов, И.К.Тотина

Известно, что ВИЧ-инфекция сопровождается выраженным социально-психологическим неблагополучием. Неблагоприятный прогноз заболевания, особенно на фоне наркозависимости, способствует дальнейшему ухудшению психической сферы ВИЧ-инфицированных.

С целью изучения состояния психической сферы лиц с ВИЧ-инфекцией, нами проведено исследование 50 человек, в возрасте от 15 до 35 лет. Участниками исследования были две группы. Первая группа имела ВИЧ-позитивный, вторая - ВИЧ-негативный статус (таблица 1).

Таблица 1

Распределение лиц в группах по полу и количеству

Группа	Пол	Количество испытуемых
ВИЧ-позитивные	Мужчин	19
	Женщин	6
	Всего	25
ВИЧ-негативные	Мужчин	5
	Женщин	20
	Всего	25

Применена методика определения уровня невротизации и психопатизации (УНП), разработанная Ленинградским научно-исследовательским пси-

хоневрологическим институтом им. В.М.Бехтерева (1980). Данные исследования представлены в таблице 2.

Таблица 2

Результаты исследования УНП

группа	Пол	Количество испытуемых	Оценка по шкале невротизации	Оценка по шкале психопатизации
ВИЧ-позитивные	Мужчин	19	+15,2±6,9	-14,2±2,1
	Женщин	6	+4,1±7,8	-8,01±2,7
	В целом	25	+9,7±6,8	-11,2±2,3
ВИЧ-негативные	Мужчин	5	+27,3±4,7	+2,9±1,8
	Женщин	20	+17,3±4,0	+10,9±1,8
	В целом	25	+22,1±4,3	+6,7±1,5

Анализ данных в исследуемых группах показал, что лица с ВИЧ-позитивным и ВИЧ-негативным статусом дают проявления как невротической, так и психопатоподобной симптоматики. Разница лишь в степени их выраженности.

Первая группа, имеющая ВИЧ-позитивный статус (потребители инъекционных наркотиков), показывает высокий уровень невротизации, которая проявляется в следующем: выраженная эмоциональная возбудимость, продуцирующая раз-

личные негативные переживания (тревожность, напряженность, беспокойство, растерянность, раздражительность).

Безынициативность этих лиц формирует переживания, связанные с неудовлетворенностью желаний. Их эгоцентричная личностная направленность проявляется как к склонности ипохондрической фиксации на неприятных соматических ощущениях, так и в сосредоточенности на переживаниях своих личностных недостатков. Это, в свою очередь, формирует чувство собственной неполноценности, затрудненность в общении, социальную робость и зависимость.

По шкале психопатизации отмечается высокий уровень данной симптоматики свидетельствующий о беспечности и легкомыслии, холодном отношении к людям, напористости, упрямстве в межличностных взаимодействиях. Этим лицам присуща тенденция к выходу за рамки общепринятых норм и морали, что может приводить к непредсказуемости их поступков и созданию конфликтов.

ВИЧ-негативная группа, состоящая из лиц, употребляющих наркотические вещества, показывает индивидуальные оценки, которые располагаются дальше от полюса шкал, что не дает возможности точно отнести их к существующим характеристикам (таблица 3).

Таблица 3

*Распределение лиц в контрольных группах по возрасту
(количество человек)*

Группа	Пол	Количество испытуемых	Возраст		
			До 20 лет	20-30 лет	30 лет и более
ВИЧ-позитивные	Мужчин	19	3	14	2
	Женщин	6	1	5	0
	Всего	25	4	19	2
ВИЧ-негативные	Мужчин	5	0	5	0
	Женщин	20	0	6	14
	Всего	25	0	11	14

Данные в таблице показывают, что по возрастному составу участники исследования были однотип-

ными, что позволяет проведение сравнительного анализа с учетом их социального статуса (таблица 4).

Таблица 4

Распределение лиц в контрольных группах по социальному статусу

Группа	Пол	Количество испытуемых	Работающие	Неработающие
ВИЧ-позитивные	Мужчин	19	4	15
	Женщин	6	2	4
	Всего	25	6	19
ВИЧ-негативные	Мужчин	5	5	-
	Женщин	20	20	-
	Всего	25	25	-

Согласно данным таблицы 4, наглядно прослеживается разница в социальной принадлежности исследуемых и их ВИЧ-статусе, так 100% работающих находятся в группе ВИЧ-негативных, тогда как из ВИЧ-позитивных всего 15% работающие. Следовательно, большая часть, т.е. 85% составляют неработающие и незащищенные в материальном плане слои населения.

Ярко выраженная невротическая и психопатоподобная симптоматика среди ВИЧ-позитивных ПИН еще раз подтверждает то, что это лица, не имеющие работы, а, следовательно, имеющие боль-

ше времени и возможности для употребления наркотиков, от случайного их применения до целенаправленного поиска и систематического употребления; чаще начинают это, как «экспериментальное», под влиянием микросоциального окружения, с дальнейшим нарастанием частоты приема и объема доз употребления наркотического вещества, что приводит к формированию зависимости от психоактивных веществ.

Таким образом, у ВИЧ-инфицированных лиц отмечаются грубые изменения в нервно-психической сфере, характеризующиеся выраженными

признаками невротизации и психопатизации. Последняя стимулируется отрицательными социально-бытовыми условиями жизни ВИЧ-инфицированных, нетрудоустроенностью, неустойчивостью

в обществе. В связи с чем, оказание психосоциальной поддержки имеет решающее значение в их дальнейшей жизни с позитивной протяжкой в будущее.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Ж.Д.Калиева

В современной хирургической науке и практике, благодаря существенным терапевтическим успехам за последние десятилетия, происходит постепенная, но планомерная переориентация с количественной оценки эффективности лечения на качественную. В настоящее время принципиально значимым становится не только и не столько параметр выздоровления, сколько критерий «качества жизни» (1). При этом пациенты зачастую отказываются от роли пассивно подвергающихся оперативному вмешательству и, справедливо претендуя на излечение и восстановление работоспособности, требуют также психического и психологического комфорта. Естественно, что для специалистов речь идет, в первую очередь, о профилактике и ликвидации возникающих в период госпитализации психических расстройств.

По данным разных авторов (2), психозы у пациентов после операций на различных органах встречались с частотой от 3% до 40%. Их появление осложняет течение послеоперационного периода и ухудшает результаты последующего лечения.

Среди причин послеоперационных психических нарушений следует указать, с одной стороны, на тяжесть собственно соматического заболевания, вызвавшего необходимость оперативного вмешательства, с другой - на специфические, связанные с операцией, факторы. К последним относятся: интоксикация, гипоксия мозга, обусловленные собственно соматической патологией и экстрацеребральными нарушениями кровообращения и дыхания во время операции и после неё, эмболией воздухом, эритроцитами, микроагрегатами фибринов, лейкоцитов, липидов (3). Послеоперационные психические осложнения могут быть вызваны также острой почечной недостаточностью, послеоперационными аритмиями, гипертермическим или гипоксическим ацидозом, длительной механической вентилизацией у пациентов с трахеостомой, неадекватностью капиллярного кровотока при непulse-сирующей перфузии. Помимо этого, известно много фармакологических препаратов, применение

которых повышает риск развития психотических состояний. И, наконец, существует мнение, что действие экзогенных факторов реализует уже существующую в организме предрасположенность к формированию тех или иных психопатологических состояний (2). Данные Е.А.Ефременкова, М.А.Микутенкова и С.О.Кикоть свидетельствуют, что почти любое осложнение операции или послеоперационного периода, ухудшающее соматическое состояние, резко повышает вероятность психоза.

Среди наиболее хорошо изученных послеоперационных психических нарушений значительное место занимают расстройства, возникающие у кардиохирургических больных. Исследуя особенности динамики нервно-психического состояния у пациентов с приобретенными пороками сердца в ближайшие сроки после хирургического лечения, В.В.Ковалев обнаружил существенные различия динамики выздоровления, определяющиеся наличием или отсутствием операционных и послеоперационных соматических осложнений (3). В случае отсутствия таковых динамика изменений нервно-психического состояния условно делилась на три периода: 1) астено-адинамический, с эпизодами легкого оглушения (первые 2-3 суток); 2) неврозоподобный (3-12 день после операции); 3) период обратного развития неврозоподобных нарушений, характеризующиеся индивидуально-различной продолжительностью. При достаточной эффективности операций на сердце, имеющиеся до нее астенические нарушения отличались тенденцией к постепенной ликвидации, истероформные расстройства сглаживались, ипохондрические же нарушения и психоорганический синдром, напротив, оставались без существенных изменений, а иногда даже усиливались. В случаях возникновения во время операций или в ближайшие сроки после нее соматических осложнений (расстройства кровообращения, дыхания), в послеоперационном периоде появлялись или усиливались неврозоподобные нарушения, в ряде случаев развивались преходящие псевдоорганические расстройства и психотические

состояния. Психозы после операции по поводу приобретенного порока сердца наблюдались при этом чаще, чем другие послеоперационные психические расстройства (4, 5, 6).

Основными видами психотических состояний являлись: кратковременные abortивные расстройства с тревогой, страхом смерти, нарушениями сознания, сенсорного синтеза и выраженные психозы с тенденцией к затяжному течению, имеющие определенный стереотип развития со сменой кратковременного периода преобладания нарушений сознания и затяжного депрессивно-параноидного состояния.

Было отмечено также, что при психозах после операции на сердце нередко имели место суицидальные намерения и попытки. Проводя анализ данных оперированных по поводу митрального стеноза больных, А.Т.Карюкина, Р.В.Коренева и А.И.Некрылова выявили нервно-психические нарушения у 11,5% пациентов (7). По частоте встречаемости нарушений психики этими авторами были выделены делириозные расстройства сознания, нервно-психическая астения, декомпенсация психопатических черт, глубокое расстройство сознания с резким психомоторным возбуждением.

Особенностями делирия у данной категории больных было то, что он развивался, как правило, на третий день после операции при высокой температуре на фоне пониженного АД и частых нарушений сердечного ритма. Продолжительность этого психоза составляла от 2-3 суток до 3-х недель, исчезновение психических нарушений во всех случаях шло параллельно с улучшением гемодинамики и снижением температуры до нормы.

Нервно-психическая астения (по А.Т.Карюкиной и соавт.) характеризовалась эмоциональной неустойчивостью со склонностью к депрессивному фону настроения и тревоги, ипохондричности, кошмарными сновидениями, чувством онемения конечностей и неприятными ощущениями в различных частях тела.

Среди декомпенсации психопатических черт характера преобладали истероформные особенности.

В.И.Крылов, проводя исследования психических нарушений больных с имплантированным электрокардиостимулятором, нашел психопатологические реакции на имплантацию в 25,3% наблюдений (8). К критериям отнесения личностных реакций к психопатологическому типу являлось появление комплекса реактивных психических нарушений, вызванных осознанием тяжести заболевания и его социальных психологических последствий. В 85,4% случаев у данных больных наблюдалось формирование депрессивных состояний невротического уровня, общими для которых явились следующие психопатологические признаки: 1) незначительная глубина депрессивного состояния; 2) отсутствие выраженной внешней ассоциативной за-

торможенности; 3) генерирование в мышлении депрессивных идей сверхценного или доминирующего характера; 4) нозофобическое отношение к аффективным расстройствам; 5) отсутствие стойких суицидальных тенденций. Также регистрировались тревожно-депрессивный синдром, депрессивно-ипохондрический синдром и гипонозогнозический тип реагирования, выражающийся в игнорировании тяжести заболевания, грубых нарушений врачебных предписаний. В отдаленном послеоперационном периоде было зарегистрировано патологическое развитие личности у 7,4% больных.

Исследование психических функций у пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование, показало, что у значительной части больных после операции возникают различные по характеру и степени выраженности расстройства нервной психической сферы. Данные явления могли принимать стойкий затяжной характер, что отрицательно сказывалось на реабилитации и, особенно, восстановлении трудоспособности оперированных (9, 10, 11). Результаты нейропсихологического исследования этого контингента больных в послеоперационном периоде показали достаточно выраженную симптоматику нарушений мнестических функций, центральное место среди которых занимало расстройство кратковременной памяти, проявляющееся в слухоречевой и зрительной сферах. Указанные нарушения носили, как правило, транзиторный характер и сохранялись спустя 6-12 месяцев у от 5 до 35% больных (12).

Следующим по частоте возникновения психических нарушений, возникающих в послеоперационном периоде является заболевания желудочно-кишечного тракта (13, 14).

Внимание исследователей сконцентрировалось, прежде всего, на так называемом «демпинг-синдроме» - своеобразном психопатологическом состоянии, наступающим после резекции желудка у 20 до 50% всех оперированных. Клинические проявления этого синдрома заключаются в возникновении после приема пищи, особенно сладких и молочных блюд, приступов слабости, потливости, дурноты, тремора рук, сонливости, головокружениями или зябкости в сочетании с различными диспептическими нарушениями. Тщательное изучение особенностей проявления самой демпинг-реакции и психики больных вне наступления этого состояния показало особое место нервно-психических расстройств. На основании проведенного психопатологического анализа было выделено 2 варианта течения демпинг-синдрома: 1) «эпизодическое состояние», возникающее непосредственно после приема пищи, продолжительностью до 2-3 часов, с выраженными вестибулярными психосенсорными и аффективными нарушениями; 2) «пароксизмальное состояние», возникающее обычно через 1-2 часа после кормления, продолжительнос-

тью 15-20 минут с явлениями частичной или полной потери сознания и последующей амнезией. Вне наступления демпинг-реакции также регистрировались различные психопатологические симптомы, складывающиеся из астенических, истероформных и депрессивных нарушений. Среди других психопатологических нарушений отмечались отрывочные, элементарные по содержанию зрительные и слуховые галлюцинации, возникающие чаще в просоночном состоянии или при пробуждении, частично напоминающие обманы восприятия при делирии.

Рассмотренный спектр психопатологических нарушений формировался, как правило, по соматогенно-обусловленным патогенетическим звеньям. Вместе с тем, акцент внимания исследователей в последнее время все более смещается в сторону психологических механизмов формирования психических расстройств. Наиболее глубоко психологические реакции на заболевание и произведенное оперативное вмешательство были проанализированы у контингента онкологических больных (16, 17, 18, 19, 20.) Так, исследования больных с онкологическими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, произведенные И.Ф.Бажиным и А.В.Гнездиловым показали, что в послеоперационном периоде, продолжавшемся обычно от 7 до 14 дней, происходило резкое уменьшение количества пациентов с тревожно-депрессивной симптоматикой по сравнению с предоперационным периодом. Кроме того, у ряда больных развивалось эйфорическое состояние - пациенты радовались благополучному исходу операции, избавлению от опухолей, они были многоречивыми, повышено общительными, склонными к шуткам, веселью, смеху, будущее представлялось им в чрезвычайно радужных красках. У 20,8% больных наблюдались астено-ипохондрические расстройства, выражающиеся в преувеличенных (что не соответствовало реальному состоянию) опасениях за исход послеоперационного заживления, возможностью осложнений. Эти больные сомневались, наладятся ли нарушенные оперативным вмешательством функции организма. У части больных, кроме того, отмечалась дисфорическая и апатическая симптоматика

А.Бобров, А.Нарычев, Б.Малаев и О.Романенко, исследуя психическое состояние больных, радикально оперированных по поводу злокачественных опухолей толстой кишки, обнаружили, что в послеоперационном периоде вместе с существенным улучшением общего физического состояния больных одновременно имеет место отсутствие желания больных получать полную информацию о характере сделанной операции, объеме и, главное, выяснение ее истинных мотивов, что может отражать известные анозогнозические тенденции (21). По наблюдениям В.П.Белова, за динамикой нервно-психических нарушений после лапаротомии у больных, страдающих раком желудка, было установле-

но, что в ближайшем послеоперационном периоде зачастую обнаруживается соматогенная астения, выраженность которой уменьшается в течение одной и трех недель, дальнейшая динамика нервно-психических расстройств характеризуется формированием синдрома раздражительной слабости. К этому времени может возникнуть актуализация прежних невротических симптомов, которые ранее были представлены ночными страхами, тиками, ипохондрическими опасениями и тревогами канцерофобического содержания. Эволюция синдрома раздражительной слабости в послеоперационном периоде по наблюдению этого автора происходила в 2-х направлениях: в одних случаях наблюдалось улучшение соматического состояния больных с формированием особого, «монотонного» состояния, с явлениями повышенной утомляемости, слабости и снижения работоспособности. В других случаях характерным было развитие неврозоподобных, невротических и вегетативно-сосудистых нарушений. Большое значение здесь приобретали такие симптомы, как раздражительность, мелочная обидчивость, слабодушие и сензитивность, нерешительность в практических ситуациях, непереносимость бытовых коллизий. В сознании этих больных нередко возникали также мысли о возможности рецидива опухоли, что вынуждало их внимательно прислушиваться к новым болезненным ощущениям, постепенно они утрачивали контакты с товарищами по работе, отказывались от новых знакомств, круг их деятельности ограничивался рамками общежитийских забот. В том, что касалось организации питания своевременного приема пищи и лекарств, напротив, проявлялись преувеличенная аккуратность, педантизм и непоколебимая уверенность в эффективности установленного регламента диетического лечения. Другая особенность обследованных больных состояла в том, что эмоциональная насыщенность реакций раздражения, недовольства, радости и печали и т.д. оказывалось недостаточной, ущербной, как бы лишенной энергетического заряда. Аффективные движения были несколько уплощенными, даже тусклыми. При наличии хронических и преходящих расстройств диэнцефального характера, сосудистые реакции, особенно во время аффективных переживаний, были вялыми, кратковременными, неяркими, плохо подчеркивающими фон эмоциональных движений. Следовательно, резюмирует автор, в позднем послеоперационном периоде, несмотря на различное течение нервно-психических расстройств, и в той и в другой группе больных происходило уплощение эмоциональных сосудистых реакций, обеднение интеллектуальной жизни при одновременном ограничении социальных связей и снижении психической активности.

Вызывает интерес также тот факт, что психическая реакция больных на последствия оператив-

ного вмешательства была в ряде случаев четко увязана с топографией болезненного процесса. Так, при исследовании больных со злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области и гортани (22) было установлено нарастание замкнутости нехарактерные для большинства пациентов в преморбидном периоде и обусловленные чувством «неполноценности» из-за наличия косметических и функциональных дефектов, особенно у пациентов после удаления гортани в связи с утратой звуочной речи и снижением коммуникативных возможностей. Данные исследователи указывают даже на наличие деперсонализационно-дереализационных переживаний у части больных, связываемые ими с утратой собственного голоса и появлением качественно нового, измененного.

Рассматривая психические расстройства при доброкачественной гиперплазии предстательной железы, С.Захарушкина, И.А.Абоян, С.В.Павлов нашли у 53,8% пациентов астено-субдепрессивный синдром, особенностями которого помимо утомляемости, плаксивости, отсутствия уверенности в возможности выздоровления, являлась также своеобразная закрытая реакция пациента при разговоре с врачом. Эти больные, как правило, старались скрыть свои опасения, пытались выглядеть бодрыми, и только в результате длительных и доверительных бесед удавалось раскрыть глубину их переживания. В послеоперационном периоде после радикальных онкогинекологических вмешательств имели место такие субъективно значимые факторы, как изменение сексуального статуса, косметический дефект после радикальных операций на молочной железе и символический дефект после гистерэктомии в виде невозможности в будущем иметь детей.

Учитывая, что дыхательная функция, наряду с сердечно-сосудистой, пищеварительной и сексуальной является одной из важнейших как в системе жизнедеятельности, так и для самосознания и самооценки индивида, можно ожидать, что локализация болезненного процесса и последующее оперативное вмешательство в этой области также вызовет специфические личностные реакции. Известно, что реакция дыхательного компонента на все виды деятельности организма настолько велика, что по изменениям пневмотахограммы и особенностям дыхательной функции можно безошибочно судить о характере и силе возбуждения центральной нервной системы (25). Жалобы на одышку даже при ординарной физической нагрузке, нередко в покое высказывает 76% больных в клинике невротических состояний (26). Показана чрезвычайно высокая распространенность тревожно-фобических расстройств с явлениями диспноэ у больных с хроническими обструктивными заболеваниями легких - до 80% (27).

Вместе с тем, подобных данных по контингенту больных с легочной хирургической патологией

в доступной литературы нам не встречалось. Принимая во внимание указанную специфику, следует учитывать, что рассмотрение психопатологических проявлений легочной хирургической патологии будет особенно продуктивно лишь в рамках современных теории адаптации и неврозогенеза. Так, в качестве существенных и патогенетических значимых для формирования психических нарушений рассматриваются антиципационные параметры психической деятельности пациента (24). Среди них В.Д.Менделевич выделяет: ведущие психопатологические синдромы, их структура и особенности динамики, степень и скорость компенсации психических девиаций и адаптации к новому статусу больного, подвергшемуся радикальной операции, преобладание психогенных или непсихогенных (соматогенных) психических нарушений, а также исход состояния, психическое выздоровление, адаптация, невротическое состояние, патологическое развитие личности. Особенно важным патогенетическим звеном в формировании психопатологических нарушений является, по мнению ученого, расхождение прогноза и реально происходящего, что наблюдалось при так называемом моновариантном типе вероятностного прогнозирования. При этом больные антиципируют лишь один единственный вариант будущих событий, в то время как иные возможные варианты изменения ситуации ими не анализируются. В эксперименте в условиях лимита времени это проявлялось в неспособности пациентов предложить более одного варианта решения фрустрирующей ситуации. Поливариантный тип приятностного прогнозирования, противоположный предыдущему, предполагает вероятность множества действий окружающих людей, участников конфликтов и собственных поступков. При этом, если моновариантный тип предполагает 100% фаталистическую антиципацию, то при поливариантном типе прогноз растворяется в десятках фактически маловероятных исходов ситуаций и событий. Наиболее оптимальным является так называемый нормовариантный тип вероятностного прогнозирования, характеризующейся реалистичным движением нескольких гипотез в отношении будущих событий, адекватным распределением вероятности их появления и планирования собственных действий на случай возникновения неблагоприятных и нежелательных ситуаций. Проводя клинический анализ контингента онкологических больных, В.Д.Менделевич обнаружил в качестве их преморбидных антиципационных особенностей нарушение вероятностного прогнозирования по моновариантному и поливариантному типам.

События, непосредственно связанные со здоровьем (возникновение легочного заболевания, необходимость последующей операции), становятся для пациентов психотравмирующими и характеризуются субъективной неожиданностью возникновения,

несмотря на достаточно высокую объективную вероятность их проявления, в последующем пациент оказывается в ситуации, которая характеризуется не только значимостью, но и неспрогнозированностью.

Таким образом, система психологической компенсации начинает функционировать на фоне лимита времени, на фоне аффективных феноменов, способных блокировать антиципацию, что имеет непосредственное значение в формировании ведущего психопатологического синдрома на послеоперационном этапе.

Оригинальная концепция системного подхода к анализу пограничных нервно-психических расстройств в соматической практике была предложена В.Е.Семке и А.Н.Гузовым (28). По мнению этих авторов, типичной методологической ошибкой прежних исследований является исключение из целостного комплексного рассмотрения проблемы какой-либо одной ее сторон. Авторы выделяют три уровня процесса адаптации, лежащей в основе соматического заболевания: биологический (соматический), конституционально-типологический (личностный), уровень психологической адаптации. При этом на этапе анализа выделяются пары синдромообразующих факторов, взаимодействующих друг с другом, на каждом из указанных уровней в соответствии с законом борьбы противоположностей. Так, на уровне соматической адаптации авторами был выделен соматогенный органический фактор и парный ему фактор соматические «ресурсы адаптации». Первый условно считается патогенетическим, а второй - саногенетическим. На личностном уровне такими факторами стали соответственно конституционально-типологический и фактор «внутренние ресурсы адаптации», а на уровне психологической адаптации – психосоциогенный фактор и фактор «внешние ресурсы адаптации». Соматогенно-органический фактор включает в себя не только определенное количество экзогенной вредности (являющейся следствием как самого онкологического заболевания и его лечения, так и всего предшествующего анамнеза – травм, интоксикации, тяжелых соматических заболеваний, но и

особенности общей реактивности организма производных от указанной вредности). Конституционально-патологический фактор подразумевает предротованность к реактивно личностному реагированию того или иного типа и уровня в зависимости от врожденных или приобретенных качественных (тормозимые, истерические, возбудимые и др.) и количественных (психопатия, патологическое развитие вследствие экзогенно-органической или психогенной вредности) особенностей индивидуума. Психосоциогенный фактор отражает как количественную сторону психотравмирующего воздействия данного заболевания (к ней могут быть присоединены как неожиданный момент возникновения заболевания, психотравмирующее воздействие), так и качественную его сторону, зависящую от многих причин, например косметический дефект, являющийся более значимым для молодой девушки, чем для пожилого мужчины, т.е. здесь приобретает смысл не только абсолютное психотравмирующее значение заболевания, оперативного вмешательства, но и конкретное значение его для индивидуума в зависимости от пола, возраста, семейного положения, социального статуса. Под соматическими ресурсами адаптации авторы подразумевают способность организма сохранять некий оптимальный уровень реактивности и неспецифической резистентности, позволяющий выработать компенсаторные механизмы и обеспечить тем самым новый оптимальный уровень жизнедеятельности.

Таким образом, оперативное вмешательство на различных этапах его проведения может сопровождаться целым спектром психических расстройств, зависящим как от топографии болезненного процесса, так и от ряда конституциональных, психологических и социальных особенностей индивида.

Изложенные данные свидетельствуют о необходимости тесных связей между хирургической патологией и психиатрической службами, подчеркивают их укрепление и развитие и указывают на органическое единство психиатрии с другими областями медицины.

Литература:

1. Герасименко В.Н. Актуальные вопросы психиатрии / Тез. 4 Всесоюзной конференции. - Пермь, 1988. - С.24-26
2. Ефременков Е.А., Микутенко М.А., Кикоть С.О. Послеоперационные психозы в кардиохирургии / Второй Всероссийский съезд невропатологов, психиатров: Материалы съезда. - М., 1967. - С. 7-9
3. Ковалев В.В. Психические нарушения при пороках сердца. - М., 1974
4. Aqiular M.I. Gerbade F., Hill D. Neuropatological complications of cardiac surgery. - J. Thorac. Cardiovasc.Surgery, 1971. - vol. 61. - p. 676-685
5. Blachly P.H., Kloster F.E. Relation of cardiac output to postcardiotomy delirium. - J. Thorac. Cardiovasc.Surgery, 1966. - vol. 52. - p. 422-427
6. Blachly P.H. Open-heart surgery physiological variables of mental functioning. - Int. Psych. Clin., 1967. - vol. 4. - p. 133-155
7. Карюкина А.Т., Коренева Р.В., Некрылова А.И. Психические нарушения у больных с митральным стенозом после комиссуротомии / Второй Всероссийский съезд невропатологов, психиатров: Материалы съезда. - М., 1967. - С. 213-217

-
-
8. Крылов В.И. Психические нарушения у больных с имплантированным электрокардиостимулятором // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова, 1989. - Т. 89, Вып. 2. - С. 62-66
 9. Сирель М.Я. Психологические характеристики и социально-трудовая реабилитация больных ишемической болезнью сердца, подвергающихся аортокоронарному шунтированию: Дисс. канд. мед. наук. - Л., 1988
 10. McKhann G.M. Goldsborough M.A., Borovicz L.M. et al. Cognitive outcome after coronary bypass a 1 year prospective study. *Ann Thorac surg* 1996; 63: 510-515
 11. Newman S. Smith P. Treasure T. et al. Acute neuropsychological consequences of coronary artery bypass surgery. *Curr Psychol Res Rev* 1987; 6: 115-124
 12. Малиновский Н.Н., Беляев А.А., Хомская Е.Д., Олейникова Е.Н. Анализ психических функций у пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование. *Хирургия.-2000.* - С. 17-22
 13. Гальперина Р.Е. Психические нарушения при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, возникающие в послеоперационном периоде (демпинг-с синдром) / Второй Всероссийский съезд невропатологов, психиатров: Материалы съезда. - М., 1967. - С. 325-326
 14. Гальперина Р.Е. Об особенностях формирования невротических синдромов у лиц, перенесших резекцию желудка / Второй Всероссийский съезд невропатологов, психиатров: Материалы съезда. - М., 1967. - С. 89-90
 15. Белов В.П. Динамика нервно-психических нарушений после лапаротомии больных, страдающих раком желудка / Второй Всероссийский съезд невропатологов, психиатров: Материалы съезда. - М., 1967. - С. 300-301
 16. Попова М.С. Психические нарушения у больных, оперированных по поводу злокачественного новообразования гортани. Автореф. дис. докт. - М., 1975
 17. Гнездилов А.В. В кн: Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии. - Л., 1976. - С. 34-35
 18. Герасименко В.Н., Артюшенко Ю.В. // *Клин. Мед.*, 1976. - № 5. - С. 138-139
 19. Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В. О психогенных реакциях у онкологических больных // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова, 1980. - Т. 80, Вып. 8. - С. 1198-1204
 20. Ромасенко В.А., Скворцов К.А. Нервно-психические нарушения при раке. - М.: Медицина, 1961
 21. Бобров А., Нарычев А., Малаев Б., Романенко О. К вопросу о психических нарушениях у больных, радикально оперированных по поводу злокачественных опухолей толстой кишки, и значение этих нарушений в оценке трудоспособности. *Врачебно-трудовая экспертиза при хирургических заболеваниях.* - М, 1969. - С. 106-114
 22. Черепкова Е.В., Владимиров Б.С., Бурнашов В.С., Мусинов Д.Р. Психические расстройства при злокачественных новообразованиях челюстно-лицевой области и гортани // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова, 2002, Вып. 5. - С. 58-59
 23. Захарушкина Т.С., Абоян И.А., Павлов С.В. Психическое состояние пациентов в отдаленном периоде после хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова, 2002, Вып. 12. - С. 49-50
 24. Менделевич В.Д. Пограничные психические расстройства после радикальных онкогинекологических операций (антиципационные механизмы невротогенеза): Автореферат дисс. д-ра мед. наук. - М., 1994
 25. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. - М.: Медицина, 1975, 447 с.
 26. Истаманова Г.С. Функциональные расстройства внутренних органов при неврастении. - М.: Медгиз, 1958, 262 с.
 27. Дробижев М.Ю., Овчаренко С.И., Иценко Э.Н., Батулин К.А., Вишневская О.В. Тревожно-фобические расстройства у больных с нарушениями дыхания // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова, 2001, Вып. 5. - С. 12-15
 28. Семке В.Я., Гузев А.Н. Системный подход к анализу пограничных нервно-психических расстройств в онкологической практике // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова, 1991, Вып. 5. - С. 47-52
-
-

ПРОГРАММЫ ПОМОЩИ СОТРУДНИКАМ НА ПРЕДПРИЯТИЯХ

И.О.Кириллов, Е.С.Алборова

г. Москва

Последнее десятилетие ознаменовалось беспрецедентным увеличением темпа изменений, происходящих в мире. Эти изменения существенно влияют на все области жизни отдельных людей и целых организаций. Мы сталкиваемся с ежедневно увеличивающимися требованиями растущей конкуренции, более тяжёлой загрузки и увеличения часов работы – со всем этим приходится иметь дело на личном уровне. Это непрекращающееся давление неминуемо приводит к проблемам, как индивидов, так и многих организаций. Потребность общества в получении профессиональной психотерапевтической помощи постоянно возрастает, и не только... Она заметно меняется и требует от специалистов новых форм организации работы.

Растущая занятость ведёт к тому, что большая часть времени человека проводится на работе, либо в поездках, связанных с работой. Всё труднее балансировать между карьерой и личной жизнью, уделять в равной степени внимание своему здоровью и духовному самосовершенствованию. В результате страдают супружеские и семейные отношения, появляются неприятные симптомы слабости, усталости, раздражительности. В таком состоянии человек уже не в силах успешно справляться со своими профессиональными обязанностями, производительность его труда заметно снижается, появляются проблемы на работе. Страдает сам человек. Страдает все предприятие. Психический срыв, потенциальная суицидальность, отсутствие по причине длительной болезни, «текучка кадров» – частые и совсем недешёвые проблемы для организаций.

Более чем 30-ти летний опыт работы EAP (Employee Assistance Programs – Программы Помощи Сотрудникам – ППС) ясно демонстрирует возможность сокращения этих затрат, значительного улучшения качества жизни сотрудников и, как следствие, увеличения их приверженности компании.

История

Первые ППС появились в США около 35 лет назад как ответ на необходимость предоставления помощи сотрудникам, злоупотребляющим алкоголем и наркотиками. Эта проблема была столь серьёзной, что оказалось целесообразным предоставлять такую помощь прямо на рабочем месте. С тех пор полномочия и круг услуг ППС значительно расширился, а сами программы заняли достойное место в списке льгот и привилегий, предлагаемых сотрудникам работодателями, желающими не только удержать ценных работников, но и создать условия, в которых они будут трудиться наиболее эффективно. 90% предприятий, входящих в список 500 наиболее успешных

бизнесов Америки, и две трети средних предприятий пользуются услугами ППС.

Международная Ассоциация профессионалов помощи сотрудникам насчитывает более 7000 членов в более чем 30 странах во всем мире. Она ставит целью продвижение преимуществ использования ППС и стандартов предоставления услуг, повышение заботы сотрудников о себе и понимание ими факторов, влияющих на их личное благополучие и трудовую производительность, так, чтобы они использовали программу в случае личных или связанных с работой проблем [7].

В Европе ППС наиболее развиты в Великобритании, Ирландии и Франции. В 2002 г. был создан Европейский Форум ППС. В настоящей статье мы делимся своим видением основных аспектов ППС, основанным на 2-х летнем опыте работы в России в качестве внутрикорпоративной службы.

Что такое ППС?

ППС – это ответ на нужды современного общества. Это целый ряд мероприятий, осуществляемых непосредственно на рабочем месте и направленных на своевременное обнаружение и разрешение, как рабочих, так и личных проблем работников [6]. Эти проблемы могут включать в себя: здоровье, супружеские отношения, семейные проблемы, финансовые, наркологические или эмоциональные сложности. С помощью профессионального вмешательства можно помочь сотрудникам в личных и связанных с работой вопросах, задолго до того, как это отразится на их производительности.

Основные действия ППС включают в себя экспертную консультацию и обучение определению и разрешению вопросов производительности, связанных с личными трудностями; конфиденциальную и своевременную оценку проблем, диагностику, лечение или направление к соответствующим специалистам; формирование внутренних и внешних отношений с доступными в рамках ППС ресурсами на рабочем месте и вовне.

Системный подход ППС к человеческим ресурсам, направленный на командную и индивидуальную производительность и благополучие на рабочем месте, создаёт организационное преимущество.

Важно понимать разницу между ППС и консультированием на рабочем месте. Программы созданы для того, чтобы помочь в идентификации и разрешении тех забот сотрудников, которые влияют или могут влиять на производительность, а именно:

- Личные – здоровье, отношения, семья, финансовые, эмоциональные, юридические вопросы, тревога, аддиктивные проблемы и др.

• Рабочие – трудности на работе, отношения в коллективе, личностные и межличностные навыки, нарушение баланса между работой и личной жизнью, стресс и др.

Специалисты ППС предоставляют мультидисциплинарную команду для эффективного вмешательства на уровне организации [4]. Кроме того, ППС предоставляют обратную связь организации относительно направлений и проблем, которые могут быть решены изменениями организационной политики.

ППС может помочь индивидам и организациям:

1. в решении связанных с работой и личных проблем и трудностей, которые влияют на результативность труда
2. в работе с проблемами зависимости
3. в снижении количества несчастных случаев на работе
4. в управлении риском неожиданных ситуаций
5. в улучшении продуктивности и эффективности на рабочем месте
6. в развитии рабочего сотрудничества
7. в демонстрации организацией заботливого отношения к сотрудникам
8. в развитии хорошего лидерства и установлении благотворной психологической среды в организации
9. в развитии морали и мотивации коллектива
10. в снижении текучки кадров
11. в обеспечении инструментами управления в анализе и улучшении производительности
12. в наборе и удержании персонала
13. в помощи прямым руководителям в идентификации и разрешении проблем персонала.

Составление программ

Осуществление программы предваряется разработкой одобренной политики, ясно связанной с нуждами компании. Для формулирования и коррекции политики, рекомендации специфических стратегий и процедур использования ППС, формулирования критериев оценки их результатов, наблюдения за эффективностью и качеством работы ППС на предприятии создаётся совещательный комитет, состоящий из руководителей компании и подразделений и отдельных сотрудников. Совещательный комитет в своей работе основывается на оценке нужд организации и ее сотрудников и совместно с ППС определяет наиболее подходящие методы предоставления услуг. Задачи ППС пересматриваются в соответствии с изменениями планов организации. Фокусом в работе ППС является и благополучие сотрудника и производительность предприятия в целом.

Осуществление программ

Существует три базовых варианта проведения ППС – внешняя, внутренняя и комбинированная.

В типичной программе внешний провайдер предлагает основной пакет услуг, который может включать, например, очное и телефонное консультирование, юридическое и финансовое консультирование, помощь в управлении производительностью по контракту с организацией – клиентом на основе стандартно подсчитанной ежегодной оплаты, не зависящей от того, сколько сотрудников воспользуются службой. Дополнительные специализированные услуги, такие как укрепление здоровья и тренинг, могут быть добавлены и изменены на отдельных условиях.

Специалисты, являющиеся сотрудниками организации, проводят внутренние программы, предлагая сходный список услуг в качестве организационной функции. Они могут действовать как продолжение отдела человеческих ресурсов или отдела медицинской помощи на рабочем месте, через который они связаны с организацией или, реже, как независимый отдел, напрямую подчиняющийся коллегии директоров.

ППС является профессиональным, конфиденциальным ресурсом для компании, её менеджеров и сотрудников, осуществляющим от имени компании заботу о сотрудниках в области их личных и эмоциональных проблем и переживаний. Предоставляя профессиональную систему обслуживания, ППС мобилизует ресурсы организации в соответствии с нуждами сотрудников.

Работа ППС осуществляется в соответствии с планом, описывающим действия, необходимые для полноценного функционирования проектов ППС и определяющим их нацеленность, время начала и завершения. Наличие такого плана делает ППС отдельной службой внутри организации.

В соответствии с принятым планом разрабатываются всеобъемлющие записанные процедуры и методики управления программой, помогающие гарантировать последовательное и эффективное предоставление услуг, отвечающих условиям и нуждам организации, и делает возможным контроль качества.

Работа ППС обеспечивается адекватным количеством специально подготовленных профессионалов (менеджеры программ и консультанты). Профессионалы ПС¹ не работают вне поля своей компетенции и обращаются за помощью к специалистам других дисциплин, если это необходимо. Обращение за советом (и/или клинической супервизией) к более опытным профессионалам гарантирует качество предоставления услуг и помогает

¹ Профессионалы ПС – профессионалы в области помощи сотрудникам (Employee Assistance Professionals)

улучшить профессиональные навыки и эффективность в помощи сотрудникам [2]. Поэтому специалист ПС должен активно искать, оценивать и использовать ресурсы, доступные вне организации, и позволяющие предоставить наилучшее обслуживание сотрудникам организации и членам их семей. Стоимость такой помощи должна соответствовать местным стандартам.

Профессионализм персонала ППС должен постоянно совершенствоваться продолжающейся профессиональной подготовкой, поддержанием профессиональных контактов и членством в одной или более соответствующих организациях. Это позволит специалистам оставаться открытыми к новым знаниям и процедурам, гарантирует приверженность кодексу профессиональной этики [5].

Успешность работы ППС в значительной степени зависит от рабочих отношений с различными группами и департаментами, комитетами и отдельными людьми внутри компании, которой она служит (профсоюзы и/или представители сотрудников, отделы: кадров, льгот, безопасности, юридический/посреднический, образовательный, связи с общественностью, медицинский, управленческий)

Специалисты ПС должны быть информированы и действовать активно, когда работа юридических и регулирующих органов, групп защиты, организаций бизнеса и труда начинает влиять на их профессиональную область.

Успех программы и доверие опираются на уверенность сотрудников и членов его семьи в том, что эта услуга с уважением относится к личной жизни. Поэтому профессионалы ПС должны придерживаться всех применимых кодексов этичного поведения [1, 2, 3, 5] и соблюдать конфиденциальность своих клиентов и всех их записей в рамках профессиональных правил каждой конкретной страны.

Предоставляемые услуги:

Кризисная интервенция

ППС предоставляет экстренное вмешательство в ответ на кризисную ситуацию на индивидуальном, групповом и организационном уровне. Помогает предотвратить или уменьшить индивидуальную дисфункцию и негативные последствия для компании в целом.

Освидетельствование

ППС проводит освидетельствование с целью идентифицировать личные или связанные с работой проблемы сотрудников или членов семьи, выпадающих под программу; разрабатывает план действий по предоставлению помощи или направляет клиента к подходящему специалисту для разрешения проблемы.

Краткосрочное консультирование

Персонал ППС предоставляет ограниченное количество сессий консультирования (обычно до 10) и фокусируются на улучшении благополучия

и/или производительности сотрудников, попавших в беду. При необходимости дальнейшего психотерапевтического лечения, персонал ППС обеспечивает клиента рекомендациями, направляет его к компетентному специалисту или сам оказывает психотерапевтическое воздействие на отдельных от контракта программы условиях.

Направление

ППС направляет клиентов к индивидуальным специалистам или организациям, предлагающим профессиональную помощь, совет и лечение в различных областях, которые максимально соответствуют клиенту и его нуждам. В дальнейшем персонал ППС наблюдает продвижение лечения клиентов, направленных к внешним специалистам и предпринимает необходимые шаги, чтобы предоставить последующие услуги в рамках психотерапевтической конфиденциальности [7].

Реабилитация

Персонал ППС совместно с прямыми начальниками и другими ресурсами разрабатывают и реализуют план действий для оказания наиболее эффективной помощи пострадавшему сотруднику и возвращение его в социальную и профессиональную жизнь.

Продвижение программы и информация

Для повышения вероятности раннего выявления и адекватного вмешательства в случае затруднений, возникающих у отдельных сотрудников и подразделений, и поддержания благотворной психологической среды в организации персонал ППС регулярно консультируется с ключевыми сотрудниками (супервизорами, отделом кадров, социальными работниками, сотрудниками медицинского отдела и т.д.) относительно стиля управления, направления сотрудников с проблемами производительности в ППС и при организационных изменениях или событиях, влияющих на благополучие сотрудников и производительность.

Внедряя ППС, организации не только открывают возможности, они должны вместе с ППС поощрять их использование, обеспечивать доступность информации о программе для всех сотрудников и их семей.

ППС не должна ограничиваться консультированием тех, кто обратился самостоятельно. В равной степени надлежит поддерживать и стимулировать разного рода направления, такие как: неформальное направление со стороны менеджера, направление от сотрудников медицинской службы, департамента социального обеспечения персонала и, когда это уместно, формальное направление от хорошо подготовленного менеджера, который может вмешаться, чтобы сотрудники с особенно трудными проблемами, или отрицающие наличие проблемы, получили своевременную квалифицированную помощь.

Оценка

ППС и специалисты ПС ответственны за предоставляемые ими услуги перед клиентами и организациями. Для того чтобы помочь организации в оценке программы и её дизайна, профессионалы ПС должны сами оценивать соответствие, эффективность и качество своих действий. Ясность оценки деятельности ППС зависит от наличия измеримых объектов программы и качества механизмов сбора данных. Оценка программы имеет несколько целей:

- документирование выгод, на которые были потрачены деньги и ресурсы компании;
- фокусирование профессионала ППС на нуждах сотрудников и организации;
- постоянное улучшение качества ППС и эффективности его функционирования.

В основе такой оценки лежит необходимость создания и поддержания адекватной системы записей пользователей услуг ППС, дающей информацию о том, какие услуги были предоставлены и кому. Для этого необходима **финансовая выгодность**.

Достаточно трудно выразить в точных цифрах финансовую выгодность ППС для организаций. Программы вовлекают много различных уровней – одни из них поддаются измерению, другие – нет. Рассмотрим финансовую выгодность ППС в трех областях.

1. Трудноизмеримые выгоды: Ежегодная стоимость ППС окупается одним только снижением от 7 до 10% нетрудоспособности (базируясь на статистике организации с 1000 сотрудников). Согласно исследованиям, проведенным в Великобритании, каждый фунт, вложенный в ППС, может принести от 3 до 20 фунтов стерлингов. Для организации с 1000 сотрудников стоимость затрат на персонал может быть около 30 млн. фунтов стерлингов. Хорошо укомплектованная ППС стоимостью 30.000 (при использовании внешних ППС) составит только 0,1% стоимости сотрудников и легко

окупается, особенно если учитывать все потенциальные результаты.

2. Видимые, но не измеримые выгоды: Таки-ми выгодами может быть назван результат улучшения работы сотрудников, пользующихся услугами КОПС, или позитивное влияние программ непосредственно на ход деятельности.

3. Невидимые выгоды: Изменение мотивации сотрудников и их морали практически не поддается измерению, однако, организации, использующие ППС, единогласно называются в числе более заботливых как самими сотрудниками этих компаний, так и независимыми экспертами [4].

Для того чтобы продемонстрировать потенциальным пользователям результативность вложений может быть предпринят анализ финансовой выгодности, базирующийся на 7 основных ступенях:

1. Участие консультанта ППС с хорошей репутацией ППС для вынесения независимой точки зрения
2. Идентификация объектов и позитивных результатов
3. Определение целевой аудитории
4. Выверка анализа с целями организации
5. Сбор данных
6. Разработка уравнения финансовой выгодности
7. Передача результатов.

Такой анализ требует серьезной подготовки и четкого планирования.

Говоря коротко, ППС представляет проверенное, финансово эффективное решение многих проблем, с которыми приходится встречаться сегодня компаниям и их сотрудникам. В России ППС делают только первые шаги, однако наш опыт даёт нам право высказать уверенность, в том, что у них большое будущее. Это реальная возможность для нас, профессионалов в области психического здоровья предоставить своевременную квалифицированную помощь людям, которые в ней нуждаются, и вряд ли получают её в другом формате. Нам видится, что это реальный шаг к цивилизованному здравоохранению, шаг навстречу развивающемуся отечественному бизнесу.

Литература:

1. Кириллов И.О., Слабинский В.Ю. *Этические рекомендации Международного Центра Позитивной Психотерапии (ICPP)* // Позитум, 2001. - № 1. – С. 12-14
2. Слабинский В.Ю., Ивахненко Е.С. *Изложение этических принципов для европейских психотерапевтов* // Позитум, 2002. - № 2. – С. 9-16
3. Слабинский В.Ю., Ивахненко Е.С. *Изложение этических принципов для европейских психотерапевтов* // Позитум, 2002. - № 3. – С. 9-19
4. Brenda R. Blair. *Consultative Services. Providing Added Value to Employers* // Exchange, 2002. - vol. 32. - no. 2. – P. 21-23
5. *EAPA code of ethics*, 1997
6. John Maynard. *A Reasonable and Important Question* // Exchange, 2002. - vol. 32. - no. 2. – P. 2
7. *UK Purchasing Guidelines for Employee Assistance Programmers* // UK Employee Assistance Professionals Association, 2000

ФАКТОРЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

О.С.Ковшова

г. Самара

Артериальная гипертония (АГ) является одной из важнейших социально-экономических и медицинских проблем не только из-за широкого распространения (25-30% среди взрослого населения России), но и ведущего места в структуре общей смертности (50%). Значительная распространенность АГ, большое число осложнений, приводящих к стойкой нетрудоспособности лиц молодого возраста, объясняет актуальность профилактики и реабилитации этого заболевания (Чазов Е.И., 1997; Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я., 2000).

Ведущие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний - высокое эмоциональное напряжение, состояние хронического стресса, которые необходимо своевременно учитывать в лечении и профилактике АГ (Гогин Е.Е., 1987; Айвазян Т.А., 1991; Зайцев В.П., 1995; Оганов Р.Г., 2000; Кобалава Ж.Д., 2000).

Многочисленные исследования показали, что АГ детского и подросткового возраста в дальнейшем может трансформироваться в ГБ взрослых (Студеникин М.Я., 1973; Калюжная Р.А., 1980; Надеждина Е.А., 1985; Белоконов Н.А., 1987; Леонтьева И.В., 2000).

Недостаточная эффективность программ реабилитации и профилактики АГ на раннем этапе развития требует поиска новых превентивных мероприятий. Вместе с тем комплексное исследование факторов, участвующих в развитии АГ подростков, фрагментарны и не предусматривают интегративного взаимодействия клинициста, медицинского психолога и других специалистов.

В связи с чем, в настоящем исследовании с позиции холистического подхода к болезни рассматривается взаимодействие комплекса клинических, социально-психологических факторов, участвующих в развитии АГ подростков.

Цель работы – определить клинические и психологические факторы становления артери-

альной гипертонии в подростковом возрасте и разработать комплексную программу медико-психологической реабилитации этого контингента больных.

Материал и методы исследования

Проведено исследование клинических и социально-психологических факторов развития АГ подростков. Исследование проведено на базе детского отделения Самарского Клинического кардиологического диспансера. Диагноз верифицирован в условиях стационара и соответствовал по «МКБ-10» шифру – I10-I15 – гипертензивная болезнь сердца, согласно классификации ВОЗ (1999) – Артериальная гипертония I степени (мягкая) – II степени (умеренная).

Проведено клинико-психологическое обследование 197 подростков с артериальной гипертонией (основная группа), из них 94 – мальчика и 102 – девочки.

Контрольную группу составили здоровые подростки – 100 человек (50 мальчиков и 50 девочек) с идентичными биологическими и социальными характеристиками.

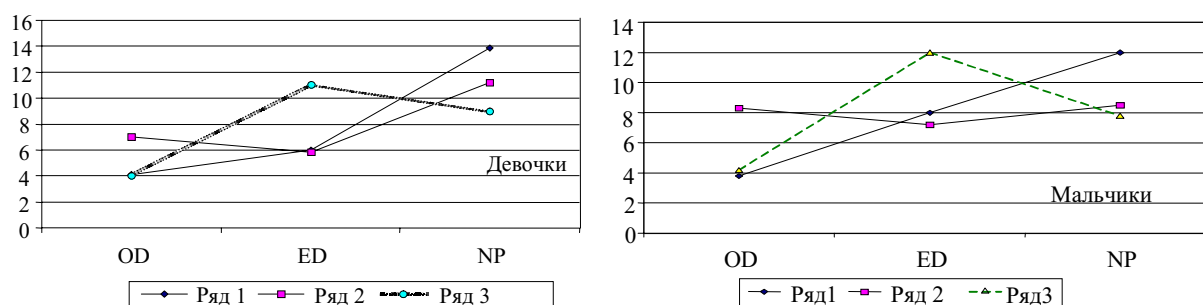
В основной группе подростков с АГ преобладали 3 типа реакции в ситуации фрустрации, что позволило определить каждую подгруппу и подтвердить кластерным анализом. Выявленные кластеры представлены по типу:

1. необходимо-упорствующий интропунитивный тип (27 девочек, и 24 мальчика);
2. необходимо-упорствующий импунитивный тип 40 девочек, и 38 мальчиков;
3. самозащитный интропунитивный тип (35 девочек и 32 мальчика) (рис. 1).

В контрольной группе преобладал самозащитный экстрапунитивный тип реакции (50 девочек и 50 мальчиков.)

Рисунок 1

Кластерный анализ типов реакции подростков с артериальной гипертонией



Методы исследования

Клинические методы исследования – общие (сбор анамнеза, осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация сердца и магистральных сосудов; измерение показателей АД и ЧСС в динамике наблюдения).

Методы функциональной диагностики: ЭКГ-обследование, ЭхоКГ, ВЭМ, суточное мониторирование.

Параклинические методы исследования – общий анализ крови и мочи, биохимическое исследование крови на сахар, общий белок и его фракции, СРБ, холестерин и липиды.

Психологические методы исследования: Тест рисуночной ассоциации С.Розенцвейга (Тарабрина Н.В., 1984). Многофакторный личностный опросник Р.Кеттелла (Мельников В.М., Ямпольский Л.Т., 1985). Методика «Анализ семейного воспитания» (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В., 1990). Психодиагностический опросник «Тип отношения к болезни» (Карпова Э.Б., Вассерман Л.И., 1987). Патохарактерологический диагностический опросник (Личко А.Е., Иванов Н.Я., 1973).

Методы статистического анализа включали проведение дискриминантного анализа, факторного анализа (метод главных компонент), корреляционного анализа (с применением коэффициента ранговой корреляции Спирмена); анализ таблиц сопряженности с вычислением двустороннего варианта точного критерия Фишера. Во всех процедурах статистического анализа уровень значимости P соот-

ветствовал 0,05, доверительная вероятность ($P_{\text{дов}} 0,95$). Статистическая обработка психологических и клинических параметров проводилась с использованием унифицированного статистического пакета компьютерной обработки «Статистика-5,0-W»-«Корпорация STATSOFT», США, 1998.

На I-ом этапе применялся кластерный анализ (метод Варда), на II-ом этапе – дискриминантный и факторный анализ.

Основные результаты исследования

Семейный анамнез подростков с АГ показал наследственную отягощенность по ГБ: у одного родителя в 37% случаев, у обоих родителей – в 19%, наличие ГБ во втором поколении – у 28%. У 32% подростков с АГ перед началом заболевания имело место эмоциональное напряжение или состояние хронического стресса: смерть или тяжелое хроническое заболевание у близких (11%), алкоголизм родителей (15%), неполные семьи (25%), развод родителей (42%).

Наиболее частыми жалобами подростков с АГ являлись: головная боль, головокружение, кардиалгии, сердцебиение, повышенная утомляемость, слабость, раздражительность. У 57% пациентов головная боль сочеталась с подъемом АД.

У подростков с АГ определялись факторы психической дезадаптации – направление и тип реакции в ситуации фрустрации. В таблице 1 представлена характеристика подгрупп основной и контрольной группы.

Таблица 1

Характеристика подгрупп (кластеров) обследуемых подростков

№	Образцы направлений и типов реакции
1 подгруппа	1) NP>ED>OD; 2) E>M>I; 3) i>e>m - у девочек 3) i>E>M'=e - у мальчиков
2 подгруппа	1) NP>OD>ED; 2) M>I>E; 3) i>M'=e - у девочек 3) M'>i>E - у мальчиков
3 подгруппа	1) ED>NP>OD; 2) I>M>E; 3) E>i>M'=m - у девочек 3) i>E>M - у мальчиков
Контроль	1) ED>NP>OD; 2) E>M>I 2) 3) E>M'>m

В 1 подгруппе имеет место относительное снижение экстрапунитивных реакций за счет возрастания интропунитивных ($I - 30,5 \pm 3,5\%$ и импунитивных $M - 32,2 \pm 1,2\%$, $p < 0,05$, и относительное снижение эгозащитных реакций ($ED - 28,25 \pm 3,25\%$) и возрастание необходимо-упорствующих реакций ($NP - 58,4 \pm 5,25\%$, $p < 0,05$), а также достоверное снижение коэффициента групповой адаптации (33,1%), по сравнению с контролем (50%, $p < 0,001$).

Данные, полученные в основной группе, представлены на рисунке 2.

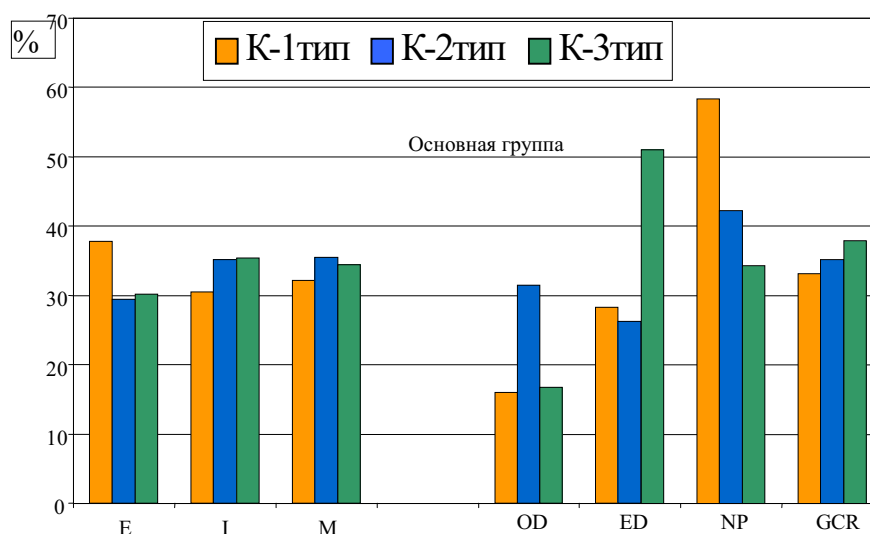
Низкая фрустрационная толерантность, преобладание самообвинительных реакций с принятием

на себя ответственности за разрешение ситуации проявляется повышением АД, ЧСС, ОПСС и других гемодинамических показателей.

Увеличение необходимо-упорствующих реакций ($NP - 58,4\%$) в 1,5 раза в основной группе по сравнению с контрольной говорит о неудовлетворении потребности и низкой фрустрационной толерантности. Резкое увеличение показателя «i» (31,2%) – «индекса психосоматизации» свидетельствует о предрасположенности к психосоматическому ответу.

У подростков 2-ой подгруппы происходит аналогичное снижение эгозащитных реакций ($ED - 26,3 \pm 3,3\%$) и возрастание необходимо-упорствующих

Направление и тип реакции в ситуации фрустрации,
социальная адаптация подростков с артериальной гипертензией



щих реакций ($NP=42,25 \pm 6,05$; $p < 0,05$), в основном за счёт «i», что также говорит о низкой фрустрационной толерантности лиц исследуемой подгруппы по сравнению с контрольной. Показатель групповой адаптации (35,2%) имеет различия с контрольной группой (49,3%).

Отличие 2-ой подгруппы от 1-ой состоит в ином направлении вектора агрессии – импунитивном с невысокой внешней агрессивностью ($\hat{a}E/\hat{a}M=1,1 \pm 0,2$), при этом агрессия не проявляется во вне ($\hat{a}E/\hat{a}I=0,76 \pm 0,1$), а выражается в принятии на себя ответственности за разрешение конфликтной ситуации. Гендерные различия в подгруппе: ($i > M' > e$) у девочек и ($M' > i > E$) – у мальчиков.

У подростков 3-ей подгруппы определяется достоверное преобладание эгозащитных реакций ($ED=51,0 \pm 3,1\%$), $p < 0,05$), по сравнению с контрольной группой за счет снижения реакций, направленных на удовлетворение потребности. В этой подгруппе сохраняется тенденция принимать на себя ответственность за разрешение конфликтной ситуации ($i=25\%$). Сравнение по образцам свидетельствует о лучшей фрустрационной толерантности лиц этой подгруппы, приближаясь к контрольной, однако социальная адаптация остается низкой ($GCR=37,9\%$).

Общим для подростков основной группы по сравнению с контрольной является формирование неадекватного эмоционального ответа на фрустрацию, заключающееся в повышенной требовательности к себе, в низкой фрустрационной толерантности и в недостаточной групповой адаптации (GCR). Во всех трех подгруппах происходит увеличение «i» – «индекса психосоматизации».

Различия в подгруппах говорят о том, что наименее адаптивной является 1-ая, имеющая самую

низкую фрустрационную толерантность, коэффициент групповой адаптации (31,2%) и самый высокий индекс психосоматизации (31%).

Проведенное сравнение показателей – факторов психической адаптации по тесту Р.Кеттелла в каждой подгруппе представлено в таблице 2. Дискриминантный анализ выявил достоверно значимые факторы, имеющие гендерные различия.

У девочек 1-ой подгруппы по сравнению с 3-ей и контрольной группой – повышены факторы $O(+)$ и $Q4(+)$; снижены факторы: $G(-)$, $Q_2(-)$, что характеризует их, как тревожных, зависимых, с низким супер-эгоконтролем безразличных к социальным требованиям, склонных к самообвинению.

У мальчиков 1 и 2-ой подгруппы по сравнению с другими подгруппами повышен фактор: $I(+)$, что характеризует их как ранимых и эмоционально напряженных.

В 3-ей подгруппе определены низкие значения фактора $O(-)$ и высокие значения по факторам $G(+)$, $Q_2(+)$, что свидетельствует об уверенности, высокой активности, импульсивности, силе «сверх-Я». Подростки этой подгруппы обладают высокой социальной активностью, высоким самоконтролем. Из всех перечисленных факторов самый неблагоприятный – высокая сверхответственность.

Исследование семейного воспитания подростков с АГ показало, что формула ($\Gamma+$, $Y+$, $3+$, $C-$, $ПДК-$, $НРЧ$) показывает потворствующую гиперпротекцию (36%) по сравнению с контролем (21%). Выявлены достоверно значимые различия у подростков с АГ, что указывает на влияние родительской гиперпротекции в формировании эмоциональной неустойчивости. В 1-ой подгруппе тип семейного воспитания характеризует высокая воспита-

Матрица классификации и описательная статистика по факторам теста Р.Кеттелла ($M \pm m$)

Девочки	Показатели значимых факторов ($p < 0,05$)				
	«G»	«M»	«O»	«Q2»	«Q4»
1 кластер $n=24$	$2,8 \pm 0,5$	$4,3 \pm 0,8$	$7,5 \pm 0,6$	$2,8 \pm 0,6$	$6,2 \pm 0,7$
2 кластер $n=38$	$5,0 \pm 1,0$	$7,0 \pm 0,6$	$4,7 \pm 0,8$	$6,0 \pm 1,0$	$7,3 \pm 0,8$
3 кластер $n=32$	$6,4 \pm 0,7$	$4,4 \pm 0,6$	$2,7 \pm 0,6$	$6,1 \pm 0,5$	$4,9 \pm 0,9$
Мальчики	Показатели значимых факторов ($p < 0,05$)				
	«B»	«F»	«G»	«I»	«A»
1 кластер $n=20$	$6,2 \pm 0,5$	$5,7 \pm 0,6$	$2,9 \pm 0,7$	$7,2 \pm 0,4$	$5,8 \pm 0,4$
2 кластер $n=33$	$3,5 \pm 0,3$	$3,7 \pm 0,5$	$5,1 \pm 0,6$	$6,0 \pm 0,8$	$5,9 \pm 0,6$
3 кластер $n=27$	$5,3 \pm 0,3$	$5,1 \pm 0,5$	$5,8 \pm 0,6$	$4,3 \pm 0,8$	$6,0 \pm 0,5$

Примечание: Факторы по тесту Р.Кеттелла «G» - сила - слабость «сверх - Я»; «M» - мечтательность - практичность; «O» - неуверенный - уверенный; «Q2» - самодостаточность - социальная зависимость; «Q4» - напряженность - расслабленность; «I» - эмоциональная ранимость - эмоциональная невосприимчивость; «B» - эрудированный - неэрудированный; «F» - беспечность - тревожность; «A» - замкнутость - открытость.

тельная неуверенность ($BH - 2,0 \pm 0,3$, $p < 0,05$). Доминирующий тип воспитания – потворствующая гиперпротекция; конфликтные отношения между родителями, что характеризует противоречивый тип воспитания, формирующий комплекс вины, зависимости и низкий контроль супер - эго.

Во 2-ой подгруппе тип семейного воспитания проявляется эмоциональным отвержением, чрезмерностью требований и гиперпротекцией ($G+$, $T-$, $3-$, $C-$). У девочек преобладает $C(+)$ - чрезмерность санкций – ($3,6 \pm 0,3$, $p < 0,05$) - тип воспитания – «эмоциональное отвержение» - ($U-$, $G-$, $3\pm$, $C\pm$). У мальчиков выявлена чрезмерность требований-обязанностей - $T(+)$ - ($3,0 \pm 0,3$, $p < 0,05$) и гиперпротекция - $G(+)$ - ($7,5 \pm 0,6$, $p < 0,05$), что показывает воспитание – «повышенную моральную ответственность» ($G+$, $T+$, $3\pm$, $C\pm$) и формирует у подростков ранимость, зависимость и эмоциональную напряженность.

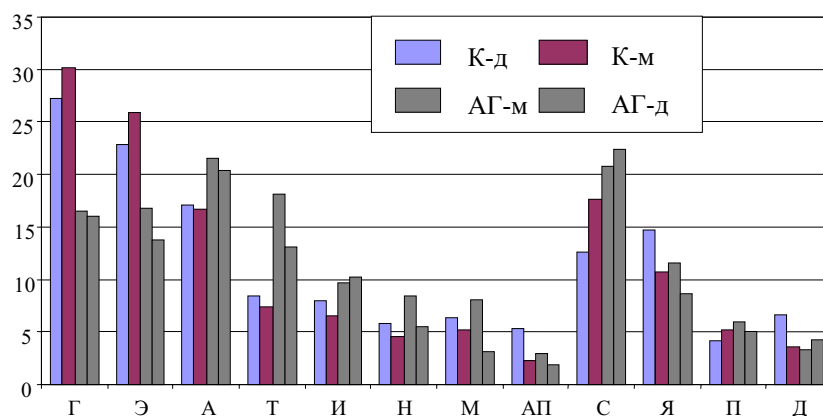
Стилем семейного воспитания у подростков 3-ей подгруппы является доминирующая гиперпротекция $U(+)$, $G(+)$, $3(-)$, $C(-)$, $T(-)$, гендерных различий не выявлено.

Сопоставление полученных данных семейного воспитания по подгруппам показывает, что наиболее неблагоприятно сочетание воспитательной неуверенности, отсутствие единого стиля воспитания, конфликтные отношения между родителями.

Исследование типа отношения к болезни у подростков основной группы показало преобладание сенситивного типа (48,6%), который встречается в различных комбинациях с анозогностическим (11%), эргопатическим (19,2%), ипохондрическим (9,4%), тревожным (10%). Гармоничный тип отношения к болезни был лишь у 23% подростков основной группы. Общие характеристики типов отношения к болезни представлены на рисунке 3.

Рисунок 3

Тип отношения к болезни подростков с артериальной гипертонией и контрольной группы

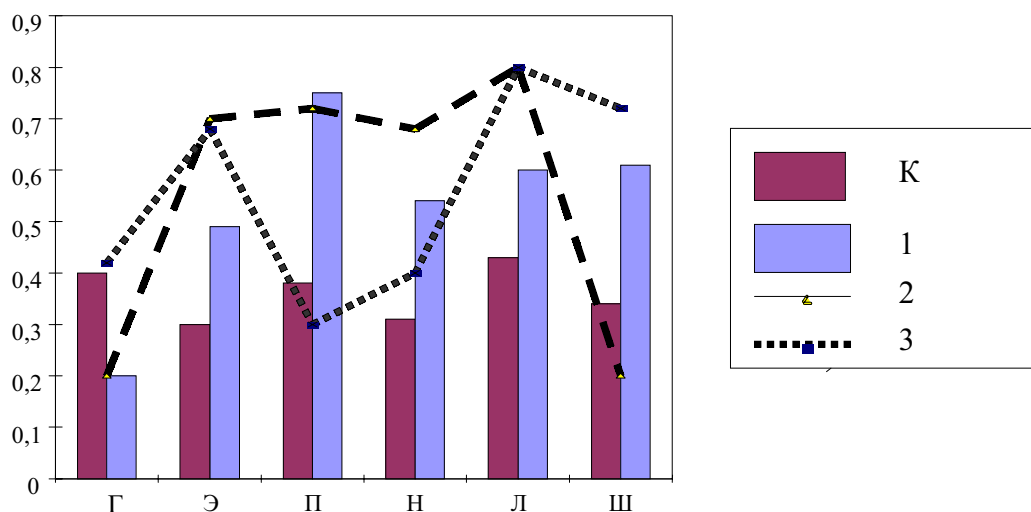


Сравнение эмоциональных реакций подростков основной группы с контролем по тесту ПДО с использованием методики «критерия С2» показало

преобладание психастенических, лабильных черт в структуре характера в 1-ой и 2-ой подгруппе (рисунок 4).

Рисунок 4

Типология эмоциональных характеристик подростков (по критерию X2)



Во 2-ой подгруппе отличия по полу состоят в преобладании эпилептоидных черт характера у девочек.

В 3-ей подгруппе отмечено преобладание лабильного типа (0,80), шизоидного (0,72) и эпилептоидного (0,68), гендерные различия не определены.

На основе результатов исследования, определены общие психологические факторы, определяющие психологическую дезадаптацию подростков с АГ: нарушение семейного воспитания, эмоциональная нестабильность, низкая фрустрационная толерантность и высокий индекс психосоматизации, сенситивный и тревожный тип отношения к болезни.

Учитывая результаты психологического обследования подростков, составлена программа медико-психологической реабилитации подростков с АГ. Программа направлена на нормализацию клинко-функционального состояния сердечно-сосудистой системы, стабилизацию эмоционального состояния, гармонизацию отношения к болезни и коррекцию семейных и межличностных отношений.

Программа медико-психологической реабилитации состоит из 3-х этапов на госпитальном этапе лечения подростков с АГ: I - подготовительный, II - основной и III - заключительный. В связи с тем, что у подростков 1-ой и 2-ой подгрупп (кластеров) выявлены аналогичные психологические проблемы, для проведения психотерапевтической работы они объединены в единую психотерапевтическую группу. Дифференцированная работа проводилась в 2-х группах:

1 группа – подростки 1-2 кластеров;

2 группа – подростки 3 кластера.

Количество участников в группе – 8-10 человек.

Программа представлена на схеме 1.

В процессе психотерапии наблюдалась гармонизация типов отношения к болезни у 18 пациентов, снижение уровня дезадаптивных типов (сенситивного у 7 человек (14%) и тревожного у 5 (10%) и возрастанием эргопатического у 14 (29%) и анозонозического 10 (20%). Отмечалось достоверное снижение уровня сенситивного (с $22,1 \pm 1,3$ до $12,5 \pm 0,7$ баллов), тревожного (с $18,1 \pm 1,5$ до $8,5 \pm 0,9$ баллов), ипохондрического (с $15,2 \pm 1,2$ до $10,3 \pm 0,6$ баллов) типов отношения к болезни.

Проведенное исследование показало, что при АГ подростков имеется перенапряжение адаптационных механизмов функционирования сердечно-сосудистой системы и выявляется психологическая и социальная дезадаптация. В связи с этим, комплексная программа медико-психологической помощи подросткам с АГ должна включать блок психологической реабилитации, направленной на снижение дестабилизирующих психологических факторов, которая проводится с учетом патогенеза заболевания, его прогноза и служит основой профилактики становления гипертонической болезни взрослых.

Выводы

1. При АГ подростков выявлены неблагоприятные факторы функционирования сердечно-сосудистой системы: высокие показатели артериального давления, общего периферического сопротивления, внутримиекардиального напряжения и сниженная толерантность к физической нагрузке.

ПРОГРАММА медико-психологической реабилитации подростков с артериальной гипертонией

I – ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП:

- психодиагностика эмоциональных характеристик; типа реакции на фрустрацию, семейного воспитания и отношения к болезни;
- формирование психотерапевтической группы (8-10 человек);
- правила работы в группе.

II – ОСНОВНОЙ ЭТАП:

- проведение индивидуальной и групповой когнитивно-поведенческой и рациональной психотерапии;
- обучение методам психической саморегуляции (аутотренинг, миорелаксирующая методика по И.Г.Шульцу);
- «эмоциональное научение» и помощь пациенту в осознании проблем, поддерживающих болезнь (методы переживания и овладения эмоциями);
- психологическая поддержка и закрепление навыков адаптивного поведения (методы поддержки и методы изменения поведения);
- тренинг уверенности.

Дифференцированная работа в группах

I группа – (подростки 1-2 кластера):

1. повышение самооценки и уверенности в себе;
2. самоосознание неадаптивного поведения;
3. научение выражению и реагированию эмоций.

II подгруппа – (подростки 3 кластера):

1. самоосознание поведения в конфликтных ситуациях;
2. обучение конструктивной конфронтации;
3. повышение творческих ресурсов личности (рисование, творчество, музыкотерапия).

III – ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП:

- формирование конструктивных форм детско-родительского общения;
- контроль эффективности психотерапии (психодиагностическое тестирование);
- создание мотивации к продолжению работы на постгоспитальном этапе.

2. При АГ подростков по сравнению с контрольной группой выявлены психологические факторы, участвующие в развитии заболевания: высокие самообвинительные и агрессивные реакции, неконструктивное переживание чувства вины, высокий индекс психосоматизации, низкая фрустрационная толерантность, высокое напряжение, эмоциональная неустойчивость и низкая социальная адаптация.

3. Установлено влияние типа семейного воспитания на формирование у подростков типа эмоционального ответа в ситуации фрустрации, показавшее: в 1-ом кластере – воспитательную неуверенность и потворствующую гиперпротекцию, во 2-ом - высокую моральную ответственность и эмоциональное отвержение, в 3-ем - доминирующую гиперпротекцию.

4. Наиболее неблагоприятным типом отношения к болезни у подростков с АГ является сенситивный (48,6%), характеризующийся гиперсоци-

альной направленностью и интерпсихическим типом дезадаптации.

5. Разработана программа медико-психологической реабилитации подростков, страдающих АГ, которая направлена на нормализацию клинко-функционального состояния сердечно-сосудистой системы, гармонизацию отношения к болезни, коррекцию эмоционального состояния, семейных и межличностных отношений.

Практические рекомендации

1. При планировании диагностических и лечебных мероприятий врачам-кардиологам рекомендуется учитывать особенности эмоционального состояния подростков с АГ, что требует интеграции в лечебном процессе кардиолога, психотерапевта и клинического психолога.

2. С целью оптимизации медицинской помощи и повышения эффективности терапевтических ме-

роприятий при наличии признаков психологической и социальной дезадаптации у подростков с АГ рекомендуется проведение психологической реабилитации на начальных этапах лечебного процесса для своевременной коррекции эмоциональных нарушений, отношения к болезни и повышения мотивации к лечению.

3. При оказании психологической помощи и психотерапии подросткам с АГ рекомендуется исполь-

зовать предложенную программу медико-психологической реабилитации, реализующую интегративный подход к лечению АГ с учетом клинических, социально-психологических факторов заболевания.

4. В комплекс клинической диагностики АГ подростков необходимо включать исследование факторов психической дезадаптации, эмоциональной нестабильности, с целью своевременной психологической помощи и психотерапии.

ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СОТРУДНИКОВ ОПЕРАТИВНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ (АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР)

И.Е.Реуцкая

В настоящее время происходит активное развитие психологической службы в системе органов внутренних дел. Её потенциал должен использоваться для совершенствования профессионального мастерства, повышения эффективности служебной деятельности сотрудников органов внутренних дел. В этой связи актуализировались проблемы психологического сопровождения сотрудников ОВД в рамках психологического обеспечения их деятельности.

Основные направления психологического сопровождения (ПС) отражены в некоторых нормативных документах и рекомендациях МВД России. Данными нормативными документами определены основные задачи, а также функции психолога относительно психологического обеспечения деятельности сотрудников ОВД.

Одной из основных *задач* психологического обеспечения деятельности сотрудников ОВД является осуществление психологического сопровождения и поддержки сотрудников, проведение мероприятий по их психологической реабилитации и восстановлению профессиональной работоспособности.

Основные и обязательные для психолога *функции* в области осуществления психологического сопровождения сотрудников можно рассматривать как обеспечительные и организационные.

Организационные функции включают в себя организацию и обеспечение работы кабинета психологической регуляции.

К обеспечительным функциям относятся:

- диагностика профессиональной работоспособности сотрудников;

- психологическая реабилитация и восстановление профессиональной работоспособности сотрудников, имеющих признаки психической дезадаптации, осуществление коррекции нервно-психической напряжённости, переутомления и других неблагоприятных психических состояний;

- осуществление индивидуально-психологического консультирования руководителей подразделений, сотрудников и членов их семей;

- психологическая помощь молодым сотрудникам в процессе их адаптации к оперативно-служебной деятельности;

- психологическая помощь сотрудникам при их подготовке к выходу на пенсию;

- психологическая помощь сотрудникам в разрешении личных и семейных психологических проблем;

В целом реализация психологического сопровождения оперативных сотрудников ОВД осуществляется на основании представленных нормативных документов. Однако в последнее время в области юридической психологии появились новые прикладные исследования, направленные на оптимизацию конкретных форм оказания психологической помощи сотрудникам ОВД в рамках их психологического сопровождения.¹ В этой связи становится целесообразным внесение дополнения в функциональные обязанности психолога в области психологического сопровождения сотрудников ОВД. Суть данного дополнения заключается в необходимости применения психологами в рамках психологического сопровождения сотрудников ОВД (при наличии соответствующей подготовки и квалифи-

¹ См.: Управленческий потенциал руководителей органов внутренних дел: диагностика и развитие: Методическое пособие. – М.: ГУК МВД России, 2004.

кации) не только индивидуального, но и группового психологического консультирования.

Таким образом, психологическое сопровождение сотрудников ОВД охватывает широкий круг мероприятий, связанных с диагностикой их профессиональной работоспособности и оказанием психологической помощи на всех этапах профессионального становления и развития, а также подготовке к реадаптации (выходу на пенсию).

Целью психологического сопровождения сотрудников оперативных подразделений ОВД является реализация психологической помощи оперативным сотрудникам на всех этапах оперативно-служебной деятельности.

В рамках настоящего аналитического обзора представляется целесообразным рассмотреть основные направления психологического сопровождения сотрудников оперативных подразделений.

Диагностику профессиональной работоспособности сотрудников оперативных подразделений ОВД целесообразно осуществлять в рамках плановых и углублённых психологических обследований.

Плановые психологические обследования необходимо проводить для выявления: формирования неэффективных форм адаптации в период кризисов профессионального становления, которые могут повлечь за собой затруднения профессионально-личностного роста; нервно-психической напряжённости и дезадаптации.

Углублённые психологические обследования целесообразны при наличии неблагоприятных признаков. Цель таких обследований - выявление причины возникновения неэффективных форм адаптации, нервно-психической напряжённости, дезадаптации, острых и/или посттравматических стрессовых состояний, а также определение степени их тяжести.

Реализация психологических обследований сопряжена с применением целого ряда методов:

- праксиметрических, связанных с анализом процессов и продуктов деятельности, хронометрией, экспертной оценкой труда и т.д.;
- биографических, основанных на анализе фактов, дат, событий жизненного пути человека, документации, свидетельств и т.д.;
- социально-психологических, включающих использование социометрии, интервью (стандартизированного и нестандартизированного), опросников, анкет;
- психодиагностических (психометрических и проективных), реализуемых на основе дистантного портретирования и различных тестов.

Таким образом, проведение психодиагностических обследований сотрудников оперативных подразделений ОВД представляется целесообразным рассматривать как один из видов выявления затруднений, блокирующих реализацию поступательного профессионального развития, неэффективных форм адаптации, нервно-психической напряжённости, дезадаптации, острых и/или посттравматических стрессовых состояний.

Психологическая помощь сотрудникам оперативных подразделений ОВД базируется на большом многообразии теорий и практик, реализуемых с использованием различных методов в зависимости от цели, вида, формы психологической помощи. Так в юридической психологии предприняты усилия по методолого-теоретическому обоснованию системы психологической помощи сотрудникам правоохранительных органов в личностном росте [Битянова Н.Р., 1996 Петухов Е.В., 2002]. В юридическом аспекте разработан модифицированный вариант проведения с сотрудниками ОВД группового психологического консультирования в форме «Балинтовской группы» [Н.А.Токарев, Л.А.Токарева, 1995]. Также проведены исследования по оценке эффективности различного рода тренингов, нацеленных на лично-ориентированную психологическую подготовку и направленных на формирование психологической культуры [В.А.Носков, 1993; Н.Р.Битянова, М.Г.Дебольский, 1995; Л.Н.Иванова, 1996].

В настоящее время термин «психологическая помощь» различными авторами рассматривается по-разному. Так в словаре практического психолога «психологическая помощь» трактуется как область практического применения психологии ориентированная на повышение социально-психологической компетентности людей². Осуществление такой помощи предлагается реализовывать индивидуально и в группе с использованием психоконсультационной, психокоррекционной, психотерапевтической форм работы. В области юридической психологии Е.В.Петухов [2003] предлагает рассматривать «психологическую помощь», как вид практической помощи сотрудникам ОВД, осуществляемый посредством содействия самостоятельному преодолению ими психологических трудностей в освоении служебных обязанностей и адаптации к условиям профессиональной деятельности, выполнении данных обязанностей на необходимом уровне, благополучном завершении служебной карьеры, укрепляющие на данной основе нравственные отношения в коллективах органов внутренних дел»³.

² См.: Словарь практического психолога. / Сост. С.Ю. Головин. – Минск: 1997, - С.418.

³ См.: Петухов Е.В. Правовая и организационные основы психологической помощи сотрудникам органов внутренних дел: Учебное пособие. – М.: Академия управления МВД России, 2003., С.9.

Таким образом, представляется адекватным рассматривать психологическую помощь в широком и узком значениях. В первом случае – это область практического применения психологии, ориентированная на повышение социально-психологической компетентности людей. В узком значении – это адресное содействие, как отдельному человеку, так и группе, в том числе в психоконсультационной, психопрофилактической, психокоррекционной, психотерапевтической формах.

Цель оказания психологической помощи сотрудникам оперативных подразделений МВД России зависит от типа ситуации индивидуальной, групповой, организационной востребованности данной помощи: кризисы профессионального становления (адаптации, профессионального роста, профессиональной карьеры, социально-профессиональной самоактуализации, угасания профессиональной деятельности)⁴; нервно-психическая напряжённость, связанная с подготовительным и посткомандировочным периодами службы в «горячих точках» и участием в оперативных мероприятиях, сопряжённых с риском для жизни, в иных экстремальных ситуациях с повышенной физической и психоэмоциональной нагрузкой; дезадаптация, обусловленная неблагоприятным социально-психологическим климатом в коллективе и/или проблемами внутрисемейного характера.

Реализацию психологической помощи сотрудникам оперативных подразделений МВД России целесообразно осуществлять на основе ряда принципов, предложенных Е.В.Петуховым [2003]⁵, обеспечивающих адекватность и результативность её применения:

1. Произвольность в принятии сотрудниками ОВД мер психологической помощи.

В соответствии с Конституцией России любая помощь является правом и свободой человека.

2. Моральная насыщенность психологической помощи.

Если помощь не реализует нравственных отношений заботы, соучастия, и т.п., то она становится формальной и её результативность значительно снижается.

3. Соответствие психологической помощи характеру и масштабам субъективных трудностей.

Помощь оказывается лишь при таких психологических трудностях, которые сотрудники ОВД самостоятельно не могут разрешить.

4. Своевременность психологической помощи. Запаздывание нередко ведёт к ошибочному решению психологических проблем и уменьшению результативности оказываемой помощи.

5. Ориентированность помощи на деятельное преодоление психологических трудностей.

Уменьшение отрицательных переживаний по поводу трудностей и выработка к ним разумного отношения являются, как правило, вспомогательными задачами по сравнению с совершенствованием активных действий, направленных на их преодоление.

В качестве основных задач оказания психологической помощи сотрудникам оперативных подразделений ОВД можно выделить: психоконсультационные, психокоррекционные, психореабилитационные.

Психологическое консультирование - это вид психологической помощи, способствующий самостоятельному конструктивному разрешению проблем непосредственно консультируемым. При оказании психоконсультационной помощи оперативным сотрудникам ОВД целесообразно опираться на основные положения, отражающие, по мнению Р.Кочюнаса,⁶ суть данного вида психологической помощи.

1. В консультировании акцентируется ответственность консультируемого, т.е. признаётся, что зрелая личность способна в соответствующих обстоятельствах принимать самостоятельные решения, а консультант лишь создаёт условия, которые поощряют волевое поведение консультируемого;

2. Сердцевиной консультирования является «консультативное взаимодействие» между консультируемым и консультантом;

3. Консультирование помогает консультируемому делать личностно значимый выбор и действовать по собственному усмотрению;

4. Консультирование даёт возможность консультируемому начать обучаться новому поведению, что способствует целенаправленному развитию личности.

Теоретико-методологическую базу реализации психоконсультационной помощи сотрудникам оперативных подразделений МВД России составляют исследования, проведённые в русле проблемно ориентированного (*consulting*),⁷ личностно ориентированного (*counseling*),⁸ ориентированного на решение (*solution talk*)⁹ психоконсультационных подходов, разработанных в недрах практики зарубежного психологического консультирования.

⁴ См.: Пряжников Н.С., Пряжникова Е.Ю. Психология труда и человеческого достоинства. – М.: «Академия», 2001. – С.134-140.

⁵ Петухов В.Е. Психологическая помощь жертвам террористических актов. См.: Защита жертв террористических актов и иных преступлений. Материалы международной научно-практической конференции. М.: 2003.

⁶ См.: Кочюнас Р. Психологическое консультирование. Групповая психотерапия. – М.: Академический Проект; СПб, 2002. – С.10.

⁷ Цель: обеспечение модификации поведения клиента на основе анализа внешних причин его проблем.

Психотехнологии работы: техники по улучшению самоконтроля.

⁸ Цель: помощь в личностном росте, в осознании свободы и ответственности, благодаря чему человек сам решает свои проблемы. *Психотехнологии работы:* анализ причин личностных трудностей, конгруэнтность, эмпатическое слушание, забота, аутентичность, переживание, присутствие, этапность психоконсультативного процесса.

⁹ Цель: активизация собственных ресурсов клиента для решения проблемы.

Психотехнологии работы: техники позитивистской краткосрочной терапии

В процессе психологического консультирования, по мнению Л.Б.Шнейдер, решаются задачи оказания помощи консультируемому в поиске выхода из затруднительной ситуации; актуализации личностных ресурсов и способностей консультируемого, которые будут способствовать нахождению новых возможностей решения проблем.¹⁰

Таким образом, психологическое консультирование является основным видом оказания психологической помощи при возникновении неэффективных форм адаптации и затруднениях профессионального становления и развития.

Психокоррекционную помощь в юридической литературе принято рассматривать как целенаправленное психологическое воздействие на личность с целью обеспечения её полноценного развития и функционирования.¹¹ Таким образом, психокоррекционная помощь оперативным сотрудникам ОВД направлена на содействие их личностному развитию. Такая помощь может осуществляться как по инициативе самого сотрудника, так и по инициативе психолога (с учётом результатов психодиагностических обследований, при недостаточности или неэффективности психоконсультационной работы).

Теоретико-методологическую базу реализации психокоррекционной помощи сотрудникам оперативных подразделений МВД России составляют исследования, проведённые в русле психоаналитического (основанного на глубинной психологии) [З.Фрейд, К.Юнг, А.Адлер, Э.Эриксон и др.]; поведенческого (включает тренинги умений и программы модификации поведения) [Б.Скиннер, А.Бандура, А.Эллис и др.]; экзистенциально-гуманистического, [А.Маслоу, Дж.Олпорт, К.Роджерс, Р.Мэй, Дж.Бьютженталь и др.] подходов, а также нейролингвистического программирования [М.Эриксон, Р.Бэндлер, Дж.Гриндер, Дж.Хейли, К.Маданес, де Шазер, О'Хенлон и др.] и гештальт-терапии [Ф.Перлз, Р.Хефферлин, П.Гудмэн и др.].

Психокоррекционная помощь сотрудникам оперативных подразделений МВД России может быть реализована как индивидуально, так и в группе. При этом и групповая и индивидуальная формы психокоррекции имеют свои преимущества. Индивидуальная психокоррекционная помощь:

- позволяет наиболее полно учитывать индивидуальные особенности сотрудника;
- способствует применению методов и приёмов, обеспечивающих наиболее эффективное разрешение конкретных проблем конкретного сотрудника;

- обеспечивает конфиденциальность работы.

Однако групповая форма психокоррекции также имеет свои плюсы:

- групповой опыт противодействует отчуждению, помогает решению межличностных проблем;
- возможность получения обратной связи и поддержки от людей со сходными проблемами;
- в группе человек может обучаться новым умениям, экспериментировать с различными стилями отношений среди равных партнёров;
- в группе участники могут идентифицировать себя с другими;
- взаимодействие в группе создаёт напряжение, которое помогает прояснить психологические проблемы каждого;
- группа облегчает процессы самораскрытия, самоисследования и самопознания.¹²

Таким образом, групповая психокоррекционная работа в ряде случаев может иметь больший психологический эффект, чем индивидуальное психокоррекционное воздействие психолога на сотрудника. При реализации психокоррекции в группе необходимо опираться на следующие принципы:

- персональной ответственности (результаты личностного роста зависят, прежде всего, от самого себя);
- самораскрытия (раскрытие своего «Я» другим людям – признак здоровой личности, защищает от построения ложного внешнего «Я»);
- принцип «здесь и сейчас» (анализируются актуальные в настоящий момент субъективно значимые проблемы);
- принцип «обратной связи» (участники группы вербально выражают свои субъективные эмоциональные переживания по поводу высказываний других членов группы);
- принцип гуманности (уважение друг к другу, безусловное принятие людей такими, какие они есть, решение о необходимости участия в психокоррекционной работе каждый принимает самостоятельно)¹³.

Психологическая реабилитация сотрудников оперативных подразделений ОВД предполагает реализацию целого ряда психологических мероприятий, содействующих восстановлению сотрудников, побывавших в экстремальных ситуациях и перенесших большие психологические и физические нагрузки и/или получивших ранения. Психологическая реабилитация сотрудников реализуется с учётом результатов психодиагностических обследо-

¹⁰ См.: Шнейдер Л.Б. Пособие по психологическому консультированию. – М.: Ось-89, 2003. – С.13-20.

¹¹ См.: Бовин Б.Г Психологическая коррекция в ПОО. Энциклопедия юридической психологии / Под ред. А.М. Столяренко. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2003 – С.478.

¹² И.В. Вачков Основы технологии группового тренинга. Психотехники: Учебное пособие. - М.: «Ось-89», 2001, - С.26-28

¹³ См.: Бовин Б.Г Психологическая коррекция в ПОО. Энциклопедия юридической психологии / Под ред. А.М. Столяренко. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2003 – С.478.

дований (при выявлении острых и/или посттравматических психических состояний). Восстановление психологической работоспособности сотрудников с признаками нервно-психической напряженности, дезадаптации, острых и /или посттравматических психических состояний осуществляется с использованием: психотерапевтических (индивидуальных и групповых), коррекционных, релаксационных (направленных на снятие нервно-мышечного напряжения) методов; а также мобилизирующих, включающих в деятельность¹⁴ и социально-психологических (базирующихся на поддержке со стороны руководства, сотрудников подразделения, членов семьи) мероприятий.

Направления психологического сопровождения, а также формы психологической помощи, указанные выше могут применяться как изолированно, так и совместно. В частности, диагностика профессиональной работоспособности почти всегда совмещается с психологическим консультированием и всегда – с психологической коррекцией; а психологическая коррекция - с психологической реабилитацией.

По мнению Е.В.Петухова [2003]¹⁵, психологическое сопровождение сотрудников ОВД также имеет отношение и к другим направлениям психологического обеспечения, в особенности к **профессионально-психологической подготовке и переподготовке** сотрудников.

Профессионально-психологическая подготовка и переподготовка сотрудников оперативных подразделений МВД России – это современный вид профессиональной, прикладной, специально организуемой подготовки, направленный на достижение сотрудниками профессионально-психологической подготовленности, как обязательного компонента их профессионального мастерства¹⁶,¹⁷. Реализуется профессионально-психологическая подготовка и переподготовка сотрудников оперативных подразделений ОВД с учётом характера их профессиональной деятельности; она направлена на развитие профессионально-важных (непосредственно влия-

ющих на промежуточные и конечные результаты профессионального развития, профессиональной деятельности: профессиональные знания, умения, способности и т.д.) и профессионально-значимых (определяющих отношение человека к содержанию и условиям профессиональной деятельности, профессионализации в целом: цели профессиональной деятельности, мотивационная направленность личности) качеств¹⁸.

В юридической литературе¹⁹,²⁰ представлены группы профессионально-важных качеств, необходимых оперативным сотрудникам для эффективно-го осуществления профессиональной деятельности.

I группа - познавательные качества (*внимание-наблюдательность*, умение замечать малозначительные изменения, способность быстро переключаться с одного объекта, на другой, сконцентрироваться одновременно на нескольких важных объектах, быстрая обучаемость владению техническими средствами; *память*-запоминание особенностей поведения, внешности, цифры, расположение местности, предметов, цвета; *мышление* - умение выделить главное, предвидеть события, найти оптимальный выход из сложных ситуаций, увидеть связь между различными явлениями, сделать выводы из малого количества признаков -умение логически связывать события, анализировать и делать заключения, все эти качества основываются на *ощущениях и восприятии* окружающей действительности и *эрудиции*);

II группа - коммуникативные качества (умение найти общий язык с различными категориями людей, склонять их на свою точку зрения путем логического убеждения, устанавливать в короткие сроки деловые и личные контакты с людьми из различных слоев общества, оценивать психологическое состояние окружающих незнакомых людей, согласовывать свои действия с другими людьми, объективно оценивая их и др.);

III группа - эмоционально-волевые качества (упорство и терпеливость в преодолении трудно-

¹⁴ Включающие в деятельность мероприятия заключаются постановке задач на возвращение к обычной активной деятельности с постепенным её наращиванием, обмене экстремальным опытом, совместной разработке предложений по использованию уроков из опыта, участие в реализации предложений. См.: Соляренко А.М. Постэкстремальная психологическая работа с сотрудниками. Энциклопедия юридической психологии / Под ред. А.М. Столяренко. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2003 – С.378.

¹⁵ См.: Петухов Е.В. Правовая и организационная основы психологической помощи сотрудникам органов внутренних дел: Учебное пособие. – М.: Академия управления МВД России, 2003. – С.38.

¹⁶ См.: Прикладная юридическая психология: Учеб. Пособие для вузов / Под ред. Проф. А.М. Столяренко. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2001, - С.269.

¹⁷ См.: Столяренко А.М. Профессионально-психологическая подготовленность сотрудника. Энциклопедия юридической психологии/ Под общ. Ред. Проф. А.М. Столяренко. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, Закон и право, 2003. – С.446.

¹⁸ См.: Поварёнков Ю.П. Профессиональное становление личности. Дисс. на соискание уч. степени доктора психол. наук. – Ярославль, 1999 – С.304.

¹⁹ См.: Бродченко О.И., Аментьев П.В. Развитие психологических профессионально-важных качеств сотрудников оперативных подразделений ОВД как средство повышения эффективности раскрытия преступлений: Методическое пособие. М.: ВНИИ МВД России, 2003. – 92 с.

²⁰ См.: Психодиагностика и развитие психологических профессионально важных качеств сотрудников отдельных оперативных подразделений МВД России: учебно-методическое пособие / Човдырова Г.С., Аментьев П.В., Бродченко О.И., Логунова О.А., Реуцкая И.Е.

стей, стрессоустойчивость, самообладание, способность брать на себя ответственность в сложных ситуациях).

IV группа - психофизиологические качества или темпераментные (уравновешенность, способность к быстрым психомоторным реакциям в условиях дефицита времени и экстремальности и др.)

V группа - личностные качества – «Я-концепция» (включает следующие компоненты: *когнитивный* – образ своих мыслей, качеств, способностей, социальной значимости и т.д.; *эмоциональный* – самоуважение, самолюбие; *оценочно-волевой* – стремление повысить самооценку, завоевать уважение).²¹

Формирование профессионально важных и профессионально значимых качеств оперативных сотрудников в рамках профессионально-психологической подготовки и переподготовки осуществляется в процессе специально организованного обучения. Данный психолого-педагогический процесс, по мнению О.Г.Ковалёва²², включает в себя шесть этапов: 1) формирование мотивов обучения; 2) постановка и осознание оперативных задач, ситуаций, вопросов; 3) организация познавательной деятельности, восприятия и оценки нового материала; 4) завершение познания и закрепление знаний; 5) применение знаний, умений и навыков в оперативной деятельности; 6) проверка и контроль результатов деятельности, развитие способностей к самопроверке и самоконтролю. При реализации психолого-педагогического процесса в рамках профессионально-психологической подготовки и переподготовки сотрудников оперативных подразделений МВД России приоритетное значение следует уделять использованию метода *психологического моделирования задач, условий и трудностей профессиональной деятельности*²³ оперативных сотрудников. Использование данного метода способствует активизации профессиональных мыслей, качеств, намерений и действий оперативных сотрудников ОВД, причём в приближенных к реальным профессиональным условиям.

Таким образом, психологическое сопровождение сотрудников оперативных подразделений ОВД нельзя рассматривать в отрыве от их профессиональной деятельности. Психологические проблемы, с которыми сталкивается психолог, осуществляя психологическое сопровождение сотрудников ОВД, лежат непосредственно в рамках их профессионального поля. Поэтому в настоящем аналити-

ческом обзоре необходимо акцентировать внимание на проблемах психологического сопровождения, связанных с профессиональной деятельностью оперативных сотрудников ОВД.

Осуществление психологического сопровождения сотрудников оперативных подразделений ОВД реализуется на протяжении трёх этапов их профессиональной деятельности: адаптации, профессионального развития и роста, реадaptации (подготовки к выходу на пенсию).

Реализация психологического сопровождения вновь принятых сотрудников на этапе *адаптации* к оперативно - служебной деятельности связана с решением следующих задач:

1) Осуществление психоконсультационной помощи руководителям оперативных подразделений ОВД по вопросам распределения вновь принятых сотрудников по конкретным направлениям деятельности с учётом склонностей и интересов вновь принятых сотрудников, их индивидуальных профессионально важных и профессионально значимых качеств личности.

2) Оказание просветительской психологической помощи вновь принятым сотрудникам, связанной с развитием профессионально важных качеств; формированием знаний, умений и навыков. Данная помощь реализуется в рамках профессионально-психологической подготовки оперативных сотрудников.

3) Оказание психологической помощи оперативным сотрудникам в адаптации к новой социальной среде, к новому коллективу. В этот период взаимоотношения вновь принятых сотрудников с сослуживцами чаще всего ещё не устоялись, это проявляется как не сформированный стиль взаимодействия с сослуживцами, отсутствие «своего места» в иерархии неформальных взаимоотношений в коллективе. Поэтому на данном этапе психологическое сопровождение вновь принятых сотрудников, целесообразно реализовывать преимущественно через индивидуальные формы оказания психологической помощи.

Реализация психологического сопровождения сотрудников оперативных подразделений на этапе *профессионального развития и профессионально-личностного роста* связана с оказанием психологической помощи, направленной на развитие психологического потенциала сотрудников, на их профессионально-личностный рост. Такая работа может быть реализована в виде психологического кон-

²¹ «Я-концепция» - относительно устойчивая, более или менее осознанная, переживаемая как неповторимая система представлений индивида о самом себе, на основе которой он строит взаимодействие с другими людьми и относится к себе. См.: Словарь практического психолога / Сост. С.Ю. Головин. – Минск: Харвест, 1997. – С.796.

²² См.: Ковалёв О.Г. Обучение и воспитание субъектов оперативно-розыскной деятельности. Энциклопедия юридической психологии/ Под общ. Ред. Проф. А.М. Столяренко. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, Закон и право, 2003. – С.147-148.

²³ См.: Прикладная юридическая психология: Учеб. Пособие для вузов / Под ред. проф. А.М. Столяренко. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2001, - С.271.

консультирования индивидуально и в группе,²⁴ психокоррекции, психологического просвещения (организация развития ПВК и ПЗК через игромоделирование профессионально-деятельностных ситуаций).²⁵ Для реализации психологического сопровождения на данном этапе целесообразно объединять сотрудников в группы по трём принципам в зависимости: 1) от стажа службы; 2) от характера и направления профессиональной деятельности; 3) от типа психологических проблем.

Психокоррекционная помощь на данном этапе также может быть востребована при возникновении признаков нервно-психической напряжённости, профессиональной дезадаптации, развития деструктивных поведенческих реакций. Всё это может быть проявлением острого стрессового (ОСС) и/или посттравматического стрессового состояния (ПТСС), как следствия участия в спецоперациях, связанных с риском для жизни и здоровья. Для устранения симптомов ОСС и ПТСС и для профилактики синдрома психофизического истощения, после неоднократно проводимых спецопераций целесообразно проводить *психологическую реабилитацию* сотрудников оперативных подразделений ОВД.

Реализация психологического сопровождения сотрудников оперативных подразделений на этапе *реадаптации* (завершения профессиональной деятельности в ОВД) связана с оказанием психоконсультационной помощи оперативным сотрудникам, направленной на их профессиональную ориентацию вне органов внутренних дел. Такая работа способствует более успешной адаптации сотрудников, ушедших в отставку к другим условиям социума.

Итак, опираясь на задачи психологического сопровождения и возможности их реализации в рамках психологического обеспечения деятельности сотрудников оперативных подразделений ОВД необходимо отметить целесообразность участия практического психолога при решении вопросов приёма на службу, ротации и увольнения сотрудников, создания управленческих команд, разрешения конфликтных ситуаций в подразделении и т.д., то есть вопросов, связанных с реализацией организационного психологического консультирования.

Таким образом, анализ нормативных документов и психологической литературы, позволили сделать следующие выводы:

1) Обеспечение психологического сопровождения сотрудников оперативных подразделений сопряжено с реализацией:

- диагностики профессиональной работоспособности сотрудников, направленной на выявление затруднений, блокирующих реализацию поступательного профессионального развития, неэффективных форм адаптации, нервно-психической напряжённости, дезадаптации, острых и/или посттравматических стрессовых состояний;

- психологической помощи через: индивидуальное психологическое консультирование при разрешении личных и семейных проблем; индивидуальное и групповое психологическое консультирование на этапах адаптации и реадаптации сотрудников, а также при затруднениях в профессиональном развитии; психокоррекцию нервно-психической напряжённости и психологическую реабилитацию дезадаптации на всех этапах психологического сопровождения сотрудников;

- профессионально-психологической подготовки, направленной на развитие профессионально важных качеств, а также формирование знаний, умений и навыков, необходимых для успешной реализации оперативно-служебной деятельности.

2) В зависимости от обстоятельств востребованности психологического сопровождения его объектами могут быть любые категории сотрудников оперативных подразделений ОВД, включая руководителей.

3) Субъектами психологического сопровождения оперативных сотрудников ОВД могут быть только профессиональные специалисты, владеющие: психологической диагностикой (способные определить и реализовать оптимальный комплекс диагностических мероприятий для выявления различных видов трудностей в реализации оперативно-служебной деятельности); индивидуальной и групповой формами психологического консультирования; методами психокоррекции и психологической реабилитации.

²⁴ См.: Реуцкая И.Е. Профессиональное здоровье руководителя органа (подразделения) внутренних дел и его психологическое обеспечение. Управленческий потенциал руководителей органов внутренних дел: диагностика и развитие: Методическое пособие. – М.: ГУК МВД России, 2004. – С.100-123.

²⁵ См.: Акмеология. Учебник / Под общей ред. А.А. Деркача, М.: РАГС, 2002, 618 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

А.Б.Стрельченко

В последние годы в отечественных медицинских и околomedicalных кругах стали много говорить о восстановительной медицине. Причем, часто оказывается, что в восстановительной медицине каждый из специалистов находит что-то интересное и близкое для себя и своего направления.

Такой интерес специалистов не случаен. Он обусловлен естественной реакцией думающих врачей на кризис отечественного здравоохранения.

Существующая в настоящее время доктрина государственного здравоохранения, ориентированная, прежде всего, на диагностику и лечение **болезни** и опирающаяся на аллопатическую (ортодоксальную) медицину, по мнению видных ученых и специалистов (Агаджанян Н.А., 1998-2001; Казначеев В.П., 1980, 1982, 1991; Лисицын Ю.П., 1988, 1992; Пономаренко В.А., 1989-2001; Разумов А.Н., 1990-2001), нуждается в серьезной коррекции. Это связано с кризисом ортодоксальной медицины, особенно ярко проявившимся в России на фоне общего системного кризиса.

Среди ряда признаков кризиса ортодоксальной медицины можно выделить:

- **аллергизацию** населения на фоне неблагоприятных экологических условий и все прогрессирующего роста количества синтетических веществ, включая фармпрепараты;
- **узкую специализацию** врачей-аллопатов, затрудняющую интегративный подход к оценке состояния больного и выбор эффективной программы его лечения;
- **экономически** тупиковую систему преимущественных капиталовложений в средства диагностики и лечения больных, забывая о практически здоровых, которые и зарабатывают эти капиталы.

В настоящее время ведется активная работа по пересмотру существующей доктрины здравоохранения. Акцент альтернативного подхода сделан на **недопущение развития заболеваний, повышение устойчивости** человека к воздействию неблагоприятных факторов жизнедеятельности.

Новая парадигма здравоохранения требует формирования не только нового клинического мышления врачей, но и внедрения в сознание пациентов понимания существования причинно-следственных связей их образа жизни с возникновением болезненных состояний.

Мысль сегодня абсурдна,
но на то и Время, чтобы увеличить
пространство Света

Акад. В.А.Пономаренко

Перенос акцентов в медицине с болезнecентристского на здоровьесцентристский является не чем иным как очередным витком спирали развития врачебного мировоззрения. Основа сути современной здоровьесцентристской методологии врачевания была заложена еще в Древнем Китае. В европейскую цивилизацию эти идеи более 2500 лет назад пришли благодаря Гиппократу. Свое дальнейшее развитие они получила в XIX веке в работах М.Я.Мудрова, С.П.Боткина, Н.И.Пирогова. На рубеже третьего тысячелетия мы снова возвращаемся к ним.

В основе новой парадигмы здравоохранения вообще, и восстановительной медицины как ее элемента, лежит известный принцип **морфологического эквивалента функции**. Этот принцип подразумевает стремление к синтезу актов души и неразрывно связанных с ним физиологических процессов, протекающих в теле. Если экстраполировать это на Вселенские законы – стремление к оптимальному соответствию идеального и материального в природе.

Главной управляющей системой организма человека в пространственно-временном континууме является центральная нервная система (Хлуновский А.Н., 1996). В этой связи, в основу методологии, прежде всего, восстановительной медицины следует положить закономерности функционирования ЦНС, сделав акцент именно на роль психики в развитии болезненных состояний.

Поворот отечественного здравоохранения к здоровьесцентристской парадигме совпал по времени с процессом разрушения тоталитарной системы государственного устройства. Тогда, когда был провозглашен приоритет личного над общественным.

На Западе такая приоритетность интересов личности была возведена в ранг идеологической аксиомы еще в эпоху зарождения капитализма. Однако реальное воплощение в методологии оздоровления человекоцентрированный подход получил после окончания Второй мировой войны, в 40-х – 60-х годах.

Одной из первых медицинских специальностей, где проявился этот подход, стала психотерапия. Так, в основе аналитической психологии Юнга и его последователей лежит вера в исцеляющие возможности психики. Основоположник одного из самых распространенных в мире направлений в психотерапии – К.Рождерс, в основу научных постулатов своей теории положил идею о том, что "...каждый

человек обладает самооценностью, достоинством и способностью к самоуправлению". Человекоцентрированный подход постулирует в каждом человеке тенденцию расти, развиваться, реализовывать весь свой потенциал. Внутренняя природа человека позитивна, конструктивна и социальна.

Очевидно, не случайно именно в послевоенные годы и именно на Западе, где эйфория победы над фашизмом быстро сменилась реальностью разрушенной экономики и духовного кризиса комбатантов, оказались социально востребованы гуманистические психотерапевтические практики.

Для дальнейших рассуждений попробуем обратиться к понятийному аппарату транзактного анализа Э.Берна – еще одного выдающегося представителя гуманистического направления психотерапии.

Западный «архетип отца», на персонификацию которого претендовал Гитлер, оказался кошмарной иллюзией. В этом единоборстве идеологий (а может быть даже и цивилизаций?!) победила советская духовность, на тот момент более передовая в своем гуманизме. Советские люди, подсознательно понимая, что они совершили в этой войне почти невозможное, еще долго, в течение нескольких последующих десятилетий продолжали находиться в Детском состоянии, испытывая восторг победителя. Стимулом пребывания в Детском состоянии для нашего народа являлась Родительская «руководящая и направляющая роль КПСС...».

Как известно, наиболее эффективными являются непересекающиеся транзакции. Поэтому Детское состояние расстроенной психики у отдельных представителей советского народа замечательно и вполне надежно корректировалось Родительскими директивными психотерапевтическими методами.

В настоящее время, в «эпоху больших перемен» ментальное состояние россиян вполне сравнимо с состоянием народов послевоенной Европы. Налицо низкая личностная престижность здоровья, заниженное самосознание, психическая дезадаптация, низкое качество жизни (Разумов А.Н., Пономаренко В.А., 2000). По данным Пироговского съезда врачей (1997) социально-экономические потрясения отразились, прежде всего, на **психическом здоровье** нации, выразившемся:

1. в детской преступности, проституции, наркомании;
2. в многолетнем нарастании суицидов среди взрослых;
3. в обвальном миграционном стрессе, хроническом страхе, тревожности, социальной астении у более 40 млн. человек пенсионного возраста (В.Медведев, В.Венедиктов, Р.Оганов, А.Баранов и др., 1997).

По данным академика Ю.П.Лисицина (1998) психическая деменция новорожденных и общая невротизация населения приобретают характер эпидемий. Эти заболевания делают людей инвали-

дами в 10 раз больше, чем диабет, в 20 раз больше, чем ДЦП.

Академик В.А.Пономаренко (2001), подводя неутешительный итог анализу душевного здоровья россиян, делает вывод: «Геокосмический дисбаланс информационно-энергетической организации ноосферы привел к искажению созидательной функции общественного интеллекта, ослаблению нравственного и психофизиологического потенциала населения всей страны».

Можно предположить, что системный кризис нашей общественной системы, повлек за собой духовный кризис общества, что сказалось на психическом здоровье россиян. В случившемся не надо искать умысла внешних сил. Причина внутри каждого из нас. Катастрофический характер некоторых прогнозов относительно вырождения нации и политики геноцида «мирового империализма» по отношению к русским легко опровергается тысячелетней историей России и возрождением послевоенной Европы.

Нам, большинству граждан Страны Советов, было хорошо и уютно в состоянии равновесия между жестко сформированной идеологическим воспитанием Родительской системой запретов - разрешений авторитарных фигур вождей и Детскими иллюзиями «пролетарского интернационализма», «неизбежностью победы коммунизма» и коварством «мирового империализма». Проявления Взрослой составляющей личности допускались лишь в прикладных целях науки, техники, производства.

Под развалинами Советского Союза была похоронена Родительская сущность государства, и его граждане остались один на один со своими Детскими желаниями, страхами, иллюзиями и заблуждениями. Более адаптированными к этим условиям оказались люди с более развитой Взрослой составляющей. В прежние времена они считались «единоличниками», «эгоистами», «приспособленцами». Для многих из них Взрослая сущность их личности прошла закалку либо в криминальных, либо в политических конфликтах с властью.

Нашу нынешнюю ситуацию можно сравнить с этапами взросления человека. Другими словами, архетип Детского состояния россиян начал взрослеть. Очевидно, нам, чтобы перейти во Взрослое состояние надо пережить Переходный возраст. Для Переходного возраста российского общественно-бессознательного характерны и гормональный взрыв «дикого рынка», и парадоксальность суждений искателей «исторической правды», и юношеская гиперсексуальность «волшебников голубого экрана», и асоциальное поведение «новорусских братков». Все это - проявления болезни роста, название которой – **дезадаптационный синдром**.

Переходный возраст – неизбежный этап развития каждого человека. Только переживая этот этап можно войти во Взрослое состояние. Здесь, во всей своей перманентности проявляются законы функци-

онирования Вселенной. Эксперименты, проведенные научной школой академика В.А.Пономаренко, позволили заключить, что динамика биофизических резервов человека, за счет которых и происходит процесс адаптации, напрямую не связана с характеристиками Пространства, а разворачивается лишь по шкале Времени (В.А.Пономаренко, 2001).

Только во Взрослом состоянии можно адекватно воспринимать себя и окружающий мир. Интересно, что именно психотерапевтические школы гуманистического направления апеллируют к Взрослому состоянию человека.

Следует отдать должное и отечественной психотерапии. Концепции гуманистической психотерапии Запада, в которых заложена вера в изначальную, конструктивную и творческую мудрость человека, убеждение в социально-личностной природе средств, стимулирующих конструктивное раскрытие личностного потенциала человека (К.Роджерс, 1980), чудесным образом перекликаются с концепцией отечественных психотерапевтов о саморегулирующих возможностях психики (А.С.Ромен, А.М.Святош, А.В.Алексеев, Л.П.Грибак и др.). Данная концепция сформировалась на основе опыта работы преимущественно с директивными психотерапевтическими методами – аутогенной тренировкой и гипнозом.

Таким образом, в отечественной психотерапии имеется собственный опыт гуманистических подходов. Он связан, прежде всего, с практикой повышения психологических возможностей здорового человека, занятого в сфере экстремальных видов профессиональной деятельности (спортсмены, летчики, космонавты, моряки, операторы сложных технических систем и т.д.). Большая часть методов данного направления психотерапии (точнее - психокоррекции) ориентирована на то, чтобы оптимизировать деятельность человека в экстремальных ситуациях, ускорить процессы восстановления. В этом им трудно составить конкуренцию каким-либо другим недирективным методам. Однако, в долгосрочной перспективе – после того, как экстремальные условия сменились повседневной жизнью, должны начинаться работать методы психотерапии «каждого дня и всей жизни».

Одной из важнейших проблем, тормозящих расширение сферы применения современных технологий восстановительной медицины, является проблема формирования **мотивации** пациента на оздоровление.

На практике часто приходится иметь дело с рентной установкой пациента по отношению к врачебным манипуляциям, направленным на повышение уровня его здоровья. Большинство пациентов, проходящих в центры и отделения восстановительной медицины, имеют иждивенческие настроения: «Я нездоров! Сделайте так, чтобы я выздоровел! Желательно быстро и навсегда!».

Результаты анкетирования пациентов (387 мужчин и женщин в возрасте от 18 до 57 лет), пользующихся услугами программы «Семейной медицины», показали, что 93,7% не считают себя ответственными за свое собственное здоровье. Причины своих недугов они видят в плохой экологии, отягощенной наследственности, неправильном образе жизни, навязанном социальным окружением.

Анализ внутренней картины своего состояния в случае болезни у пациентов с ярко выраженной рентной установкой показал отсутствие цельной внутренней картины своего организма. Большинство из них, несмотря на высокий образовательный ценз, затруднялись описать с использованием чувственных образов свое состояние.

Еще большее затруднение вызывало у этих пациентов просьба описать образ своего здоровья. Представление о себе – здоровом у большинства было дезактуализировано. Оказалось, что человек никогда не задумывался о том, как он выглядит, что он чувствует, будучи здоровым.

Отсутствие внутреннего образа, идеальной модели своего состояния, к которой следует стремиться, делает процесс излечения сложным: как можно двигаться по пути выздоровления, не зная, куда ты идешь и чего должен достигнуть?

К сожалению, большинство врачей, воспитанных на принципах аллопатической, заместительной медицины не могут помочь своим пациентам сформировать адекватный образ своего текущего состояния. Такова оборотная сторона узкой специализации врачей.

Наше восприятие пациента часто бывает односторонним и почти всегда патологизированным, профессионально искаженным. Нашему клиническому мышлению гораздо легче выявить у человека отклонения от среднестатистической нормы и отнести эти отклонения к той или иной нозологии, чем попытаться ответить на вопрос: «А в чем смысл данного отклонения? Каковы ресурсы человека по преодолению этого отклонения? Есть ли необходимость его вообще преодолевать?»

Классическое медицинское образование формирует у медиков представление о человеке, как о скопище болезней. У молодых врачей к концу обучения в ВУЗе четко формируется представление о том, что человек слаб, несовершенно и что нет здоровых людей, а есть недостаточная диагностика. Врач, контактируя с пациентом, ориентируется, прежде всего, на выявление болезни. Родительская составляющая личности врача подбирает к имеющимся заученным шаблонам тот «образ болезни», который несет в себе Детская составляющая личности пациента.

По этому поводу в аналитической психологии К.Юнга существует следующее мнение: «Наше восприятие пациентов часто бывает односторонне патологизированным, профессионально искаженным. Очень легко увидеть в поведении пациента

всевозможные психические отклонения и поставить диагноз. Став, тем самым, пленниками архетипической ситуации лечения. Частично эти образы индуцированы бессознательным пациента, чтобы пробудить эмпатию и сострадание терапевта, но частично они приходят из собственного бессознательного аналитика, являясь компонентами его личности или тени. Они могут мешать лечению, вызывая искусственную инфантилизацию и патологизацию клиента, препятствуя выходу на сцену образов его здоровья и целостности» (Раевский С.О., Хегай Л.А., 2000).

В настоящее время на кафедре транспортной медицины РМАПО в рамках всех курсов предпринимается попытка донести до курсантов – врачей и психологов – древние корни врачевания, осно-

ванные на здоровьесцентристском взгляде на пациента. С удовлетворением могу констатировать, что этот принцип находит у слушателей понимание.

Частично проблему формирования у пациента «образа здоровья» призвана решить разработанная нами, психотерапевтическая методика. Она сложилась из экзистенциально-гуманистической концепции выбора позитивного начала личности (К.Роджерс), принципа мировоззренческих диад ментальной экологии (В.Макаров), технологии формирования ресурсных состояний нейролингвистического программирования (Бендлер, Гриндберг).

Однако Временной континуум жестко управляет процессом насыщения Пространства новым мировоззрением. И мы находимся только в начале пути, но первый шаг уже сделан.

Литература:

1. Основные показатели здоровьесохранения в Российской Федерации в 1983-1996 гг. – М., 1997
2. Лисицин Ю.П. Вехи медицины XX века / В сб. Материалы I съезда историков медицины. – М., 1998
3. Пономаренко В.А. Размышления о здоровье. – М., 2001
4. Раевский С.О., Хегай Л.А. Методы аналитической психологии К.Юнга / В кн. Основные направления современной психотерапии. – М.: «Когито-Центр», 2000, 380 стр.
5. Хлуновский А.Н. О современной медицинской парадигме. Сознание и физическая реальность. – Т. 1. – № 4, 1996. – С. 1-13

РЕЗЮМЕ

ИСТОРИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СУВЕРЕННОГО КАЗАХСТАНА: ОШИБКИ, УРОКИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

А.А.Аканов

В данной статье описывается развитие здравоохранения Казахстана в постсоветский период. Смешение различных философии, принципов и подходов к решению проблемы организации здравоохранения в Казахстане отражало общую ситуацию в стране и отсутствие стратегии реформы здравоохранения, конечных целей развития, основных приоритетов. Сегодня система практического здравоохранения представлена в виде базовой медицинской помощи и расширенной медицинской помощи. Автором проанализировано кадровое обеспечение здравоохранения, роль и место медицинской науки. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения на период 2005-2010 г.г. представлена важнейшим этапом в развитии здравоохранения страны. Она основана на совершенно новых принципах, определенных в Послании Главы государства, предполагает однозначный переход на государственную модель развития с внедрением элементов внутреннего рынка, предполагает радикальные изменения в рамках базовой медицинской помощи, укрепление материально-технической базы здравоохранения, обеспечение доступности и справедливости в медицинской, лекарственной помощи, впервые затрагивает вопросы качества медицинской помощи и серьезного реформирования медицинского образования. Большое внимание уделяется в ней и развитию здоровья, выделяя приоритетом профилактическую направленность, охрану и укрепление здоровья детей и женщин фертильного возраста.

ОБ ОСОБОМ ИНТИМНОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОМ КОНТАКТЕ МЕЖДУ ПАЦИЕНТОМ И ВРАЧОМ В ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

А.В.Александрович

Цель сообщения – углубиться в существо вопроса, при каких условиях психотерапия шизофрении становится не только возможной, но, и эффективной.

Можно утверждать, что в настоящее время в клинической психиатрии существует учение об особом интимном эмоциональном контакте с душевнобольными, зародившееся ещё в швейцарской психиатрии в 20-х годах XX века. Это направление успешно развивается во многих зарубежных странах и у нас. Это направление должно составить пласт культуры отношения между психотерапевтами и пациентами психиатрических клиник. Автор статьи описывает особенности этого контакта, делится опытом его создания.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ МОЗГА

М.Б.Едигенова, Р.К.Сандыбаева

В статье рассмотрены вопросы, касающиеся аспектов психотерапевтического лечения у больных с органическими психическими расстройствами. Рассмотрена целесообразность применения активных методов лечения.

КАТАТИМНО-ИМАГИНАТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ (СИМВОЛДРАМА) В РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ, СТРАДАЮЩИМИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Е.В.Садальская

В статье представлен один из возможных вариантов организации работы с пациентами, страдающими бронхиальной астмой, с использованием кататимно-имагинативной психотерапии (символдрамы) в стационарных, санаторных и амбулаторных условиях, предварительные результаты проводимой работы.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОТЕРАПИИ

В.Н.Сгибов

Организация специализированной помощи больным с пограничными психическими расстройствами, внедрение принципов комплексной системы лечения и реабилитации в широкую медицинскую сеть - неолетальная задача здравоохранения. Подходы, используемые при ее организации:

- принцип приближения психотерапевтической помощи к населению, создание психотерапевтических кабинетов в лечебно-профилактических учреждениях различного профиля, специализированных центрах, многопрофильных больницах;
- принцип ступенчатости, создание системы подразделений и учреждений, осуществляющих психотерапевтическую помощь на различных уровнях;
- принцип преемственности, взаимной дополняемости учреждений и подразделений, оказывающих психотерапевтическую помощь на различных уровнях.

Была сформулирована концепция совершенствования психотерапевтической службы в регионе.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

С.А.Быкова, Е.Ю.Русина

Основной целью патопсихологического обследования больных шизофренией является выявление признаков так называемого шизофренического патопсихологического симптомокомплекса, наиболее характерными симптомами которого являются нарушения в познавательной сфере, мотивационные расстройства, нарушение критичности, самооценки и т.п.

При этом были сделаны следующие выводы:

1. Выявлено достоверное различие между группой больных шизофренией и группой здоровых по результатам выполнения тестов, требующих опосредования процесса мышления социальным опытом
2. Установить, является ли выявленное различие независимым от других нарушений мышления, не удалось
3. Разработанная методика может послужить основой для создания в дальнейшем методики для использования в клинической практике

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЗОЛОФТ В ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ДЕПРЕССИЙ

Т.Б.Оспан, С.В.Каирбаева, Х.Д.Макиев

Работа содержит опыт применения атипичного антидепрессанта золофт на стационарных и амбулаторных больных, показывает явные преимущества его перед традиционными антидепрессантами, его эффективность при основных видах депрессий, подчеркиваются дополнительные свойства: минимум побочных действий, возможность курации без отрыва от микросоциальной среды, безопасность, а также показана возможность использования препарата при функциональных сексуальных расстройствах у мужчин.

ДИНАМИКА АУТИСТИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ В ХОДЕ ТЕРАПИИ

В.И.Паксютов, Н.И.Зарипова, Л.Ф.Зуева

Ранний детский аутизм – тяжелое психическое расстройство, нарушающее адаптацию ребенка, лишаящее его радости общения и социализации в будущем. Накопленный опыт в детской психиатрии позволяет допускать, что при использовании комплексной терапии (медикаментозной и психологической) можно добиться положительной динамики в отношении развития аффективной сферы аутичного ребенка и последующей его адаптации. Цель работы, описанной в статье – добиться динамики аутистических проявлений в ходе комплексной терапии из более тяжелой стадии в более легкую.

СОЦИАЛЬНО-ВОЗРАСТНОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СЕЛЬСКИХ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

А.Н.Тургинбаева

Эпилепсия является одним из наиболее распространенных социально значимых психо-неврологических заболеваний, снижающих качество жизни больных. Одним из перспективных направлений современной эпилептологии является изучение качества жизни больных эпилепсией. Целью данного исследования явилось изучение связи качества жизни больных эпилепсией с социально-возрастными и психологическими показателями пациентов. Проведено обследование 126 больных эпилепсией в возрасте от 15 до 55 лет с использованием опросника ВОЗКЖ-100 и опросника депрессии Бека. В результате выявлено, что социально-возрастной статус и психоэмоциональное состояние больных эпилепсией достоверно влияет на их уровень качества жизни.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПОДРОСТКОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВИРТУАЛЬНЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И КОРРЕКЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ В РАБОТЕ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПАВ

С.Жантасова

Предложенный материал может привлечь внимание тех, кто интересуется диагностикой и коррекцией неэффективных стратегий психической адаптации. К таким стратегиям относятся аддиктивные формы поведения, деструктивные позиции в партнерских и семейных отношениях, стратегии, направленные на дезинтеграцию психической или психосоматической регуляции, девиантное поведение и др. Подход к психологической коррекции подростков с зависимостями при помощи компьютерной игры «The Sims» заключается в том, что пациентам предоставляется возможность осознать замаскированные позиции их бессознательного «Я». После чего, происходит их обучение рациональным способам разрешения конфликтов между сознательным и бессознательным «Я», которые во многом обуславливают аддиктивное поведение. Описанные выше возможности методики делают ее адекватным средством решения поставленных задач. Есть основания считать, что полученный опыт практического использования методики психологической компьютерной коррекции может найти широкое применение не только в сети учреждений здравоохранения, но и в работе школьных психологов для профилактики психической дезадаптации и, в частности, аддиктивного поведения и алкогольной зависимости. Интересен этот материал также и в области диагностики и коррекции нерациональных стратегий психической адаптации у подростков, нуждающихся в психологической поддержке. Прежде всего, необходимо работать с преподавателями и родителями, с целью формирования у них адекватного отношения к больному ребенку. В этих целях можно использовать результаты работы с данной методикой.

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

С.А.Новикова

В данном обзоре литературы рассматриваются личностные и характерологические особенности курильщиков. Отмечены мотивы начала курения и ряд факторов, которые можно объединить в две основные группы: психологические и социальные факторы.

Установлено, что развитие табакокурения обусловлено достаточно сложным комплексом социальных, психологических, биологических и медицинских факторов. Поэтому требуется углубленное изучение условий и механизмов развития табакокурения, с применением более совершенных форм и методов опроса и обследования, внимательного комплексного изучения характерологических особенностей, с последующей диагностикой и лечением, а также разработка эффективных психопрофилактических и психогигиенических программ.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ КОРРЕКЦИИ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ПМСП

Р.Абзалова

В последнее время доминирующим фактором девиантного поведения является системный кризис государства и общества. Данная проблема особенно актуальна для подростков, отклоняющееся поведение которых нередко служит средством самоутверждения, выражением протеста против реальной или кажущейся несправедливости взрослых.

В данной статье рассматривается один из наиболее распространенных видов девиантного поведения – суицидальное, изучаются причины суицидального поведения подростков и юношей.

«ЭКСТРЕМАЛЬНОЕ СУЩЕСТВОВАНИЕ» В СЕМЬЕ: ПРЕСТУПНИК И ЖЕРТВА

Т.В.Ермолаева

Если говорить о жертвах насильственных преступлений, то “... далеко не всегда жертва случайна. Очень часто ее связывают с преступником прочные невидимые нити, причем, как ни странно, и тогда, когда они едва знакомы. Неразрывность пары “убийца – убитый” тоже имеет свои причины, совершенно неочевидные. По большей части жертвы ни в чем не виноваты, если вообще позволительно говорить о какой-либо вине убитого человека. Тем более, крайне любопытны случаи, когда жертва как замороженная стремится к собственной гибели, хотя и не отдает себе в этом отчета”.

Это утверждение натолкнуло на мысль посмотреть на фигуру преступника сквозь призму жертвы, т.е. найти, что же общего между жертвой и преступником, каковы те невидимые нити.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ НЕВРОТИЗАЦИИ И ПСИХОПАТИЗАЦИИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

С.Б.Имангазинов, И.К.Тотина

Известно, что ВИЧ-инфекция сопровождается выраженным социально-психологическим неблагополучием. Неблагоприятный прогноз заболевания, особенно на фоне наркозависимости, способствует дальнейшему ухудшению психической сферы ВИЧ-инфицированных. В данной статье делается анализ исследования, проведенного с целью изучения состояния психической сферы лиц с ВИЧ-инфекцией.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ (обзор литературы)

Ж.Д.Калиева

В данной статье представлены данные о психических расстройствах при различных оперативных вмешательствах, рассматриваются нарушения не только психотического, но и невротического уровня за последние 10 лет. Приведены современные концепции патогенеза психических нарушений.

ПРОГРАММЫ ПОМОЩИ СОТРУДНИКАМ НА ПРЕДПРИЯТИЯХ

И.О.Кириллов, Е.С.Алборова

Программа помощи сотрудникам (ППС) – новая организационная форма предоставления помощи непосредственно на рабочем месте предприятиям в решении вопроса производительности труда и «клиентам-работникам предприятий» в своевременном обнаружении и разрешении личных проблем, (здоровье, супружеские и семейные отношения, наркологические и эмоциональные сложности, стресс и т.д.), которые могут отразиться на успешности их работы. Эти программы делают доступной квалифицированную помощь для людей, которые в ней нуждаются, и вряд ли получают её в другом формате. В статье освещены основные принципы работы ППС, основанные на опыте применения международных руководств в российских условиях.

ФАКТОРЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

О.С.Ковшова

Артериальная гипертензия (АГ) является одной из важнейших социально-экономических и медицинских проблем не только из-за широкого распространения. Значительная распространенность АГ, большое число осложнений, приводящих к стойкой нетрудоспособности лиц молодого возраста, объясняет актуальность профилактики и реабилитации этого заболевания. Ведущие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний - высокое эмоциональное напряжение, состояние хронического стресса, которые необходимо своевременно учитывать в лечении и профилактике АГ.

Многочисленные исследования показали, что АГ детского и подросткового возраста в дальнейшем может трансформироваться в ГБ взрослых. Недостаточная эффективность программ реабилитации и профилактики АГ на раннем этапе развития требует поиска новых превентивных мероприятий. Вместе с тем комплексное исследование факторов, участвующих в развитии АГ подростков, фрагментарны и не предусматривают интегративного взаимодействия клинициста, медицинского психолога и других специалистов. В связи с чем, в настоящем исследовании с позиции холистического подхода к болезни рассматривается взаимодействие комплекса клинических, социально-психологических факторов, участвующих в развитии АГ подростков.

ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СОТРУДНИКОВ ОПЕРАТИВНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ (аналитический обзор)

И.Е.Реуцкая

В настоящее время происходит активное развитие психологической службы в системе органов внутренних дел. Её потенциал должен использоваться для совершенствования профессионального мастерства,

повышения эффективности служебной деятельности сотрудников органов внутренних дел. В этой связи актуализировались проблемы психологического сопровождения сотрудников ОВД в рамках психологического обеспечения их деятельности.

Основные направления психологического сопровождения отражены в некоторых нормативных документах и рекомендациях МВД России. Данными нормативными документами определены основные задачи, а также функции психолога относительно психологического обеспечения деятельности сотрудников ОВД.

SUMMARIES

HISTORY OF PUBLIC HEALTH OF SOVEREIGN KAZAKHSTAN: MISTAKES, LESSONS AND PROSPECTS

A.A.Akanov

In the article development of public health of Kazakhstan in the postsoviet period is described. Mixture various philosophies, principles and approaches to the decision of a problem of the organization of public health in Kazakhstan reflected the common situation in the country and absence of strategy of public health reform, ultimate goals of development, the basic priorities. Today the system of practical public health is submitted as base medical aid and the expanded medical aid. The author analyses personnel maintenance of public health services, a role and a place of a medical science. The state program of reforming and development of public health for the period 2005-2010 is submitted by the major stage in development of public health services of the country. It is based on completely new principles determined in the Message of the Head of the state, assumes unequivocal transition to the state model of development with introduction of elements of a home market, assumes radical changes within the framework of base medical aid, strengthening of material base of public health services, maintenance of availability and validity in a medical, medicinal service, for the first time mentions questions of quality of medical aid and serious reforming of medical education. The big attention is given to development of health, allocating with a priority a preventive orientation, protection and strengthening of children health and fertility age women.

ABOUT SPECIAL INTIMATE EMOTIONAL CONTACT BETWEEN A PATIENT AND A DOCTOR IN PSYCHOTHERAPY OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

A.V.Aleksandrovich

The purpose of the message is to go deep into an essence of a question, under what conditions the psychotherapy of schizophrenia becomes not only possible, but effective.

It is possible to approve, that now in clinical psychiatry there is a doctrine about special intimate emotional contact to the insane persons, arisen in the Swiss psychiatry in 20th years of XX century. This direction successfully develops in many foreign countries and at our country. This direction should make a layer of culture of the relation between psychotherapists and patients of psychiatric clinics. The author of article describes features of this contact, shares experience of its creation.

COMPARATIVE STUDYING OF EFFICIENCY OF VARIOUS PSYCHOTHERAPEUTIC METHODS IN A COMPLEX OF TREATMENT OF PATIENTS WITH ORGANIC BRAIN PATHOLOGY

M.B.Edigenova, R.K.Sandybaeva

In the article the questions concerning aspects of psychotherapeutic treatment at patients with organic mental disorders are considered. The expediency of application of active treatment methods is considered.

CATATHYMIC-IMAGINATIVE PSYCHOTHERAPY (SYMBOLDRAMA) IN WORK WITH PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA

E.V.Sadal'skaya

In the article one of possible variants of the organization of work with the patients, suffering a bronchial asthma, with use of catathymic-imaginative psychotherapy (symboldrama) in stationary, sanatorium and out-patient conditions, preliminary results of spent work are submitted.

REGIONAL PROBLEMS OF PSYCHOTHERAPY

V.N.Sgibov

The organization of the specialized aid to the patient with boundary mental disorders, introduction of principles of complex treatment system and rehabilitation in a wide medical network are an urgent problem of public health services. The approaches used at its organization:

- A principle of approximation of a psychotherapeutic aid to the population, creation of psychotherapeutic studies in treatment-and-prophylactic establishments of the various structure, the specialized centers, versatile hospitals;
- A principle of gradualness, creation of system of divisions and the establishments which are carrying out a psychotherapeutic aid at various levels;
- A principle of continuity, mutual augmentability of establishments and divisions rendering a psychotherapeutic aid at various levels.

The concept of perfection of psychotherapeutic service in region was formulated.

EXPERIMENTAL - PSYCHOLOGICAL RESEARCH OF DISTURBANCES OF SOCIAL ADAPTATION OF PATIENTS BY SCHIZOPHRENIA

S.A.Bykova, E.Ju.Rusina

The basic purpose of pathopsychological inspections of patients with schizophrenia is revealing attributes so-called pathopsychological symptom complex of schizophrenia which most typical symptoms are disturbances in cognitive sphere, motivational disorders, disturbance criticalities, self-estimations etc.

Thus the following conclusions were made:

1. Authentic distinction between group of patients with schizophrenia and group healthy by results of performance of the tests demanding of mediating process of thinking by social experience is revealed
2. To establish, whether the revealed distinction is independent from other disturbances of thinking, was not possible
3. Developed technique can form a basis for creation of a technique for use in clinical practice

EXPERIENCE OF APPLICATION OF ZOLOFT IN TREATMENT OF VARIOUS FORMS OF DEPRESSIONS

T.B.Ospan, S.V.Kairbaeva, H.D.Makiev

This work contains experience of application of an atypical antidepressant Zoloft on stationary and outpatients conditions, its efficiency, its clear advantages against traditional antidepressants, at the basic types of depressions are shown, additional properties are emphasized: a minimum of collateral actions, an opportunity of conducting without separation from the microsocial environment, safety, and also an opportunity of use of a preparation at functional sexual frustration at men is shown.

DYNAMICS OF AUTISTIC DISPLAYS DURING THERAPY

V.I.Paksjutov, N.I.Zaripova, L.F.Zueva

Early children's autism - the heavy mental disorder breaking adaptation of the child, depriving his pleasure of an intercourse and socialization in the future. The saved up experience in children's psychiatry allows to suppose, that at use of complex therapy (medicamentous and psychological) it is possible to achieve positive dynamics concerning development of affective sphere of autistic child and his subsequent adaptation. The purpose of the work described in article - to achieve dynamics of autistic displays during complex therapy from hard stage to light one.

SOCIAL-AGE AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF LIFE QUALITY OF RURAL PATIENTS WITH EPILEPSY

A.N.Turginbaeva

Epilepsy is one of the most widespread social significant psychoneurologic diseases, lowering life quality of patients. One of perspective directions modern epileptology is studying life quality of patients with epilepsy. The purpose of the given research was studying connection of life quality of patients with epilepsy with social-age and psychological parameters of patients. Inspection of 126 patients with epilepsy in the age of from 15 till 55 years with use of questionnaire БОЗКЖ-100 and Bek's questionnaire of depression is carried out. In result it is revealed, that the social-age status and a psychoemotional condition of patients with epilepsy authentically influences their life quality level.

PSYCHOLOGICAL CONSULTATION OF ADOLESCENTS WITH USE OF VIRTUAL DIAGNOSTIC AND CORRECTIONAL OPPORTUNITIES IN WORK WITH DRUG DEPENDENCE

S.Zhantasova

The offered material can draw attention of those who is interested in diagnostics and correction of inefficient strategy of mental adaptation. An addictive form of behavior, destructive stands in partner and family relations, the strategy directed on disintegration of mental or psychosomatic regulation, deviant behavior concern to such strategy. Approach to psychological correction of adolescents with dependences with the help of computer game «The Sims» consists that the opportunity to realize the disguised stands their unconscious «Self» is given patients. Then, there is their training to rational ways of the resolution of conflicts between conscious and unconscious «Self» which in many respects cause addictive behavior. The opportunities of a technique described above do it adequate means of the decision of tasks in view. There are bases to consider, that the received experience of practical use of a technique of psychological computer correction can find wide application not only in a network of establishments of public health services, but also in work of school psychologists for preventive maintenance of a mental desadaptation and, in particular, addictive behavior and alcoholic dependence. This material is interesting for correction of irrational strategy of mental adaptation at the adolescents requiring for psychological support. First of all, it is necessary to work with teachers and parents, with the purpose of formation for them the adequate relation to the ill child. In these purposes it is possible to use results of work with the given technique.

PERSONAL FEATURES OF PATIENTS WITH TOBACCO DEPENDENCE

S.A.Novikova

In the given review of the literature are considered personal and character features of smokers. Motives of the beginning of smoking and a number of factors which can be united in two basic groups are marked: psychological and social factors.

It is established, that development of smoking is caused with complex of social, psychological, biological and medical factors. Therefore the profound studying conditions and mechanisms of development of smoking, with application of more perfect forms and methods of interrogation and inspection, attentive complex studying of character features, with subsequent diagnostics and treatment, and also development effective psychopreventive and psychohygienic programs is required.

SOCIAL - PSYCHOLOGICAL PROBLEMS OF CORRECTION OF DEVIANT BEHAVIOR AT ADOLESCENTS

R.Abzalova

Recently the dominant factor of deviant behavior is system crisis of the state and a society. The given problem is especially actual for adolescents, who deviant behavior quite often serves as means of self-affirmation, expression of the protest against real or apparent injustice of adults.

In given article one of the most widespread kinds of deviant behavior - suicide is considered, the reasons of suicide behavior of adolescents and young men are studied.

«EXTREME EXISTENCE» IN FAMILY: CRIMINAL AND VICTIM

T.V.Ermolaeva

If to speak about victims of violent crimes «...the victim is nonrandom. It is connected very frequently to a criminal with strong invisible strings, and, strangely enough, and then when they are hardly familiar. Indissolubility of pair «the murderer - dead man» has the reasons too, completely unevident. Generally victims are not guilty in anything if at all permissibly to speak about any fault of the killed person. Especially, cases when the victim as bewitched aspires to own destruction”.

This statement give an idea to look at a figure of a criminal through a prism of a victim i.e. to find common things between a victim and a criminal, what are those invisible strings.

COMPARATIVE STUDYING OF NEUROTIZATION AND PSYCHOPATHY LEVEL AT THE HIV-INFECTED PERSONS

S.B.Imangazinov, I.K.Totina

It is known, that the HIV-infection is accompanied by the expressed social-psychological trouble. The adverse forecast of disease, it is especial on a background of drug addiction, promotes the further deterioration of mental sphere of the HIV-infected personas. In given article the research which has been carried out with the purpose of studying of a condition of mental sphere of persons with the HIV-infection is analyzed.

MODERN PROBLEMS OF DIAGNOSTICS OF MENTAL DISORDERS AT SURGICAL INTERVENTIONS (literature review)

Z.D.Kalieva

In given article the data on mental disorders at various operative interventions are submitted, disturbances not only psychotic, but also neurotic level for last 10 years are considered. Modern concepts of a pathogeny of mental disorders are given.

EMPLOYEE ASSISTANCE PROGRAMS

I.Kirillov, E.Alborova

Employee Assistance Program (EAP) is a new organizational form to deliver workplace-based assistance to organizations in addressing productivity issues and “employee clients” in identifying and resolving personal concerns,

including but not limited to, health, marital, family, alcohol, drug, emotional, stress, or other personal issues that may affect job performance. This program make qualified aid available to people who need it but unlikely would get it in other circumstances. In this article we introduce you with basic principles of EAP functioning using our experience of application of International Guidelines in Russian realities.

FACTORS OF A MENTAL DESADAPTATION OF ADOLESCENTS WITH AN ARTERIAL HYPERTENSION

O.S.Kovshova

Arterial hypertension (AH) is one of the major social and economic and medical problems not only because of a wide circulation. Significant prevalence of AH, the big number of the complications resulting in proof invalidity of persons of young age, explains a urgency of prevention and rehabilitation of this disease. Conducting risk factors of cardiovascular diseases - a high emotional pressure, a condition of chronic stress which in due time is necessary for taking into account in treatment and prevention of AH.

Numerous researches have shown, that AH of children's and teenage age further can be transformed in hypertension at adults. Insufficient efficiency of programs of rehabilitation and prevention of AH at an early stage of development demands search new preventive actions. At the same time complex research of the factors participating in development of AH of teenagers, are fragmentary and do not provide integrative interaction of the clinical physician, the medical psychologist and other experts. In this connection, in the present research from a stand of holistic approach to illness interaction of a complex of the clinical, social - psychological factors participating in development of AH of teenagers is considered.

PROBLEMS OF PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF EMPLOYEES OF OPERATIVE DIVISIONS OF LAW-ENFORCEMENT BODIES

I.E.Reutskaya

Now there is an active development of psychological service in system of law-enforcement bodies. Its potential should be used for perfection of professional skill, increase of efficiency of service activity of employees of law-enforcement bodies. Problems of psychological support of employees in this connection were staticized within the framework of psychological maintenance of their activity.

The basic directions of psychological support are reflected in some normative documents and recommendations of the Ministry of Internal Affairs of Russia. The given normative documents determine primary goals, and also functions of the psychologist concerning psychological maintenance of activity of employees of law-enforcement bodies.

Подписано в печать 21.02.2005 г. Формат 60х90 1/8. Бумага офсетная.
Гарнитура Times New Roman. Усл. печ. лист. 8,75. Усл. изд. лист 14.
Тираж 500 экз. Печать RISO.
Отпечатано в РГКП «Республиканский научно-практический Центр
медико-социальных проблем наркомании».
Республика Казахстан, г. Павлодар, ул. Кутузова, 200, тел. (3182) 57-29-39.