

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

Том XI

№ 2

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.

Кластеры и инновационные технологии в медицине 7-12

ПСИХОТЕРАПИЯ

Зуева Е.А.

Роль семейного психотерапевта на этапе перехода семьи от диады к триаде 13-18

Катков А.Л.

Миссия психотерапии в контексте идеи Нового Времени *Лаврова Н.М., Лавров В.В.* 18-23

Системно-информационные аспекты преодоления семейных кризисов 23-32

Потапова Т.Ф.

Теоретические аспекты и практический опыт проведения группового психоанализа 32-37

Ротов А.В.

Пятнадцатилетний опыт успешной психокоррекции избыточного веса 38-39

Свидро Н.Н.

«Караоке-тренинг» - метод психотерапии *Семкина Е.И.* 39-40

Практическое применение игровых методик в коррекции межличностных отношений у людей среднего возраста 40-47

Уваров Е.А.

Использование тенденции к самоактуализации клиента при системно-синергетическом подходе 47-48

ПСИХИАТРИЯ

Алимов У.Х., Рустамов Х.Т.

Об информативности некоторых факторов прогноза выраженности психических расстройств, обусловленных эпилепсией 49

Алимов У.Х., Ахмедов С.А.

Особенности и профилактика общественно опасных действий больных умственной отсталостью 49-51

Бирюков В.Е., Дусумов Б.С.

Невменяемость в судебно-психиатрической практике. Судебно-психиатрическая оценка основных нозологических единиц. Краткие статистические данные по ВК обл. СПЭК. 51-55

Мусинов С.Р.

К проекту отраслевой программы «Психическое здоровье населения Республики Казахстан» на 2005-2010 года 55-60

Терещенко Е.В.

Психологическая помощь психиатру 60-66

Профессиональная
Психотерапевтическая
Лига

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

Том XI
№ 2
2005 год

выходит
4 раза в год

НАРКОЛОГИЯ

Арыстанова В.С., Ибатов А.Н.

Использование отвара из корня и корневищ левзеи сафлоровидной для купирования алкогольного абстинентного синдрома

67-68

Арыстанова В.С., Ибатов А.Н.

Опыт сочетанной фито- и психотерапии больных алкоголизмом с хронической патологией внутренних органов

68-69

ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

Вичкапов А.В.

Особенности дифференциальной диагностики тревожных расстройств, коморбидных с гипертонической болезнью и изучение влияния адаптационного образа болезни на диагностически-терапевтический маршрут пациента

70-71

Джарбусынова Б.Б.

Ещё немного о социофобии

71-73

ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Джарбусынова Б.Б.

Социальная фобия как расстройство качества жизни

74-76

Руженков В.А., Тужилова М.Б., Рычкова О.В.

Деадаптивные стратегии поведения в конфликтной ситуации подростков, лишенных родительского попечительства, как «симптомы-мишени» для психологической коррекции

76-83

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

Новикова М.Ю.

О работе врача-психолога в сфере родовспоможения

84-87

Путимцева Н.Г.

Личностная тревожность: содержательный анализ опасений и страхов современного школьника

88-89

Соковнина М.С.

Криминализация разговорной речи: психологические, педагогические и социальные аспекты проблемы

90-94

Резюме

95-106

VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

TABLE OF CONTENTS

EDITORIAL ARTICLES

FOUNDERS:

Akanov A.A.

Clusters and innovational technologies in medicine 7-12

PSYCHOTHERAPY

Professional Psychotherapeutic League

Zueva E.A.

Role of family psychotherapist at a stage of transition of family from diad to triad 13-18

Katkov A.L.

Mission of psychotherapy to a context of idea of New Time 18-23

Lavrova N.M., Lavrov V.V.

System-information aspects of overcoming of family crises 23-32

Potapova T.F.

Theoretical aspects and practical experience of realization of a group psychoanalysis 32-37

Rotov A.V.

Fifteen-year experience of successful psychocorrection of excess weight 38-39

Svidro N.N.

«Karaoke -training» - a method of psychotherapy 39-40

Semkina E.I.

Practical application of game techniques in correction of interpersonal relation at middle-aged people 40-47

Uvarov E.A.

Use of the tendency to self-actualization of the client at the system-synergetic approach 47-48

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

PSYCHIATRY

Alimov U.H., Rustamov H.T.

About self-descriptiveness of some factors of the forecast of expressiveness of the mental disorders caused with epilepsy 49

Alimov U.H., Ahmedov S.A.

Features and preventive maintenance of socially dangerous actions of patients with mental deficiency 49-51

Biryukov V.E., Dusumov B.S.

Diminished responsibility in judicial-psychiatric practice. A judicial-psychiatric estimation of the basic nosologic units. The brief statistical data for East Kazakhstan region. 51-55

Musinov S.R.

To the project of the branch program «Mental health of the population of Republic of Kazakhstan» in 2005-2010 55-60

Tereshchenko E.V.

Psychological aid to a psychiatrist 60-66

Volume XI
№ 2
2005
Published 4 times
in a year

NARCOLOGY

<i>Arystanova V.S., Ibatov A.N.</i> Application of phytotherapy for reduction of alcoholic abstinence syndrome	67-68
<i>Arystanova V.S., Ibatov A.N.</i> Experience of combination phyto and psychotherapy of alcoholic's patient with chronic pathology of internal organs	68-69

BOUNDARY PATHOLOGY

<i>Vichkapov A.V.</i> Features of differential diagnostics of disturbing disorders, comorbid with hypertonic illness and studying of influence of an adaptable image of illness on a diagnostic-therapeutic route of the patient	70-71
<i>Dzharbusynova B.B.</i> A little more on sociophobia	71-73

BOUNDARY DISORDERS

<i>Dzharbusynova B.B.</i> Social phobia as quality of life disorders	74-76
<i>Ruzhenkov V.A., Tuzhilova M.B., Rychkova O.V.</i> Disadaptive strategy of behavior of the teenagers in a conflict situation, deprived parental guardianship, as «symptoms - targets» for psychological correction	76-83

HEALTH PSYCHOLOGY. VALEOLOGY

<i>Novikova M.J.</i> About work of a psychologist in sphere of obstetric aid	84-87
<i>Putimtseva N.G.</i> Personal anxiety: the substantial analysis of anxieties and fears of the modern schoolchildren	88-89
<i>Sokovnina M.S.</i> Criminalization of informal conversation: psychological, pedagogical and social aspects of the problem	90-94
<i>Summaries</i>	95-106

КЛАСТЕРЫ И ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ

А.А.Аканов

В последние годы в мире резко возрос интерес к кластерам. Известны многочисленные примеры успешных кластеров в развитых странах - Германии, США, Японии и в развивающихся странах Латинской Америки, Азии, Африки.

В основе теории кластерного механизма лежит понятие «кластер» - пучок, блок, пакет. Кластер в экономической литературе определяется как индустриальный комплекс, сформированный на базе территориальной концентрации сетей специализированных поставщиков, основных производителей и потребителей, связанных технологической цепочкой, и выступающий альтернативой секторальному подходу.

Одним из основных направлений развития экономики на 2005 год остается реализация 1 этапа Стратегии индустриально-инновационного развития страны. Казахстан конкурентоспособен как минимум в девяти отраслевых сегментах, не считая традиционные сырьевые производства. К такому заключению пришли специалисты американской консалтинговой компании «Dg.Austin Associates», которые совместно с экспертами Гарвардского университета проводят по контракту с Правительством РК проект оценки конкурентоспособности Казахстана. В данном контракте участвует основоположник теории кластерного развития Майкл Портер (советник Правительства), который изучил данную проблему посредством исследования конкурентных позиций более 100 отраслей различных стран мира. Конкурентоспособность оказывается все более зависящим не от производственных факторов, а от способности создавать и применять знания и технологии. Развитие информационных технологий, производство новых материалов, биоинженерии и биотехнологии создают условия для потока нововведений и изменений практически в каждой отрасли, в том числе и медицине.

Итак, кластерный подход, первоначально используемый в исследованиях проблем конкурентоспособности, со временем стал применяться при решении еще более широкого круга задач, в частности:

- при анализе конкурентоспособности государства, региона, отрасли;
- как основа общегосударственной промышленной политики;
- при разработке программ регионального развития;
- как основа стимулирования инновационной деятельности;

- как основа взаимодействия большого и малого бизнеса.

Важной отличительной чертой кластера является его инновационная ориентированность. Наиболее успешные кластеры формируются там, где осуществляется или ожидается «прорыв» в области техники и технологии производства с последующим выходом на новые «рыночные ниши». В этой связи многие страны - как экономически развитые, так и только начинающие формировать рыночную экономику - все активнее используют «кластерный подход» в формировании и регулировании своих национальных инновационных программ. Инновационный кластер, являясь наиболее эффективной формой достижения высокого уровня конкурентоспособности, представляет собой объединение различных организаций (промышленных компаний, исследовательских центров, органов государственного управления, общественных организаций и т.д.), которое позволяет использовать преимущества двух способов координации экономической системы - внутригосударственной иерархии и рыночного механизма, что дает возможность более быстро и эффективно распределять новые знания, научные открытия и изобретения.

Возникновение и распределение кластеров и инновационной активности являются закономерными процессами. Тенденции к образованию кластеров чаще всего имеют совместную научную или производственную базу, более того успешное развитие кластера может быть гарантировано лишь при условии, что научная база позволяет построить кластер не по специализированному, а по дифференцированному типу. При этом инновационная структура кластера способствует снижению совокупных затрат на исследование и разработку новшеств за счет повышения эффекта производственной структуры (не распылять средства), что позволяет участникам кластера стабильно осуществлять инновационную деятельность в конкретном направлении и без дублирования.

В целом различаются 3 широких определения кластеров, каждое из которых подчеркивает основную черту его функционирования:

- это регионально ограниченные формы экономической активности внутри родственных секторов, обычно привязанные к тем или иным научным учреждениям (НИИ, университетам, академиям и т.д.).
- это вертикальные производственные цепочки; довольно узко определенные секторы, в которых

смежные этапы производственного процесса образуют ядро кластера (например, цепочка «поставщик - производитель - сбытовик - клиент»). В эту же категорию попадают сети, формирующиеся вокруг головных фирм.

- это отрасли промышленности, определенные на высоком уровне агрегации (например, «химический кластер») или совокупности секторов на еще более высоком уровне агрегации (например, «агропромышленный кластер»).

Для практических целей можно выделить 2 стратегии развития кластеров, которые дополняют друг друга:

- стратегии, направленные на повышение использования знаний в существующих кластерах;
- стратегии, направленные на создание новых сетей сотрудничества внутри кластеров.

В настоящее время экспертами описаны 7 основных характеристик кластеров, на комбинации которых базируется выбор той или иной кластерной стратегии. Из них наиболее близкая к нам: фокусная (кластер организации, сосредоточенных вокруг одного центра - НИИ или учебного заведения).

Что касается идентификации потенциальных кластеров инновационного развития в медицине, то их можно разделить на два типа - производство фундаментальных знаний и прикладные разработки.

Идентификация кластеров первого типа, которые, как правило, не могут быть коммерциализированы, должна осуществляться параллельно фундаментальной реформе сферы научной деятельности и разработок, которая наряду с реформой здравоохранения также является одним из важнейших интеграционных мероприятий, и являться составной частью реформы. Необходимость реформы обусловлена тем, что, несмотря на резкое сокращение объемов финансирования, механизмы организации и функционирования медицинской науки остались, за исключением внедрения тематического финансирования научных работ и разработок, практически неизменными со времен Советского Союза и совершенно не соответствуют требованиям современного рыночного хозяйства. Тем более они непригодны как действующие институты системы инновационного развития. В результате реформы количество финансируемых направлений фундаментальной науки должно быть резко сокращено, осуществлена рационализация и организационное изменение системы, вместо институтов создано несколько финансируемых из бюджета современных научных центров с соответствующим оборудованием для осуществления фундаментальных тематических и прикладных разработок (по подобию реформы НАН РК). Должны быть резко увеличены нормативы финансирования как за счет сокращения количества тем, так и за счет увеличения объемов внебюджетного финансирования.

Кластеры прикладных разработок также должны быть оптимизированы и организационно изменены с сосредоточением на деятельности с целью производства технологий и знаний с дальнейшей их коммерциализацией. Здесь первоначально можно также использовать бюджетное финансирование с дальнейшим внедрением системы коммерческой реализации успешных разработок.

Обобщая опыт, полученный за последние десять лет развития кластерных систем, можно сказать, что они дали значительный импульс развитию медицины, фармации и биотехнологиям тех стран, которые применили их принципы.

В США, где ученые раньше других начали изучать принципы развития региональных экономик, а М.Портер был пионером-разработчиком кластерной модели, промышленные кластеры стали весьма популярны. Ярким примером кластера является «Силиконовая долина». В специальной литературе такой вид предприятий определяется как «несколько расположенных вместе формально независимых фирм и организаций, которые осуществляют схожую деятельность или сотрудничают при изготовлении схожей продукции». Например, западные кластеры «голландских роз», «французских духов». Одни компании осуществляют изготовление продукции, другие занимаются продвижением ее на рынок, третьи отвечают за доставку, четвертые продают товар. Неотъемлемой частью такого объединения должны стать университеты и научно-исследовательские институты

В кластеры на 1 этапе их развития может входить и государство, основной ролью которого являются инвестиции и дальнейшая финансовая поддержка. Ведь в стране мало компаний, чей капитал способен стать основой кластера в медицине. Но, государство в этой ситуации должно только содействовать, а основные риски должен брать на себя частный сектор. В любом случае через развитие кластеров реальностью становится производство высокотехнологичной и экспортноориентированной продукции, способной выйти сначала на местный региональный рынок, а в будущем и на рынок СНГ. Поэтому государство должно стимулировать компании, активно занимающиеся научными исследованиями, разработкой и внедрением новых технологий в медицине и фармации, обеспечить развитие производственной базы создания новых инновационных кластеров.

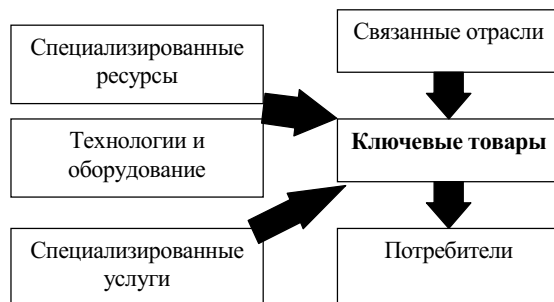
Необходимо отметить, что дискуссии по поводу развития кластеров начались с выходом в 1990 году книги Майкла Портера «Конкурентные преимущества наций». С тех пор методы анализа кластеров постоянно совершенствовались. В последней масштабной работе, посвященной комплексному исследованию финских кластеров и опубликованной в конце 2001 года, в описании структуры кластеров авторы перешли от экспертных оценок

и анализа кейсов к использованию таблиц «затраты-выпуск», значительно улучшили методы прогнозирования абсолютных показателей, более детально рассмотрели глобальные тенденции в соответствующих секторах. Однако средства визуализации

кластерной структуры и факторов конкурентоспособности остались прежними: несколько модифицированные модели, основанные на работах Портера: структура кластера (рис.1) и модель «Даймонд» (рис.2).

Рисунок 1

Структура кластера

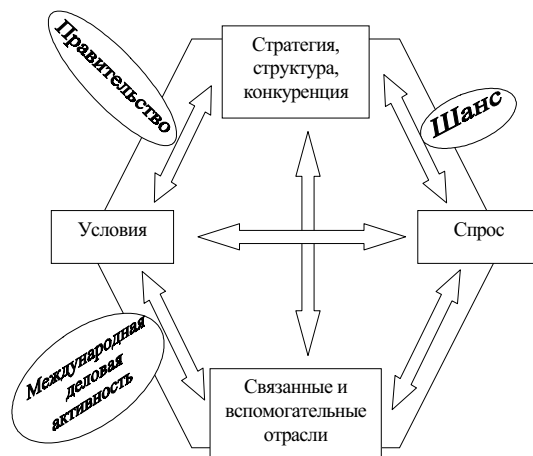


В модель «Даймонд» финские экономисты добавили блок «Международная деловая активность» (International

business activity) в качестве третьей внешней силы, учитывающей глобальные экономические процессы.

Рисунок 2

Модель «Даймонд»



В 1990 г. для развития фармацевтической и медицинской промышленности в Финляндии (кластер здравоохранения по финской классификации) был создан кластер Mediapolis, который возглавил направление в медицине и биотехнологиях. В нем кооперировали свою деятельность 50 компаний, которые заняты разработкой фармакологической продукции, медицинского оборудования, оснащения для диагностики, программного обеспечения для здравоохранения. Организованные при этом кластере Центры знаний и предпринимательства привлекли к себе многие крупные зарубежные фирмы.

Структура этого кластера в здравоохранении Финляндии пока фрагментарна, но усиленно формируется. В него входят следующие финские компании: Orion, Leiras, Wallace, Instrumentarium, Amer, Tamro, Raisio Life Sciences, Leading Hospitals и др.. Кластер считается потенциально развивающимся. Тем не менее, кластер здравоохранения характеризуется неравномерным развитием структуры кластера и слабостью отдельных элементов модели «Даймонд». Однако при этом существуют выраженные конкурентные преимущества и фундаментальные факторы, способствующие дальнейшему развитию (табл. 1).

Экономическая характеристика кластера здравоохранения Финляндии

КЛАСТЕР	Объем производства в 1999 г. млрд.ФМ	Занятость в 1999 г. чел. (тыс)	Среднегодовые темпы роста, 2001- 2015 (прогноз), %	
			производство	занятость
здравоохранение	8,9	313,4	2,2	1.5

Специалисты считают, что кластер здравоохранения, ориентированный на обслуживание внутреннего рынка, является важным с точки зрения обеспечения занятости, но в ближайшие 10-15 лет будет расти медленнее экономики Финляндии в целом.

Исследуя историю становления, а также важнейшие тенденции развития финских кластеров, можно выявить некоторые характерные черты. Во всех случаях важнейшим фактором современной конкурентоспособности кластеров является высокий уровень развития системы связанных научно-исследовательских институтов и отраслей. С одной стороны, это явилось результатом рыночных отношений и эффективной конкуренции, а в том, что касается формирования национальной инновационной системы и притока квалифицированных кадров - безусловной заслугой государственной политики. Можно отметить интересный парадокс: эффективное развитие производства продукции с высокой добавленной стоимостью и активные инновации происходили в секторах, испытывавших недостаток природных ресурсов. Недостаток собственных энергоресурсов сформировал спрос на энергоэффективные технологии, относительный недостаток лесных ресурсов (для экспортоориентированного производства), металлов, химикатов стимулировал углубление процессов переработки сырья, предпринимательский расчет и грамотная промышленная политика государства обеспечили правильный

выбор перспективных рыночных ниш и инвестиционных приоритетов.

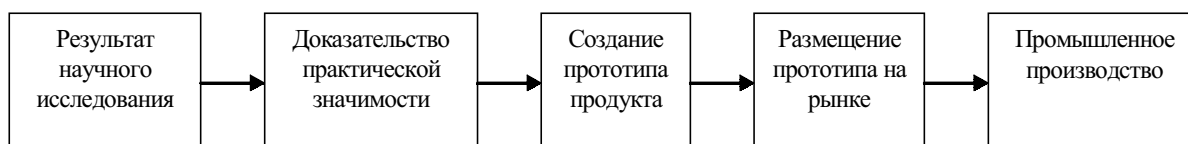
Для кластера здравоохранения важнейшим элементом будущей конкурентоспособности станут непрерывные инновации, а также растущий внутренний и внешний спрос (Финляндия).

Приведем другой пример. Американские университеты (их медицинские факультеты в том числе) стремятся создать устойчивую систему связей с бизнесом для ускорения процесса прикладного использования результатов исследований и разработок, осуществляемых исследовательскими коллективами. В этом видится решение многих проблем, и, прежде всего, финансирования, как самих исследований, так и университетов. Необходимость такой системы определяется, прежде всего, тем, что основная масса структурных подразделений университетов, также как и люди, занимающиеся исследованиями, как правило, не обладают необходимыми навыками в продвижении результатов своей работы на инновационный рынок.

Между тем, основные элементы продвижения результатов на инновационный рынок общеизвестны (рис 3). Рассмотрим в общем виде алгоритм ее работы. Если представить цепочку последовательных действий, которые необходимо осуществить (в соответствии с требованиями патентного права США), между появлением научной идеи и началом ее производительного использования, то она будет выглядеть следующим образом.

Рисунок 3

Последовательность действий реализации изобретения в США



Во многих университетах США существуют специально созданные Центры трансфера (передачи) технологий и развития университета (Office of Technology Transfer and Economic Development).

Его главной функцией является передача (трансферт) технологий и установление партнерских отношений между университетом и бизнесом. Трансферт технологий определяется им как «процесс, в

котором технологии, изобретенные в университете, патентуются, приобретают права интеллектуальной собственности, представляются рынку и лицензируются как уже существующими, так и начинающими заниматься бизнесом фирмами для блага всего общества, университета и исследователей. Такие Центры решает следующие задачи:

- стимулирование передачи технологий и коммерциализации интеллектуальной собственности;
- содействие экономическому развитию штата через связи с производством, осуществление маркетинга, обогащение и стимулирование становления нового бизнеса;
- развитие образования, ресурсов и оказание помощи преподавателям, сотрудникам и студентам, необходимых для защиты их интеллектуальной собственности.

В результате научно-исследовательской работы, проводимой в университете, складывается портфель технологий, которые могут пользоваться спросом на рынке и с которым работает Центр. Слабым пока в этом механизме остается звено, связанное с определением рыночных перспектив идеи. Когда исследователь оформит свою идею в виде определенного предложения, ему необходимо, чтобы специалисты, знакомые с рыночными условиями хозяйствования, помогли ему определить области будущего использования и подсказали шаги, которые необходимо предпринять для этого. Поэтому основной задачей является создание так называемого «оценочного комитета», включающего профессионалов и специалистов - экономистов, бизнесменов и частных компаний венчурного бизнеса, имеющих возможность оценить изобретение и дать рекомендации относительно возможностей его применения.

Остановимся на роли государства (в том числе министерства здравоохранения) в оказании помощи развитию инновационного процесса в медицине и фармации. Тут можно выделить две стратегии:

1) стратегию «технологического толчка» (technology push), в соответствии с которой оно создает условия для развития интеллектуальной собственности в начальном звене инновационного процесса, возникновения нового знания, прежде всего, в сфере науки, обеспечения высоких темпов создания интеллектуальных продуктов

2) стратегию стимулирования рыночного спроса. Она основывается на активизации деятельности пользователей интеллектуальных продуктов, на создании условий роста спроса на наукоемкую продукцию, производства новых товаров, стимулировании обновления капитала. Подтверждением ее апробации является, в частности, предоставление малым предприятиям и неприбыльным организациям права собственности на интеллектуальные продукты, созданные по правительственным заказам, участие государства в создании венчурных медицинских фондов.

В кластере эти стратегии можно интегрировать в сервисный кластер или создать кластерный центр, или сеть специализированных посредников по территориям, объединенных едиными связями. Например, лучший кластерный центр функционирует в Мюнхене благодаря Техническому университету, Баварской академии наук и ряду институтов. Этому способствовало правительственное финансирование (особенно таких направлений, как здравоохранение, программное обеспечение, коммуникационные технологии), которое осуществляется через различные фонды (инвестиционный, инновационный и т.д.). Важными факторами являются укомплектованность региона специалистами, совместное использование дорогостоящего оборудования и создание большого количества венчурных фирм.

Рассмотренный опыт подтверждает, что современное производство высоких технологий в сфере медицины может базироваться только на процессах интеграции: горизонтальной, региональной, вертикальной. Прогресс движется ныне не разрозненными медицинскими организациями, а их объединениями, группами, кластерами и сетями. Этот опыт, думается, особенно актуален для стран СНГ, для которых превращение в технологические державы видится объективной и настоятельной необходимостью.

Следует заметить, что кластерный подход создает прекрасную основу для создания новых форм объединения знаний. Государственная политика с ориентацией на кластеры стимулирует возникновение «новых комбинаций» и косвенным образом поддерживает их, особенно в сфере медицинского образования и научно-исследовательских работ, а также через внедренческие посреднические центры.

Например, очень важную роль на европейском уровне играют такие программы кооперации, как «Эврика» («Eureka»). Они сводят вместе потенциальных партнеров, не сумевших найти необходимые им дополнительные знания на местном уровне. Разумеется, определенную роль в формировании новых комбинаций играют и крупные показательные программы.

В настоящее время в Европейском Парламенте обсуждается вопрос создания Единого Европейского научного пространства (ЕЕНП). Автором идеи является комиссар ЕС по научным исследованиям Филипп Бюскэн. По его словам, «Инициатива, реализацию которой я отстаиваю, преследует три цели: (1) содействие созданию максимально благоприятных условий для проведения научных исследований в Европе; (2) поддержка мер, способствующих результативности научных исследований; (3) усиление роли Европы как инновационного плацдарма». Дело в том, что в ЕС серьезно обеспокоены тем, что инвестиции США и Японии в научно-технологическое развитие все более превосходят аналогичные показатели стран ЕС, и этот разрыв

постоянно увеличивается не в пользу Европы. По мнению Европейской Комиссии, ЕС имеет шанс выправить положение, если объединит ресурсы своих стран, в каждой из которых национальная научная политика будет реформирована в соответствии с единым европейским стандартом. Немаловажная роль в этом отводится развитию инновационных кластеров как внутри стран, так и в рамках ЕС.

В медицинской науке Казахстана сложилась ситуация, когда поиск новых путей развития становится осознанной необходимостью. Возможно, что применение кластерной модели организации научных исследований и инновационная стратегия ее развития помогут нашим ученым занять достойно место по перспективному плану Президента Республики Казахстан Н.А.Назарбаева в ряду 50 передовых стран мира.

РОЛЬ СЕМЕЙНОГО ПСИХОТЕРАПЕВТА НА ЭТАПЕ ПЕРЕХОДА СЕМЬИ ОТ ДИАДЫ К ТРИАДЕ

Е.А.Зуева

Статья посвящена целям и методам психотерапевтической работы с «беременной» семьей. Цели работы с семьей определяются согласно актуальным запросам с учетом кризиса новой стадии жизненного цикла семьи, сложность которого определяется тем, что качественное (психологическое) и количественное (диада-триада) изменение системы (семьи) происходит на фоне выраженных физиологических (нейро-эндокринных, топографических) изменений в теле женщины. На этом этапе психотерапевту следует совмещать знания и практику: **1)** семейного психотерапевта, работающего в режиме системного подхода (мать-дети, мать-отец-дети, мужчина-женщина, пара и врач), целью которого является улучшение коммуникации в семье на настоящем этапе и подготовка к новой стадии развития с учетом предстоящих изменений семейной иерархии, границ семьи, поло-ролевых функций и областей ответственности; **2)** перинатального психотерапевта, фокусом работы которого является тревожность во время беременности, страх предстоящих родов, а целью - помощь женщине (и паре в целом) в адаптации к беременности, профилактика осложнений в родах, обучение общению с ребенком, профилактика послеродовой депрессии. Таким образом, в работе с беременными необходима интеграция знаний психологии и психотерапии, акушерства, неврологии, физиологии.

Оптимальными являются работа в группе (где есть сходные запросы на предстоящий период и варианты решений; возможность общения на доминантную тему в течение нескольких часов в неделю; обмен опытом и информацией), с парой и индивидуальное консультирование. Используются техники когнитивной, рационально-эмоциональной терапии, работа с речью, гаптономия, обучение способам релаксации, интервью, телесно-ориентированные и поведенческие методики, работа с семейным сценарием, построение генограммы семьи и др. Результатами являются: позитивный настрой на предстоящие роды, снижение осложнений в родах и послеродовом периоде; установление оптимального уровня близости/отдаленности между супругами; определение и успешное выполнение родительских функций.

Настоящая статья посвящена целям и методам психотерапевтической работы с «беременной» семьей, то есть с системой, в которой доминирует беременность.

Семья. Семья - это система, сущность, а не сумма частей; это комплекс объектов с их качествами и взаимоотношения между ними. И от того, как функционирует эта система зависит ее благополучие в целом, равно как и каждого ее члена в отдельности. Согласно общей теории систем определены принципы универсальные для всех систем в природе – будь то организм, часы или, скажем, социальная система. Семья как система функционирует по тем же принципам. Эти принципы таковы:

1. Тенденция к сохранению гомеостаза - постоянства в системе. Постоянство – значит спокойствие. Это стратегия выживания. Ей служат семейные мифы и тайны, семейные правила и традиции, хронические болезни и пр.

2. Принцип развития. Семейная система развивается согласно стадиям жизненного цикла, на каждой из которых происходит дифференциация членов семьи, меняются семейная иерархия, границы семьи, поло-ролевые функции и области ответственности. Происходит изменения качественных, а часто и количественных параметров. Количественные изменения системы требуют изменения качественных параметров, которые обеспечивают функционирование системы на новом уровне. Эти этапы перехода и являются кризисными, трудными для всех членов семьи. Именно на этих этапах высока вероятность возникновения того или иного патологического симптома, как одного из способов поддержания (можно сказать, удержания) гомеостаза.

Так, проявляется закон непрерывности и дискретности развития. Весь вопрос в том, за счет чего это происходит: за счет появления патологических симптомов, таких, как болезни соматические (например, кишечные колики у маленьких детей, тики, бронхиальная астма, энурез) или психические, социопатического поведения подростков в семье, несчастных случаев, или путем эволюционирования, расширения возможностей, приобретения новых качеств, следуя универсальному закону развития.

Одной из таких проверок на устойчивость отношений в молодой семье является стадия перехода от диады к триаде – т.е. зарождение и рождение первого ребенка. Кризис еще более серьезный, чем на предыдущей стадии формирования диады. С одной стороны, система приобретает устойчивость (треугольник), с другой стороны, члены семьи становятся более дистантными по отношению друг к другу. Триада регулирует интенсивность

отношений. Причем новая система возникает и начинает развиваться не на этапе функционального рождения ребенка, а на момент его биологического зарождения. Тогда, когда женщина узнает о том, что она беременна и принимает решение оставить ребенка.

Изменение качества и количества параметров системы происходит одновременно. Только изменение количества сжато во времени, происходит «вдруг», а потому заметнее, и как бы ошутимее. Новые же качества разворачиваются постепенно, и осознаются не сразу.

Беременность для семьи – это как провокация, когда обостряются дремавшие конфликты, отчетливее проявляются коалиции (к ядерной семье начинают подтягиваться бабушки и другие родственники). Переживание беременности неизбежно проходит через актуализацию диадных отношений с матерью. Меняется статусность женщины по отношению к собственной матери – из дочери она сама превращается в мать. Это можно назвать периодом окончательной сепарации.

Сначала – это этап нового взаимодействия вдвоем, а затем, когда начинается взаимодействие с ребенком внутриутробно, начинается этап взаимодействия втроем. Это происходит примерно в середине беременности, когда женщина впервые распознает ребенка по его шевелениям. С этого момента она, с одной стороны, продолжает оставаться с ним единым целым, с другой – разтождествляется, называя его, обращаясь как с другим, т.е. дифференцирует его от себя. С этого момента развитие системы становится еще более интенсивным. После рождения ребенка система лишь несколько видоизменяется (изменение формы, но не содержания), при этом суть ее остается прежней. Проявление впоследствии в семье проблем – это лишь усиление того, что появилось прежде – на более ранних этапах жизнедеятельности системы.

Особенностью этой стадии является то, что количественное и качественное изменение системы происходит на фоне выраженных нейро-эндокринных и психологических изменений женщины.

Первый триместр беременности часто сопровождается вегетативными дисфункциями – так называемым токсикозом беременности. Организм женщины адаптируется к беременности, изменяются гормональный профиль, деятельность центральной нервной системы, постепенно увеличивается объем циркулирующей крови, растет нагрузка на органы выделения, дыхания, меняется топография органов брюшной полости и центр тяжести. Это далеко не полный перечень возможных причин телесного дискомфорта на протяжении всей беременности. Процесс этот вполне нормальный, физиологический, и трудности вполне естественны. Только в нашей современной культуре нормальное зачастую трактуется как патологическое. Достаточно

заглянуть на сайты о родах в Интернете, послушать «видавших виды» женщин и всезнающих подруг, чтобы подтвердить это. То, что импринтируется с детства, то и становится истиной в первой инстанции. И тогда строки Библии ... «в муках будешь рожать детей своих...» трактуется как ... «в мучениях и боли...», а ведь правильный перевод – «в труде, заботе и работе...». Вот к работе-то женщина, зачастую, оказывается не подготовленной. В ложном представлении о неприятностях беременности и «ужасе» предстоящих родов и кроется причина развивающихся осложнений как во время беременности (токсикозы, угроза прерывания), в родах (различные нарушения родовой деятельности, родовой травматизм, растет процент кесаревых сечений и гипоксии плода), так и в послеродовом периоде (например, преждевременное прекращение грудного вскармливания). Эти проблемы лишь усугубляют и без того кризисный момент развития семьи и отражаются на развитии ребенка.

Сейчас уже известно, что каждый человек несет в себе память о внутриутробном существовании и родах. Воззрения о психической жизни плода стали основными для нового раздела науки о человеке – трансперсональной психологии, которая рассматривает роды как ключевой момент в формировании психики и сознания человека, что находит отражение во всей последующей жизни человека. В случае неблагоприятных родов, сильных болевых ощущений, отрицательных эмоциональных воспоминаний, потери контакта с матерью в последующей жизни могут возникнуть немотивированные страхи, неуверенность в себе, трудности в общении, настороженное и неблагодарное отношение к миру вообще, пограничные состояния и неврозы при столкновении с жизненными трудностями.

Это же относится и к послеродовому периоду, в особенности, к общению ребенка с матерью во время кормления грудью. Постольку поскольку фигура матери является для ребенка первым значимым объектом, взаимоотношения с матерью формируют качество взаимоотношений с Миром.

Профилактику возможных осложнений кризисного периода жизни можно провести уже в то время, когда пара (семья) приходит в школу будущих родителей на групповую работу или к семейному психотерапевту на индивидуальное консультирование с запросом о подготовке к родам и, в целом, к родительству вообще. По сути дела, это и есть запрос на профилактику возможных осложнений не только биологической, но и психологической системы.

Цели работы с семьей определяются согласно актуальным запросам и с учетом особенностей жизненного цикла семьи, на которые указывалось выше.

Сначала проясняются запросы, с которыми приходят пары. Самыми частыми ответами на вопросы: «Что вас привело?» или «С какими запросами

вы пришли?», являются перечисленные ниже. Они расположены в порядке убывания актуальности-значимости, проявлены в ходе первичного интервью:

- страх родов от неизвестности процесса, страх ощущений боли во время схваток;
- правильное поведение в родах (дыхание, позиции в родах, методы обезболивания);
- обращение с новорожденным; общение с ребенком во время беременности;
- выбор врача и роддома (страхи, связанные с возможными манипуляциями во время родов – применение обезболивающих средств, стимуляция родового процесса, вскрытие плодного пузыря);
- профилактика послеродовой депрессии;
- по мере снижения уровня тревоги появляются вопросы на тему внутрисемейных взаимоотношений: «Меняются наши взаимоотношения. Мы меньше понимаем друг друга. Что делать?».

Наиболее частый вопрос от мужчин: «Чем помочь женщине во время беременности и родов?». Мужчина хочет прояснить свою роль рядом с беременной женой и далее в родах, особенно если пара готовится к партнерским родам.

Кроме запросов, осознаваемых и вербализуемых, есть еще скрытые, но распознаваемые и узнаваемые по текстам, которые говорят женщины. К ним относятся сложности с принятием своего изменяющегося тела. Порой женщины стесняются увеличивающихся форм, испытывают трудности с тем, чтобы сходить в магазин и купить себе соответствующую одежду. Появляются проблемы в сексуальной жизни, о которых женщины, да и мужчины, не решаются задать открыто самый распространенный вопрос: «Можно или нельзя жить половой жизнью во время беременности?». Вот так категорично он звучит. Кроме того, не сразу осознаются трудности переходного периода для семьи - кризисной стадии развития. Страх (иррациональный, неосознаваемый) перед изменениями уже есть.

На этом этапе психотерапевту следует совмещать знания и практику: **1)** семейного психотерапевта, работающего в режиме системного подхода (мать-дитя, мать-отец-дитя, мужчина-женщина, пара и врач), целью которого является улучшение коммуникации в семье на настоящем этапе; подготовка к новой стадии развития с учетом предстоящих изменений семейной иерархии, границ семьи, ролевых функций и областей ответственности. **2)** перинатального психотерапевта, фокусом работы которого является тревожность во время беременности, страх предстоящих родов, а целью - помощь женщине (и паре в целом) в адаптации к беременности; профилактика осложнений в родах, обучение общению с ребенком, профилактика послеродовой депрессии. Таким образом, в работе с беременными необходима интеграция знаний психологии и психотерапии, акушерства, неврологии, физиологии.

Оптимальными являются работа в группе (где есть сходные запросы на предстоящий период, и варианты решений, возможность общения на доминантную тему в течении нескольких часов в неделю, обмена опытом и информацией), с парой и индивидуальное консультирование.

Целями такой работы являются:

- прояснение и налаживание внутрисемейных коммуникаций;
- укрепление, повышение эффективности супружеского взаимодействия как осевого в системе, что может в последующем явиться неким гарантом гармоничного развития семьи;
- подготовка семьи к новому этапу развития и проработка возможных кризисных периодов, диадных отношений, непроработанных проблем на предыдущей стадии;
- актуализация такого качества, как ответственность: что предполагает способность брать ответственность на себя, не смещая ответственность за собственные настроение, выбор или ощущения на другого;

Основными задачами физиопсихопрофилактической подготовки к родам являются:

- снятие психогенного компонента таких состояний, как невынашивание беременности, гестозы. По мнению некоторых психоаналитиков, эти состояния отражают подсознательное нежелание и неготовность женщины иметь ребенка, что обусловлено различными страхами, непроработанными детскими комплексами, тревогой, ожиданием боли в процессе родов, неуверенностью в себе и своих силах. Это приводит к срыву адаптационных систем: появляются признаки гиперактивности симпатико-адреналовой системы. Обеспечение позитивной установки женщины на беременность позволяет усилить адаптационную устойчивость организма женщины к воздействию стрессогенных факторов.

- повышение порога болевой чувствительности приводит к сокращению периода болезненных ощущений во время родов и их интенсивности; снимает выраженное моторное возбуждение. Происходит это за счет активации антистрессовой системы организма, повышения выработки эндогенных опиатов - эндорфинов и энкефалинов. Известно, что эти «гормоны счастья», определяют фон нашего хорошего настроения, проникают сквозь плаценту к плоду и сходным образом влияют на его настроение. Кстати, установлено, что эндорфины способствуют повышению уровня пролактина в послеродовом периоде, и это, в свою очередь, способствует становлению лактации.

- важным аспектом ФППП является перинатальная психология, направленная на установление и поддержание гармоничных взаимоотношений с малышом уже в период беременности. Почему это важно? Во-первых, контакт, налаженный до родов, облегчает узнавание ребенком своих матери и отца

после родов. Это возможно посредством голосового общения. Причем сначала плод слышит, различает только низкочастотные колебания, низкий голос и это самое время для общения с отцом. Голос отца запоминается и становится узнаваемым сразу после родов. После родов ребенок прислушивается и поворачивает голову, и успокаивается, услышав в ответ на знакомый голос.

Во-вторых, маленький человечек нуждается в общении ничуть не меньше, чем взрослые. В-третьих, ребенок предъявляет себя Миру (матери) во время беременности своими шевелениями и хочет получить обратную связь. В-четвертых, именно ребенок учит мать прислушиваться к ощущениям в своем теле. Именно изменение интенсивности шевелений один из признаков функционального его состояния в данный момент.

На занятиях могут использоваться следующие психотерапевтические техники и методики:

1. Групповая дискуссия – на каждом занятии, по мере усвоения участниками группы новой информации, обучения навыкам релаксации и т.д.

2. Рациональная, когнитивная и, особенно, рационально-эмоциональная психотерапия (учитывая доминирование у беременных правого полушария). Работа с речью.

3. Рефрейминг – техники позитивного переформулирования.

4. Обучение способам общения с ребенком внутриутробно, наблюдение за шевелениями – методика гаптономии.

5. Проективный рисунок на тему «Я и мой ребенок», как входной диагностический тест.

6. Обучение способам психоэмоциональной и мышечной релаксации, что приводит к нормализации процессов торможения и возбуждения в ЦНС, а на электроэнцефалограмме отражается в виде появления устойчивого альфаритма, характерного для состояния покоя. С этой целью предлагается:

- психогимнастика для лица – как метод релаксации (после объяснения неврологической теории проекции тела в головном мозге – гомункулус);

- аутогенная тренировка;

- изменение позиций тела – методы телесно-ориентированной терапии;

- способы дыхания в первом и втором периодах;

- медитативное погружение и способы внутренней визуализации; Применение кататимно-имажинативной терапии позволяют уйти от логически-вербальных категорий мышления к образно-чувственным, правополушарным.

- способы самомассажа в родах;

7. Поведенческая терапия с целью изменения неадаптивной реакции на схватки в родах, правила общения с ребенком после родов, навыки ухода за ребенком, укрепление парного взаимодействия;

8. Вокализация. Техники работы с голосом.

9. Интервью для беременных, интервью по шевелению;

10. Обучение правилам коммуникации с врачом в родильном доме;

11. Гимнастика для беременных. Упражнения на дифференциацию и координацию разных отделов тела. Разблокировка тазовых зажимов;

12. Домашние задания.

Также используются методики семейной психотерапии: работа с семейной историей, построение генограммы семьи, совместный рисунок и др.

Одним из эффективных, при работе с беременными является рационально-эмоционально-поведенческий подход. Физиологически это тоже подкреплено – более активная работа правого полушария у беременных, что проявляется большей эмоциональностью.

Напомним, что А.Эллис (один из основоположников этого вида психотерапии) различал два типа когний: дискриптивные (информация о реальности – «схватки есть») и оценочные («это плохо, так как они болезненные, или это хорошо, так как они способствуют открытию маточного зева и продвижению малыша по родовому каналу»). Между ними есть связь разной степени жесткости. Фокусами воздействия является эта связь, а также оценочная когния. На первых диагностических занятиях и выявляется эта связь, а также эмоциональное восприятие ее.

Пример. Высокая степень тревожности перед неизвестным процессом родов связана именно с жесткой структурой утверждений: «роды – это схватки», «схватки – это больно». Эта связь наиболее катектирована в представлении женщин о родах. Эмоциональный фон (напряжение, сниженное настроение, тревожность) становятся хроническими и мешают женщине в полной мере переживать беременность. Для некоторых женщин это настолько пугающе, что они готовы отказаться от естественных родов в пользу оперативного родоразрешения. Если это не осознается, то это проявляется психосоматически – к сроку начала родов – неготовностью шейки матки к родам, а во время родов – различными аномалиями родовой деятельности. Чаще всего – это дискоординация или слабость родовой деятельности, не поддающиеся медикаментозной коррекции. Исходом таких родов часто является кесарево сечение. Известно, что процент кесаревых сечений, а также родовых травм и других осложнений у женщин, прошедших подготовку к родам, существенно ниже.

Задача психотерапевта – уменьшить абсолютизированность этой связи, показать ее иррациональность. Последовательность работы психотерапевта будет такова:

- опознание иррациональных установок;

- их высвечивание с тем, чтобы женщине они также были видны;

-
- конфронтация с ними;
 - пересмотр;
 - закрепление функционирования рациональных, т.е. гибких установок.

Еще одна иррациональная установка беременных, почти как тождество: «роды – это схватки». Кратко и категорично. Однако, это не совсем так. В родовом процессе наблюдается ритмичное чередование схваток и пауз. И те и другие одинаково важны. Также как в слове – все слоги важны, а не только ударный слог. Внимание женщины изначально акцентировано на схватках. В процессе занятий оно привлекается к тому, что кроме схваток есть паузы – отдых между схватками, причем по количеству их ровно столько же. Они регулярно сменяют друг друга. Еще один интересный момент. За 12-16 часовой период родов суммарная продолжительность пауз намного превышает общее время схваток. Осознание этого факта для женщин является очень важным. Можно нарисовать схему родов, на которой наглядно можно увидеть, что продолжительность схватки намного меньше, чем продолжительность паузы, и только в конце второго периода родов, равна им.

Далее можно провести сравнение деятельности матки во время родов с законом ритма вселенной вообще (день-ночь, прилив-отлив, времена года и т.д.) и физиологическим ритмом работы других органов в частности. Например, женщине предлагается вспомнить другие мышечные органы, работающие по тому же принципу. Это сердце (сокращение-расслабление), это кишечник со своей перистальтикой. Кроме того, с точки зрения физиологии качественное расслабление для мышцы является необходимым условием успешности следующей схватки. Здесь важно помнить о целесообразности схваток. Их цель – раскрыть маточный зев и тем самым сформировать родовый канал-туннель для продвижения плода. В родах любое ощущение несет свою целесообразность.

Таким образом, утверждение «роды – это схватки» заменяется более гибким и объемным «роды – это целесообразный ритмичный процесс, физиологически проявляющийся закономерным чередованием схваток и пауз».

Следующее иррациональное утверждение: «схватки – это больно». Несомненно, физиологическая боль в родах точнее, в активной фазе первого и втором периоде родов присутствует. Весь вопрос в том, только ли больно или есть и другие ощущения. Во время схватки можно спросить роженицу: «Что вы сейчас чувствуете?». Она ответит: «Мне больно». Далее задать уточняющий вопрос: «Что сильнее чувствуете боль или напряжение?». После некоторой паузы, прислушавшись к себе, она ответит сама удивленная своим ответом: «Напряжение». С физиологической точки зрения это и понятно. Болевых рецепторов в матке не так много, а в шейке

матки они отсутствуют вообще. Для мышечного сокращения (сожмите, например, кулак) характерны напряжение, тяжесть, усталость, но никак не боль. При возрастании напряжения до определенной пороговой величины, появляется боль. В норме это происходит к концу первого периода родов. Если женщина чувствует боль раньше, то одной из причин может быть суммация напряжений мышц матки и окружающих ее (брюшного пресса). Понятно, что одним из эффективных способов снижения болезненности является расслабление тела, чему женщина научается во время занятий.

Выявлению иррациональных установок помогает анализ используемых пациентом слов и текстов.

Пример. Противоположные по смыслу послания, которые во время беременности может давать себе (как установка собственному мозгу) женщина, сама того не замечая.

«Иногда у меня сильно напрягается матка, и врач диагностирует угрозу прерывания беременности. Я очень хочу сохранить эту беременность, для меня это важно». Посыл на сохранение беременности. Через несколько предложений в разговоре: «Иногда ребенок так больно шевелится. Я так устала от беременности. Быстрее бы уже родить». А это противоположный посыл – на роды, причем преждевременные («быстрее бы»). Организм не знает, какой запрос исполнить. В результате – конфликт. Женщине тревожно, чувствует она себя плохо.

Еще один пример. Беременная спрашивает: «Скажите, а что брать с собой в больницу, а когда пора туда ехать – сразу, как роды начались, или можно немного подождать?». Имеется в виду, родильный дом. Но бессознательное-то настраивается на больницу (от слова «боль, боль лечить»), а не на «родильный» (почти как родной) дом.

Или такой пример. Часто супруги, воспитывающие ребенка, используют при обращении друг к другу название ролевых родительских позиций: «мама и папа». Отец говорит ребенку: «ой, наша мама пришла». Возникает вопрос: чья же мама пришла? Или при обращении друг к другу: «папа, сходи с ребенком погулять». Естественно, что интимное взаимодействие в этом случае может нарушиться – какая же близость с «мамой». Важно помнить и о других своих ролях – муж, жена. Как говорим, так и живем друг с другом, в соответствии с тем, как друг друга называем.

Неверное обозначение, также как и неверная интерпретация искажают видение объекта или ситуации. Искаженные когниции являются причиной ложных представлений и самосигналов и, следовательно, неадекватных эмоциональных реакций. Важно указать женщине на противоречивость ее установок и научить отслеживать свою речь, «называя вещи своими именами». Это как самопрограммирование.

В конце беременности и, особенно, в родах у значительной части женщин возникают необычные

психические состояния, так называемые измененные состояния сознания. Они проявляются как ощущения необычайно глубокого счастья, переживания собственной жизни, телепатическое общение с ребенком и родственниками, необычные звуки, видения себя со стороны и др. Подобные феномены могут наблюдаться и на 2-4 день после родов. С точки зрения психоаналитической науки подсознание человека, которое воспринимает все буквально, в эти периоды максимально открыто для восприятия и усвоения любой информации. Поэтому любое слово, особенно несущее негативный оттенок, оставляет очень глубокий след и может явиться своего рода программой (существует же такое понятие как нейро-лингвистическое программирование). Об этом следует знать и тем, кто общается с женщиной во время беременности, и врачам роддомов.

На занятиях акцент делается на ресурсность женщины и пары в целом: поощряется совместное посещение занятий, теоретический материал построен по типу тренинга с тем, чтобы стимулировать женщину и мужчину к поиску собственных ответов на свои вопросы. Это позволяет сместить точку опоры – уверенности в себе – извне во внутрь.

Особый разговор о послеродовом периоде, когда триада уже образовалась. Если говорить кратко, то послеродовой период характеризуется:

- вероятностью возникновения у женщины послеродовой депрессии. От легких форм с периодическим снижением настроения, появлением безразличия к ребенку, снижением самооценки до возможной манифестации шизофрении.

- особенностями психологического развития ребенка, которые следует знать родителям.

- новыми ролями супругов с новыми обязательствами и ответственностью.

Социальный статус женщины меняется. Взаимодействие с социумом ограничено. Для женщины, полностью погруженной в домашнее хозяйство, границы системы являются более замкнутыми, чем для мужчины, который сохраняет социальную активность или даже ее усиливает. В семье возникает ситуация дисбаланса. Для женщин прежде социально активных - это трудный период. Женщина стремится в большей степени вовлечь в семейную жизнь мужчину и неизбежно встречает сопротивление, согласно диалектическому закону о силе действия и противодействия. Супруги начинают друг от друга отдаляться, что вполне естественно в контексте теории систем. Когда в системе появляется третий элемент, между двумя предыдущими расстояние увеличивается. Женщина пытается изменить ситуацию, продолжая приближаться, но взаимоотношения только ухудшаются. Возможно, парадоксальным способом сохранения семьи и стабилизации взаимоотношений является увеличение дистанции. Например, выйти на работу. Равновесие восстанавливается, и семья продолжает гармонично функционировать, успешно решая основные задачи этого непростого, но очень счастливого периода.

Таким образом, результатами работы психотерапевта в перинатальный для семьи период являются: позитивный настрой на предстоящие роды, снижение осложнений в родах и послеродовом периоде, установление оптимального уровня близости/отдаленности между супругами, определение и успешное выполнение родительских функций.

МИССИЯ ПСИХОТЕРАПИИ В КОНТЕКСТЕ ИДЕИ НОВОГО ВРЕМЕНИ

А.Л.Катков

1. Необходимые уточнения и допущения

1.1. Определение «миссия (послание, поручение, предназначение) психотерапии» рассматривается нами как некий, достаточно широкий смысловой контекст, в поле которого развивается современная психотерапия. По своим масштабам и глубине данный контекст существенно превосходит категории профессиональных целей и задач, выполняемых по отношению к последним функции их основного генератора.

1.2. Таким образом, сущностная идентификация миссии психотерапии с глубоким анализом основных социальных категорий, формирующих данное

понятие, является необходимым этапом в определении долгосрочной стратегии развития профессиональной психотерапии.

1.3. Возможны два варианта выведения миссии психотерапии. Первый вариант, предполагающий раскрытие возможно более полного объема рассматриваемого понятия, основывается на анализе соответствующих научных изысканий, встречных курсов развития психотерапии (в качестве направления деятельности, удовлетворяющего объективную потребность в усовершенствовании институализированных социальных развивающих практик (внешний вектор); и направления, обусловленного

собственной логикой развития профессии (внутренний вектор)).

Другой вариант – презентация профессиональной метапозиции автора с опорой исключительно на субъективный опыт деятельности в рамках какого-либо психотерапевтического направления или «школы» – нам представляется более ограниченным, и, соответственно, менее перспективным в аспекте обозначения миссии психотерапии, как главного потенциала развития данной специальности.

1.4. Нижеследующее сообщение основывается на многолетних исследованиях автора в области развития профессиональной психотерапии, результатах реализации комплексной научной программы по разделу разработки, экспериментальной апробации и внедрения психотерапевтических технологий в медицинской и социальной сферах. Формат сообщения – тезисы по основным позициям обсуждаемой темы. В каждом разделе даются ссылки на авторские статьи с более развернутым содержанием соответствующих разделов.

2. Общие контуры понятия Нового Времени

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

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

По своим внешним характеристикам (последствия тяжелого схизиса между одномерно-фактологической и ресурсной составляющей бытия современного человека в виде разрастания социальных эпидемий наркомании с сопутствующим ВИЧ/СПИДом, преступности, терроризма, религиозного экстремизма и других «флагов» социальных

катастроф) идея Нового Времени являет собой, противоположный современному, социальный вектор тенденциозности.

Это же касается и основных экономических стимулов, обеспечивающих соответствующую социальную динамику. Концепция Нового Времени обосновывает преобладающую экспансию рынка здоровья, в частности психологического здоровья, и технологий, обеспечивающих форсированное развитие и поддержание его высоких уровней (а не рынка энерго-информационных носителей и линейной информации, как это декларируется в поименованных социальных теориях) [1].

В позитивно-утвердительном ключе идея Нового Времени представляет собой доминирование нового способа репрезентации реальности с использованием методологии кольцевого научного архетипа. В качестве основного инструмента изменения структуры реальности данная методология предполагает подвижные параметры фиксируемого импульса изменений (ФИИ) – фундаментальной характеристики функции сознания, или виртуальные аналоги данного процесса, воспроизводящие пластичную активность сознания с конструированием объемных квантов времени и репрезентацией многомерной реальности. Новый тип рациональности, возникающий на данной основе, теперь уже с использованием «легальных» мыслительных механизмов, способен вмещать доселе неуловимые, внесознательные суперресурсные инстанции психического, обозначаемые как душа, дух, бог. Отсюда выводятся возможности адекватного совмещения противоречивых систем координат современного человека, с обретением им полноценного ресурсного статуса. Открывается перспектива разработки универсальной системы фундаментальных допущений, преодолевающей ограничения келейных (ограниченно-рациональных, иррациональных) взглядов на мир, изживших себя архетипов научного мышления [2].

Идея кольцевого научного архетипа лежит в основе технологий форсированного развития феномена диалогизированного сознания, обеспечивающего устойчивый ресурсный статус индивида. В функциональном смысле феномен диалогизированного сознания – это навык репрезентации «объемной» реальности с ее суперресурсными инстанциями. В техническом смысле данный феномен – это результат использования специальных психотерапевтических стратегий с подготовительным этапом обретения соответствующего ресурсного опыта и завершающим этапом формирования когнитивного прорыва, когда стереотипы репрезентации одномерной реальности трансформируются в возможности широкого доступа к суперресурсным инстанциям психического. При этом идентификационные границы личности не подвергаются иррациональной атаке (как это имеет место в некоторых

религиозных или мистических практиках) и остаются в условиях постоянной экологической безопасности [3].

Наиболее значимыми социальными последствиями доминирования обновленного взгляда на реальность и нового типа рациональности является возможность формирования новых параметров порядка («больших» магистралей развития общества), исключающих спекуляцию на иррациональном с одной стороны, и дающих максимальные ресурсные возможности для реализации конструктивных жизненных сценариев – с другой. Скорости социального развития существенно возрастут. Болезни, связанные с задержками общественного развития – социальные эпидемии – будут эффективно профилактироваться.

3. Мифологические контуры понятия Нового Времени

Как уже было сказано, существуют трудности соотнесения рассматриваемого понятия с каким-либо конкретным историческим этапом по причине несоответствия критериев: внешних, используемых при поиске или конструировании временных исторических аналогов; внутренних, опирающихся на переосмысление самого понятия «время», используемых в нашем случае.

В данной связи весьма интересным и полезным для сущностной презентации идеи Нового Времени, представляется возможность рассмотреть «историю вопроса» с позиций мифологического сознания. Ибо спрессованная ткань мифа, как никакая другая, дает представление об альтернативной панораме событий, излагаемых, по преимуществу, внесознательными (а значит, до поры находящимися «вне закона») инстанциями психического.

Отсюда – стиль большой метафоры – язык компромисса, являющийся, конечно, первым приближением к более совершенным механизмам рационализации.

В мифологическом сознании человека очень ясно и образно обозначены как точка отсчета, так и точка завершения эпохи «расщепленного» времени, в которой категории вечности и, следовательно, бесконечности удалены из горизонтов осознаваемой реальности, а само понятие времени сузилось до уплощенного и ограниченного представления о независимом («объективном») и линейном характере данного феномена.

О точке отсчета этой драматической, наполненной внутренним схизисом эпохи нам повествует грандиозный и наиболее известный миф об изгнании человека из рая. Вкусивший неспелый плод познания был наказан утратой ресурсной целостности, несовместимой с новой системой координат. Живое чувство сопричастности к суперресурсным инстанциям было атаковано самым мощным оружием рационального способа бытия – ложной

очевидностью – и постепенно выродилось в фантомы религиозных или мистических ритуалов. Однако и новый рационально-технологический идол оказался значительно менее дееспособным и более опасным, чем это представлялось. И вот – человечество у разбитого (расщепленного) корыта, из которого вытекают последние капли живой воды цельного опыта бытия, и которое наполняется все больше мертвой водой. На поверхности этого корыта плавают сухие листья бесплодного схематизма, оформленного в духе традиционной рациональности, а в глубине опасными водоворотами закручиваются мутные течения сектантского фанатизма, религиозного экстрима, иллюзорного наркотического рая, круто замешанных на чувстве безысходности и утраты перспектив у существенной части населения. Такого рода, уже не мифологическая, а реальная действительность, если отбросить все камуфляжные ухищрения, живописует крах эпохи расщепленного времени с идеей монологизированного сознания, обернувшейся ресурсным провалом для изгнанного и гонимого человека.

Кульминационное завершение затянувшегося воспитательного урока описано в наиболее оптимистичном, дающем подлинную надежду мифе о конце света. Данная тема настойчиво присутствует во всех, сколько-нибудь серьезных космогонических конструкциях. Наиболее впечатляющими сюжетами повествований такого рода являются панорамы страшного суда утонувшего в грехах человечества. Полагаем, что при этом, подразумевается не только конец «этого» света, но и света «того», ибо, если внимательно присмотреться к соответствующим текстам, мы постоянно наталкиваемся на следующее обозначение манифестации грандиозного финала: конец света будет тогда, когда «два соединятся в одно». Ничего не имея против такого внешне скандального способа наказания заблудившегося человечества, все же заметим, что по нашему мнению в данном случае метафорический язык повествует о неизбежном возвращении великого диалога между основными сторонами события: суперресурсными инстанциями с одной стороны и действующими лицами (личностями) – с другой. Полагаем также, что возможность подобного диалога может быть обеспечена методологией кольцевого научного архетипа и технологиями форсированного развития феномена диалогизированного сознания, выполняющими функцию адекватного перевода одномерной знаково-образной модели реальности (язык осознаваемой личности) в многомерные характеристики с меняющейся пластичностью объектно-закономерных конфигураций гиперреальности (язык внесознательного). Два соединяться в одно. Истина проста: монологизированный статус (путь) человеческого сознания ведет к тяжелому схизису; диалогизированный статус сознания – путь – ведет к ресурсной целостности.

Истинная миссия психотерапии предельно ясна – это целительство в подлинном, глубинном смысле этого слова.

Новый свет, рождающийся на пепелище страшного суда (метафора грядущей переоценки ценностей и неизбежной ревизии нашей однобокой памяти), конечно, будет и ярче и интереснее своих прародителей.

Новое Время начинается с психотерапии.

4. Собственно психотерапевтические контуры понятия Нового Времени

В сущности, понятие Нового Времени, как следует из всего сказанного, есть научно-обоснованный контекст целительной миссии психотерапии. Таким образом, психотерапевтическая наука является главным генератором и проводником обсуждаемой идеи, а психотерапевтическая практика – ее основным исполнителем.

В собственно терапевтическом аспекте Новое Время – это проект большого когнитивного прорыва, реализуемого в инновационной модели социальной психотерапии с обретением ресурсной метапозиции по отношению к основным инстанциям со-бытия [4]. В самом общем, схематическом плане данный проект может быть представлен как достаточно эффективный способ освобождения от базисных страхов, между которыми зажата невротизированная часть человечества: страха смерти и страха жизни, с высвобождением огромного количества заблокированной энергии.

Понятно, что для достижения подобного результата в социально-приемлемых масштабах миссия психотерапии должна быть развернута в соответствующие концептуальные блоки и, далее, в цели и задачи, структурированные по различным направлениям развития профессии.

4.1. Научно-информационная составляющая миссии психотерапии, в связи со всем сказанным, должна быть представлена более чем солидным комплексом научных идей, программ, проектов и отдельных фрагментов, формирующих ткань новой психотерапевтической науки. При этом соответствующие изыскания, с учетом сложности выведения основного предмета психотерапевтической науки и практики, должны проводиться по всем возможным уровням дисциплинарной матрицы, организующей какое-либо определенное научное направление – от уровня фундаментальных допущений до уровня актуального профессионального поля и профессиональных стандартов.

Научно-исследовательские проекты, лежащие в основе идеи Нового Времени, известны и частично обозначены в предыдущих разделах настоящего сообщения. Это: фундаментальная теория нового (кольцевого) научного архетипа, адекватного особенностям и сложностям изучаемого объекта – психики человека; функциональная теория организации

психического с выводимой отсюда возможностью идентификации феноменов индивидуального и социального психологического здоровья (включая ресурсную метапозицию индивида по отношению к основным инстанциям со-бытия); инновационная модель интегративной психотерапии с полным обоснованием уникальных возможностей психотерапевтического процесса к достижению максимальных и устойчивых результатов за минимальные временные периоды; концепция и технологии форсированного формирования феномена диалогизированного сознания; и некоторые другие, менее значимые концепты [5].

Следует отметить, что процесс формирования подлинно научной базы психотерапии, включающий развитие не только перечисленных, но и многих других фундаментальных и прикладных направлений научных исследований, еще только начинается. Поэтому, достаточно емкое содержание понятия Нового Времени мы, все же, обозначаем как научную идею, но не в качестве детально разработанной, обоснованной и полностью доказанной научной концепции. Этот путь еще предстоит пройти.

4.2. Технологическая составляющая миссии психотерапии – вопрос наиболее спорный и сложный. С одной стороны метамодель социальной психотерапии, в рамках которой только и возможна реализация презентуемых долгосрочных целей, однозначно предполагает трансляцию эффективных психотерапевтических технологий в институализированные развивающие практики (воспитание, образование и др.). С другой – существует умоуязвимая опасность размывания специфики психотерапии, и без того переживающей нелегкий период собственной профессиональной идентификации.

Наши теоретические и практические исследования показали, что оба этих процесса – отнюдь не разнонаправлены. Эффективное завершение профессиональной идентификации в поле психотерапии будет способствовать пониманию того, каким именно образом с наибольшей эффективностью и наименьшими потерями может быть осуществлена трансляция требуемых психотерапевтических технологий, и наоборот. В результате данных исследований основные развивающие практики предстают в виде неких непротиворечивых и взаимно-потенцирующих звеньев континуального ряда, имеющих, тем не менее, свою, адекватно обозначающую специфику на определенном функциональном уровне. Более всего здесь интересен универсальный механизм существенного повышения эффективности каждого звена специфической развивающей практики без ущерба для его профессиональной идентичности.

В частности, нашими исследованиями было показано, что уникальные результаты психотерапевтического процесса – максимальные и стойкие

терапевтические изменения, достигаемые у индивиду или группы за относительно короткие временные периоды – связаны с вовлечением глубинного уровня психотерапевтической коммуникации и активизацией суперресурсных инстанций психического. Другой, поверхностный или технический уровень терапевтической коммуникации, реализуемый на осознаваемом горизонте, не является строго специфическим для психотерапии, и, в принципе, может быть воспроизведен в рамках любой иной развивающей технологии [6].

Далее, нами было показано, что сам по себе феномен развития гиперпластических состояний клиента или группы, обозначаемый нами как разлитой терапевтический транс (отличный от индуцированного транса превосходящей степенью активности и максимальной вовлеченностью осознаваемых инстанций психического, а не только внесознательных суперресурсных инстанций), является естественной характеристикой синергетической стратегии поведения. Механизм разлитого терапевтического транса автоматически «включается» при неосознаваемом переходе от защитно-конфронтационной стратегии поведения к синергетической. В этом и есть «секрет» удивительного свойства психотерапии – внешне минимальными средствами стимулировать развитие максимальных изменений. Квалифицированные психотерапевты, по преимуществу, работают с гиперпластическими клиентами. Неквалифицированные терапевты и специалисты из сферы других развивающих практик – зачастую, с «железобетонными» (в смысле наличия сопротивления и неконструктивных психологических защит, выставляемых неосознаваемой защитно-конфронтационной стратегией поведения на фасад личности) пациентами-клиентами. Удивительно то, что ясным сигналом к переключению глубинных поведенческих стратегий и состояний устойчивости – пластики являются отнюдь не внешние признаки безопасности, комфорта и т.д., а специфические качества профессионала, которые Карл Виткер обозначил как «прописка личности в бессознательном», а Карл Густав Юнг – как «жизнь в обнимку с собственной душой». В этих многозначительных

определениях мы видим портреты специалистов, переживших «конец того и этого света», и наполненных новым, привлекательным качеством целостности, различимом издали.

Таким образом, ответ на вопрос, что, собственно, транслировать в институализированные развивающие практики – только лишь специфический для каждого звена объем структурированных психотерапевтических техник; либо многоступенчатую систему подготовки специалистов, обеспечивающую наличие глубинного уровня развивающей коммуникации без необходимости привлечения специальных средств (например, техник развития индуцированного транса); или же оба этих компонента – в свете приведенных фактов выглядит достаточно однозначным. Стратегические цели, заложенные в метамоделю социальной психотерапии, достигаются только с использованием третьего варианта. При этом мы отдаем себе отчет в том, насколько непросто будет обеспечить широкомасштабную подготовку специалистов из сферы институализированных развивающих практик по соответствующим образовательным стандартам. Однако, это уже задача следующей, организационной составляющей миссии психотерапии.

4.3. Организационная составляющая долгосрочной стратегии развития психотерапевтической науки и практики достаточно подробно описана нами в недавних публикациях [5]. Здесь мы укажем лишь на то, что главная проблематика, на основе которой выстраиваются соответствующие цели, задачи и механизмы их реализации, так или иначе была представлена по ходу изложения основных разделов настоящего сообщения.

Естественно, отдельные компоненты ранее опубликованного плана развития профессиональной психотерапии могут и должны меняться в зависимости от обстоятельств.

Неизменной остается лишь наша уверенность в том, что успешное выполнение данного, исключительно сложного, и, в тоже время, весьма перспективного организационного проекта возможно лишь при наличии сущностного консенсуса в отношении миссии психотерапии у его участников.

Литература:

1. Катков А.Л. Здоровье и устойчивое развитие в информационном обществе // *Вопросы ментальной медицины и экологии*, 2000. – Т. VI, № 3. – С. 30-41
2. Катков А.Л. Манифесты развивающейся психотерапии // *Московский психотерапевтический журнал*, 2001. – № 3
3. Катков А.Л. Индивидуальные ресурсы и феномен диалогизированного сознания в психотерапии // *Материалы II съезда психиатров, наркологов, психотерапевтов Республики Казахстан*. – Павлодар, 2004. – С. 231-232
4. Катков А.Л. Метамоделю социальной психотерапии // *Вопросы ментальной медицины и экологии*. – Москва-Павлодар. – Т. 10, специальный выпуск, посвященный II съезду психиатров, наркологов, психотерапевтов Республики Казахстан, 2004. – С. 15-22

5. Катков А.Л., Макаров В.В. Выходя из последней двери последнего вагона (к вопросу о концепции развития психотерапии на постсоветском пространстве) // Психотерапия. – М: Издательство «Литера-2000», 2004. – № 7. – С. 28-35

6. Катков А.Л. Интегративная психотерапия – новые подходы / Психотерапия. – М: Издательство «Литера-2000», 2004. – № 8. – С. 23-30

СИСТЕМНО-ИНФОРМАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕОДОЛЕНИЯ СЕМЕЙНЫХ КРИЗИСОВ

Н.М.Лаврова, В.В.Лавров

г. Санкт-Петербург

Цель данной работы заключалась в разработке методов оценки семейных кризисов и усовершенствовании способов помощи семейной системе в преодолении кризисного состояния. Для достижения цели требовалось расширить понимание принципов системной организации семьи. Поэтому решение исследовательских задач по определению критериев оценки характера и выраженности кризиса, а также поиска оптимальных способов мобилизации членов семьи в условиях кризиса, дополнили решением теоретических задач формирования информационно-эмоциональной модели семейной системы.

Методика

При анализе типа и выраженности кризиса семьи основывались на суммарных результатах опроса членов семьи, которые должны были оценить степень кризиса по шкале: отсутствует, слабый, средний и сильный кризис. Кризисы семьи сопровождалась психоэмоциональными и соматическими расстройствами членов семьи, поэтому расширили клинико-психологический метод, дополнив анализ эмоционального состояния членов кризисных семей исследованиями тех изменений функционального состояния мозговых и сомато-вегетативных систем организма, которые были спровоцированы кризисом. Уровень тревожности служил наиболее демонстративным показателем эмоционального состояния пациента. Компьютеризированный вариант интегративного теста тревожности [Бизюк А.П. и др., 1997] применялся для измерения уровня тревожности пациентов до и после терапевтической работы с ними, выявляя путем сравнения эффект терапии. Испытуемые отвечали на 15 вопросов, которые были отобраны авторами метода в качестве наиболее показательных. Факторизация результатов, полученных при развертывании методики, позволяла выявить пять дополнительных субшкал, идентифицированных как эмоциональный дискомфорт, астенический компонент, фобический компонент, тревожная оценка перспективы и социальная защита. Расчет показателей для каждой

из субшкал производился на основе диагностических весов всех ответов. Метод позволял измерить в условных единицах, станайнах уровень личностной тревожности испытуемого в течение года, предшествующего эксперименту, а также уровень ситуационной тревожности в день опыта.

Степень активации мозга связана с уровнем тревожности, поэтому отмечалось качество сна пациентов и, если они были согласны, анализировалась фоновая активация ЭЭГ, вычисляя альфа-индекс и измеряя цикличность периодов спонтанной активации. Регистрировали ЭЭГ на энцефалографе фирмы «Medicor». Прибор обеспечивал линейность частотной характеристики в пределах 0,5-35 гц. Испытуемый, после привыкания к обстановке звукоизолированной камеры, удобно располагался в кресле, расслаблял мышцы и закрывал глаза. Через 2-3 минуты у него развивалось состояние, которое оценивалось как полудремотное: не было ясности сознания, свойственной бодрому состоянию, но сохранялась способность реагировать на внешние сигналы. ЭЭГ, регистрируемая в теменных и затылочных областях, согласно классификации [Кратин Ю.Г., 1977], характеризовалась чередованием стадии «А», для которой характерна стабилизация альфа-ритма, и стадии «а», когда доминирует бета-ритмика. Чередование стадий не являлось случайным процессом: оно имело определенную циклическую организацию, обусловленную центральными регуляторными (активационными) влияниями на ритмику ЭЭГ [Evans В.М., 1992]. Подсчитывался альфа-индекс ЭЭГ, отводимой от затылочного отдела коры, и анализировалась цикличность периодики альфа-ритмики, измеряя временной интервал между периодами альфа-ритма, длительность которых превышала 3 с.

Данные, полученные в результате клинико-психологического метода и исследований функционального состояния, служили критериями для оценки степени кризиса. Оценкам кризиса, уровню тревожности и функциональному состоянию членов семьи назначался определенный балл в соответствии с таблицей 1.

Критерии анализа состояния членов семьи и последующей оценки семейного кризиса

Оценка кризиса членами семьи:	Уровень тревожности (в станайнах)	Возникновение психосоматических расстройств	Количество баллов по каждому ответу
Кризис отсутствует	Меньше 5	Нет	0
Слабый	5	Жалобы на нерегулярные расстройства систем организма, сна, ЭЭГ в пределах нормы	1
Средний	6	Жалобы на регулярные расстройства систем организма, сна, периоды повышенной активация ЭЭГ	2
Сильный	7 и больше	Хроническое расстройство систем организма, сна, стойкое повышение активации ЭЭГ	3

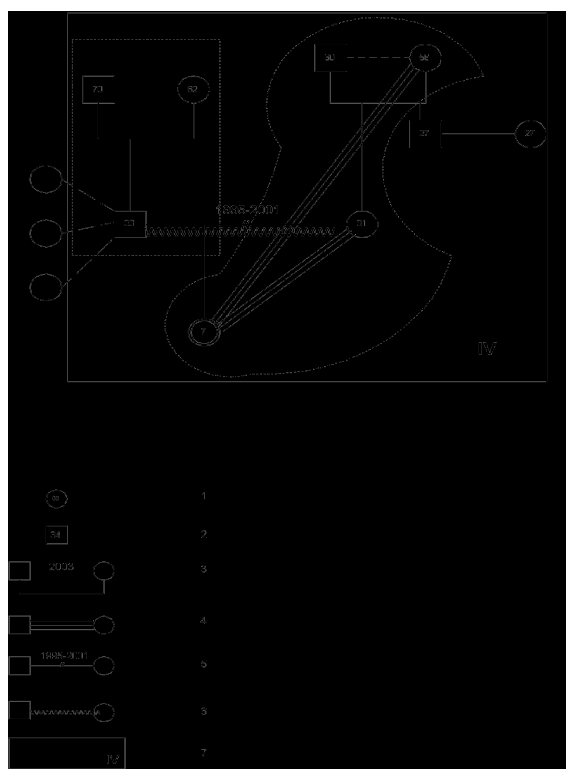
Полученные баллы суммировались, и после деления на 3 получалась средняя оценка кризиса, данная одним членом семьи. Затем мы вычисляли среднюю оценку кризиса по всей семье, для чего суммировали средние оценки и делили на число обследованных членов семьи. Если полученная конечная оценка меньше 0,5 баллов, то мы считали, что кризисное состояние отсутствует; если оценка лежала в пределах от 0,5 до 1,5,

то это слабый кризис; если в пределах от 1,5 до 2,5, то это средний кризис; и если более 2,5 – то это сильный кризис.

По результатам клинико-психологических исследований представителей кризисной семьи мы определяли характер кризиса и составляли генограмму кризисной семьи, после терапевтической работы вычерчивали измененную генограмму, выявляя последствия терапии (пример на рис. 1 и 2).

Рисунок 1

*Генограмма системных связей членов семьи до прохождения групповой психотерапии
(данные сентября 2002 года)*



Основные обозначения:

1 - женщина, возраст 58 лет;

2 - мужчина, возраст 34 года;

3 - зарегистрированный брак, год регистрации;

4 - очень близкие отношения (количество линий соответствует степени близости);

5 - расторгнутый брак, отмечено время заключения и расторжения брака;

6 - конфликтные отношения;

7 - наличие кризиса отмечено рамкой (прерывистая линия для слабого кризиса, тонкая сплошная - для среднего, утолщенная - для сильного), римские цифры в нижнем правом углу рамки - номер кризиса согласно табл. 2.

После оценки состояния семейной системы мы переходили к терапии. В течение 1991-2004 годов оказывалась помощь членам 117 кризисных семей и одновременно решались исследовательские задачи по выяснению корреляции эмоционального состояния пациентов и выраженности кризиса. При работе с 46 семьями нами использовали индивидуальные методы работы с семейной системой, остальным семьям оказывали помощь с использованием групповых методов психотерапии: 7 семьям в группах с представителями семей одного типа кризисов (подобно методу Черникова А.В., 2001) и 64 семьям в группах с представителями семей разных кризисов.

Далее приводится описание последнего метода, который предусматривал диагностику кризисного состояния семьи, отражение результатов диагностики в усовершенствованной генограмме и последующее восстановление функциональности и адаптивности кризисной семьи в ходе групповой психотерапии.

Вначале мы добивались нормализации функционального состояния членов кризисной семьи. Затем переходили к комплектованию группы. Число участников психотерапевтической группы составляло 12-14 человек. В группу включались не более 4 представителей от каждой семьи (поэтому группа была способна охватить 3-4 кризиса). Возраст пациентов от 16 до 60 лет. Формат занятий: 10 дней по 4 часа в день. Мы использовали просторное помещение площадью не менее 30 кв. м. Группа располагалась на полу на подушках или на спортивных матах (типа татами). Одежда - спортивные костюмы. В течение первого дня происходила консолидация группы и усваивались правила группы. К ним относятся следующие правила. Участники группы обращаются друг к другу на «ты» и по именам. Группа является закрытым сообществом (если участник в ходе работы выразит желание уйти, то он должен обосновать свой отказ и получить разрешение всех членов группы). Участниками группы поддерживается конфиденциальность и безопасность (все, что произносится в процессе занятий, не подлежит обсуждению вне круга группы). Каждый имеет право высказаться и быть услышанным (участники имеют право задавать вопросы выступающему, избегая оценочных суждений и раздачи

советов, нельзя выступать в роли «адвоката» и присоединяться к мнению другого оратора).

В работе группы участвовали 2 психотерапевта, которые формулировали инструкции, давали дополнительные разъяснения инструкции, если это требовалось, и контролировали выполнение инструкций. Психотерапевты структурировали время занятий, предлагали темы обсуждений и организовывали общие игры. Атмосфера сплоченности развивалась в ходе игр «Горная тропа», «Вождение слепого» и ряда других. Для углубления сплоченности и утилизации элементов агрессии использовали технику «глаза в глаза» по 5 минут с каждым участником группы. Коррекция уровня активации и эмоционального состояния членов группы достигалась по телесно-ориентированной методике. Члены группы разделялись по парам и производили друг другу массаж «зажатых» мышечных структур по Райху, провоцируя высвобождение «зажатых» эмоций.

В продолжение второго-девятого дней процесс занятий строился по принципу «работа с клиентом в группе». Материалом для работы служил индивидуальный жизненный сценарий каждого участника. Проводились упражнения для активизации наиболее ранних воспоминаний, относящихся к семье, в которой вырос пациент. Затем участники излагали сценарии своей жизни. На разбор и общий анализ сценария каждого члена группы, в среднем, затрачивалось 3 часа. Участники группы поддерживали атмосферу сплоченности и концентрировали внимание на обсуждаемых вопросах. Наличие обратной связи, когда каждый участник получал представление о восприятии его проблем другими людьми, служило фактором укрепления решений пациента. Позитивные эмоции, вызванные оптимальным решением, снижение напряжения негативных эмоций свидетельствовали об успехе и завершенности психотерапевтического процесса в рамках кризисной семьи.

В десятый день занятий закреплялся полученный опыт, повторяя принятые решения и подкрепляя их в процессе голотропного дыхания. Мы измеряли уровень тревожности участников группы, при этом низкая тревожность (менее 5 станайнов) служила показателем успешного достижения цели группового курса.

Результаты исследования

Решая задачу по составлению перечня кризисных состояний семьи, мы обратились к кризисам, известным по литературе [Бейкер К.Г., 1991; Варга А.Я., 2001; Эйдемиллер Э.Г., 1996], и сопоставили их с кризисами, наблюдаемыми в проведенной работе. Нами отмечены два кризиса, которые ранее не были выделены. Результаты исследований показали, что кризисные состояния возникают в семье не только при изменении структуры семьи и при переходе из одной стадии в другую, но и в рамках одной стадии в отсутствие явных стимулов кризиса (отсутствие четко выраженной конфликтной ситуации).

При анализе тех оценок состояния семейной системы, которые давали члены семей при внедрении в семью взрослого родственника, ранее жившего отдельно, мы регистрировали закономерное развитие кризисного состояния семьи. Заключение о закономерности кризиса основывалось как на данных клинико-психологического метода, так и на данных исследования функционального состояния всех членов семей (старых и новых). В одном случае кризис семьи был вызван возвращением из армии брата жены, в четырех случаях – приездом родителей одного из супругов. Все кризисы имели среднюю интенсивность. Ранее авторы не выделяли

стадию внедрения в семьи нового взрослого человека. Все структурные изменения семьи провоцируют развитие кризисного состояния, но было неверно считать их одинаковыми. Если кризис имеет отличительные черты, по-разному преодолевается, то заслуживает специального рассмотрения. Предложено выделить последнюю отмеченную стадию, поскольку она принципиально отличается от других стадий увеличения структуры семьи (стадии первичного заключения внутрисемейного контракта и от стадий, связанных с рождением детей). И вместе с тем, предложено выделить кризис семейной системы, вызванный внедрением взрослого члена семьи.

Дополненная классификация кризисов приводится в таблице 2. Ее использовали при анализе семейных кризисов и в усовершенствованном методе генограммы (пример на рис. 1, 2), включавшем в себя обозначение типа кризиса. Как предполагается, введение в метод генограммы графического изображения кризиса (рамка для схемы кризисной семьи) и обозначения кризиса (римская цифра – порядковый номер кризиса существенно повышает информативность генограммы, поскольку ранее генограмма не отражала кризисного состояния семьи.

Таблица 2

Кризисы семейной системы

Тип	№	Название кризиса	Суть кризиса	Особенности развития кризиса
Становление (положительная динамика)	I	Формирование внутреннего контракта семьи	Создание системы семейных ценностей, распределение и усвоение функциональных обязанностей	Обычно в течение 1 года совместного проживания и ведения хозяйства -
	II	Рождение первого ребенка	Перестройка эмоциональных связей супругов, усвоение новых функциональных обязанностей	Появление первого ребенка и начало выполнение обязанностей воспитания чаще всего на 2-3 году семейной жизни
	III	Рождение второго и следующего ребенка	Перестройка эмоциональных связей не только родителей, но и старших детей	Формирование нового уровня эмоциональных связей между детьми
	IV	Включение в семью нового члена	Реорганизация семейной системы	Изменение внутрисемейного контракта
Развитие (положительная динамика)	V	Поступление ребенка в школу	Информационный и эмоциональный стресс усвоения ребенком новых знаний и правил поведения	Выход ребенка во внешний мир, первый год обучения в школе
	VI	Идентификация личности подростка	Реализация подросткового стремления к высокому статусу в обществе	Стадия интеграции в семье полноправной личности соответствует периоду полового созревания подростка

Кризисы семейной системы (продолжение)

Тип	№	Название кризиса	Суть кризиса	Особенности развития кризиса
Дегенерация (отрицательная динамика)	VII	Обособление члена семьи	Негативные эмоции при перестройке структуры семьи и переживания сепарции члена семьи	Переход к стадии «опустевшего гнезда», когда кто-то из членов семьи начинает жить отдельно
	VIII	Смерть члена семьи	Драматические эмоции утраты близкого человека и деструкции структуры семьи	Степень потрясения определяется готовностью семейной системы к смерти члена семьи и значимостью умершего для семьи
	IX	Разлад эмоциональных отношений	«Цепная реакция» отрицательных эмоциональных переживаний	Сложение отрицательных эмоций и их провокация по типу «резонанса», действие негативных циклов эмоциональной динамики, возникает на разных семейных стадиях

Исследования 21 семьи продемонстрировали тот факт, что кризисные состояния создаются не только переходом семьи из одной стадии в другую, но и возникают в рамках одной стадии, если провоцируются эмоциональным разладом членов семьи. Поскольку такой разлад отмечен и в нуклеарной семье (16 случаев), и в расширенной семье (5 случаев), можно полагать, что он является общим для всех типов семьи. Члены семей не всегда, а только в 76% случаев указывали на реальный конфликт, ставший причиной разлада, и могли сказать о моменте возникновения кризисного состояния. Реальной причиной разлада мог служить любой конфликт между супругами и между представителями разных поколений семьи, но впоследствии кризис охватывал всю семью, что подтверждало мнение о системности кризиса. Вместе с тем, важно отметить, что были случаи, когда разлад возникал в отсутствие отчетливого конфликта, и когда не было явного стимула для развития кризиса эмоционального разлада. В таких случаях члены семьи отмечали постепенное накопление отрицательных эмоций и постепенное развитие кризисного состояния. В данном исследовании не производилось статистического анализа цикличности эмоциональных состояний членов семьи и связи цикличности с обострением разлада, поэтому нет полностью достоверных доказательств заключения о природе эмоционального разлада. Но результаты наблюдений служат основанием для предположения об эндогенных внутрисистемных факторах такого разлада. Представители тех семей (24% от всего количества кризисов эмоционального разлада), которые не могли конкретизировать причину разлада, сообщали о противоположности в изменениях

настроений. Имеется в виду, например, что ласковое и сексуальное настроение одного супруга не встречало поддержки, или более того, совпадало по времени с периодом повышенной раздражительности и агрессивности другого супруга. В соответствии с результатами наблюдений эмоциональный разлад выделили в особый тип кризисов и тем самым дополнили перечень семейных кризисов, обусловленных изменением структуры семьи и стадий развития (табл. 2).

Анализ степени кризисов с помощью разработанной методики, изложенной в предыдущей главе, показал, что из 117 обратившихся за помощью семей у 18 отмечена слабая степень кризиса, у 42 – средняя и у 57 – сильная степень кризиса.

При изучении корреляции семейного кризиса и изменений функционального состояния членов семьи, мы сочетали анализ психоэмоционального состояния и обследования состояния мозговых и сомато-вегетативных систем организма. Наблюдения за 11 членами семей со средней степенью кризиса подтвердили ожидавшееся у них повышение уровня активации мозга и изменения ЭЭГ, которые свойственны высокому уровню тревожности [Лавров В.В., 1996; Лаврова Н.М. и др., 2002]. Отмечено, что у пациентов из кризисных семей при тревожности порядка 6-7 станайнов альфа-индекс ЭЭГ, в среднем, составил $44 \pm 9\%$, что существенно меньше величины ($52 \pm 5\%$), зарегистрированной в контрольной группе (представители благополучных семей, здоровые, с уровнем тревожности ниже 4, данные предыдущих исследований [Слезин В.Б. и др., 1992]). Кроме того, увеличился интервал между периодами альфа-ритма ЭЭГ, в среднем, до 29 ± 7 с (в контрольной группе средний интервал равнялся

17±4 с). Форма волн ЭЭГ у пациентов из кризисных семей не имела патологических особенностей.

При оказании помощи кризисным семьям нами использовались 3 метода: 1) системная семейная психотерапия – 46 семей, 2) метод групповой психотерапии в группе с представителями семей одного и того же кризиса – 7 семей и 3) метод групповой психотерапии в группе с представителями разных кризисов – 64 семьи.

Далее, на примере работы с семьей, переживавшей кризис поступления ребенка в школу, иллюстрируется комплекс действий по оказанию помощи. Впервые с просьбой о помощи обратилась женщина 31 года. Ее дочка Л. (возраст 7 лет) страдала ночными страхами, которые появились через неделю после начала занятий в 1 классе начальной школы. По рекомендации консультанта девочка была направлена на обследование к невропатологу. Специалист-невропатолог не обнаружил у девочки органических нарушений нервной системы. Такое заключение указывало на психогенную причину фобий девочки. Для того, чтобы выявить причину фобий и определить способы помощи девочке, нами была произведена диагностика семейной системы девочки. Выявлено, что у девочки и матери тесные отношения, хотя они вместе проводят мало времени. Было установлено, что между бабушкой и девочкой Л. существовала очень тесная связь. Бабушка осуществляла функцию гиперпротекции. Отмечено, что между матерью девочки и отцом, несмотря на развод и раздельное проживание, существует связь, которая выглядит как конфликтная, поскольку бывшие супруги соревнуются в успехах на службе и стремятся завоевать доброе отношение девочки. При обследовании состояния девочки Л. отмечено: нет жалоб на соматическое здоровье, напряженное внимание, мышечное напряжение, боязнь темноты, ночью при спонтанном просыпании острые приступы страха, на занятиях в школе – императивные позывы к мочеиспусканию. Состояние матери: соматически здорова, жалобы на появляющееся несколько раз в течение дня ощущение беспокойства, плохой сон, отмечены периоды тахикардии, уровень тревожности – 7 станайнов. Кроме тревожности, выявлен повышенный уровень эмоционального дискомфорта, астенизации, фобического компонента, тревожной оценки перспективы, снижение социальной защищенности. При оценке степени кризиса мы ориентировались на ситуационную тревожность в настоящий момент, поскольку личностная тревожность могла отличаться от ситуационной, т.к. служит показателем состояния в течение длительного периода времени, когда влияют многообразные жизненные факторы. При регистрации ЭЭГ отмечено повышение уровня активации ЭЭГ: альфа индекс $42 \pm 9\%$, интервал между периодами альфа-ритма 28 ± 9 с.

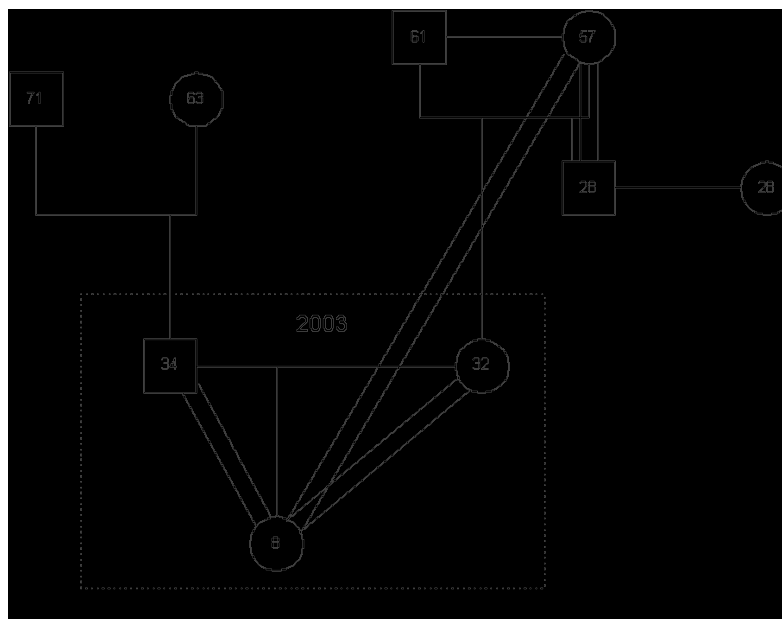
Состояние бабушки: гипертоническая болезнь второй степени, уровень тревожности – 7 станайнов. Состояние дедушки (по сведениям от бабушки): обострение ишемической болезни сердца спровоцировано недостаточным уходом за ним, вследствие забот о девочке, уровень тревожности 6 станайнов. Состояние отца девочки Л.: жалоб на здоровье нет, уровень тревожности – 6 станайнов. При анализе степени кризиса учли данные оценки согласно методу и таблице 1, приведенному в предыдущей главе. Мать девочки: оценивает кризис как средний (назначено 2 балла); уровень тревожности сильный (3 балла); нерегулярные расстройства сердечной ритмики (2 балла), вычисленная средняя оценка $(2+3+2)=2,33$. Подобная оценка бабушки равна 2,66, а дедушки – 2,33. Отец девочки: $(2+2+0)/3=1,33$. Таким образом, окончательная оценка кризиса $(2,33+2,66+2,33+1,33)/4=2,14$ указывает на средний уровень (больше 1,5 и меньше 2,5).

По результатам опроса матери и бабушки девочки составлена генограмма (рис. 1).

На втором приеме терапевт предложил матери и бабушке последовательность терапевтических процедур. Проанализирована тревожность обеих женщин и зарегистрирована ЭЭГ матери. Было предложено пригласить на консультацию отца девочки. Вначале произвели коррекцию функционального состояния матери и бабушки девочки. Бабушка стала следовать рекомендациям участкового терапевта по снижению кровяного давления. На третьем приеме присутствовали девочка Л., ее мать, бабушка и отец. Семье предложили посещать групповую психотерапию. Получено согласие.

Была решена проблема комплектации психотерапевтической группы. Число участников группы составило 12 человек. В группу, кроме семьи девочки Л., вошли представители еще 3 кризисных семей (кризисы формирования внутрисемейного контракта, смерти супруга, идентификации подростка в качестве полноправной личности). Возраст пациентов от 16 до 58 лет. Терапии проходила в соответствии с методикой, изложенной выше. В заключительный день занятий произошло закрепление полученного опыта в процессе повторения решений и подкрепления посредством голотропного дыхания. Измерение уровня тревожности, низкая тревожность (менее 5 станайнов) свидетельствовали об успешном достижении цели группового курса. Принятое решение по изменению системы семьи отражено на генограмме на рисунке. 2. Это решение (получено подтверждение по телефону) было реализовано, отец девочки заключил повторно брак с матерью девочки, у него сложились доверительные отношения с дочерью. Девочка успешно учится, у нее исчезли фобии. Установились теплые отношения бабушки и ее супруга, дедушки внуки, улучшились отношения бабушки с сыном (братом матери девочки Л.).

*Генограмма системных связей членов семьи после групповой психотерапии
(данные февраля 2003 года)*



Обозначения, как на рисунке 1

Обсуждение результатов

Среди проблем, которые врачу-психотерапевту приходится решать при работе с кризисной семьей, особое место занимает проблема оценки степени кризиса. В результате проведенных исследований была отмечена корреляция степени кризиса и степени расстройств мозговых и сомато-вегетативных систем организма членов кризисных семей. Установленная корреляция расширила набор критериев, пригодных для оценки степени кризисов. При решении вопроса о том, какие градации целесообразно выделить для характеристики степени кризиса, мы учитывали мнение членов семей, а также практические задачи психотерапевтической работы. Теоретически, на основе данных опроса представителей семей и сведений о функциональном состоянии их организма, можно было выделить больше градаций, чем это было сделано. Но испытание метода подтвердило оптимальность выбора четырех градаций (отсутствует, слабый, средний и сильный кризис).

После внесения дополнений в классификацию кризисов (см. табл. 2) и выбора критериев для оценки степени кризисов (см. табл. 1) исследование обратилось к вопросу об эффективности методов помощи кризисной семье. Вопрос не имеет простого решения, потому что успех метода зависит от многих условий, в частности, от навыков терапевта и качеств семьи. Каждая семья представляет собой уникальную систему и по своей структуре, и по своей функциональной организации; поэтому

требуется осторожность в применении статистики. Производя сравнение эффективности методов, мы не ставили себе задачу найти методы, от которых следовало бы отказаться. Речь идет именно об эффективности – достижении результата преодоления семейного кризиса с наименьшими затратами времени и высокой вероятностью успеха.

При оказании помощи кризисным семьям нами использовались 3 метода: 1) системная семейная психотерапия; 2) метод групповой психотерапии в группе с представителями семей одного и того же кризиса; 3) метод групповой психотерапии в группе с представителями разных кризисов. Первый метод показал себя наименее эффективным, прежде всего, вследствие большой продолжительности сессий, которые могли продолжаться в течение года. Третий метод имел преимущество перед вторым из-за высокого качества работы психотерапевтической группы. Представители семей с одним и тем же кризисом, как это было во второй методике, подходили к анализу ситуаций в других семьях, ориентируясь на собственные проблемы, что препятствовало глубокому и непредвзятому анализу чужих проблем. И только в группах, где были представители семей с разными кризисами (третий метод), достигалась глубокая всесторонняя оценка факторов кризиса, и члены кризисной семьи получали информацию по обратной связи от людей без предвзятого мнения.

Далее обсуждение результатов исследований не может не обратиться к теоретическим вопросам

системного подхода, поскольку от их решения зависит эффективность помощи кризисным семейным системам. Практика психотерапии много выиграла от понимания системности семьи. Но в перспективе может выиграть еще больше, поскольку системность открывает путь к переходу изучения природы семьи в русло естественных наук. Такой переход и применение универсальных знаний о развитии разнообразных систем природы и общества являются полезными для теории семьи, так и не получившей своего завершения. Прежде всего, открывается возможность преодоления недоразумений в определении семейной системы. Именно отечественная школа системологии, основанная П.К.Анохиным (1980), дала исчерпывающее определение системы. Система – это не просто комплекс взаимосвязанных элементов; система – это комплекс таких взаимосвязанных элементов, которые согласованно действуют для достижения общей цели, общего полезного результата. Для того чтобы достичь цели, система должна иметь действенный системоорганизующий фактор. Если этого фактора нет, то система не состоялась, хотя и сложилась структура взаимосвязанных элементов.

Еще одно недоразумение связано с использованием термина «гомеостаз» применительно к семейной системе. В XIX веке исследователи обратили пристальное внимание на то, что живой организм поддерживает четкие определенные параметры своей внутренней среды. Сопоставление семейной системы и системы живого организма вполне оправданно, но надо расширять аналогию. В настоящее время хорошо известно, что жизнеспособность организма, его адаптивность, задается способностью восстанавливать измененные гомеостатические параметры и способностью не разрушаться в условиях, когда изменились параметры внутренней и внешней среды. Центробежный регулятор, который рассматривается на уроках физики средней школы, может служить механической моделью тех процессов, которые происходят в организме – чем больше обороты регулятора не соответствуют равновесию, тем больше сила, которая заставляет регулятор вернуться к равновесию. Все регуляторы имеют универсальный принцип, но каждый регулятор имеет собственную структуру и собственное равновесно состояние. Подобный принцип действует в живом организме (чем более условия отклонились от среднего уровня гомеостаза, тем мощнее реагирует организм для восстановления этого уровня). Можно ожидать, что подобный принцип приложим и к семейной системе.

Итак, если принять во внимание принципы системной теории, то можно дать такое определение семьи – это не просто комплекс взаимосвязанных членов семьи, а комплекс, стремящийся к общей цели под воздействием системоорганизующего фактора. Соответственно, решение проблемы целостности

семьи сводится не только к выяснению природы связей, но и природы системоорганизующего фактора. Где располагается источник системоорганизующих влияний? Есть два варианта ответа: источник находится внутри семейной системы (тогда она становится саморегуляторной) и вне системы.

Теоретическое представление о семье как о саморегуляторной системе, то есть организуемой внутренними факторами, не получило достойного развития из-за неопределенности понимания сути семьи. Большинство исследователей считает семью элементарным социумом и рассматривает семью в качестве совокупности людей, осуществляющих репродуктивную функцию, проживающих на одной территории, занятых ведением общего хозяйства, имеющих особые (родственные и иные, формально установленные государственной администрацией) связи, а также объединяемых некоторыми, так называемыми, «взаимоотношениями» в процессе выполнения функций по удовлетворению потребностей семьи. Классификация таких функций и потребностей, предпринятая авторами, в частности [Шапошникова Т.Е., 2004], помогает проследить, как изменяется семья по мере развития общества, но не раскрывает сути семьи. Приведенное определение страдает существенными недостатками. Оно не позволяет четко отделить группу людей, составляющих семью, от группы, которая соответствует отмеченным признакам, но не составляет семью. Так называемые «взаимоотношения», которые формируют систему семьи, по сути, не конкретизированы (то есть, лишь указывается на «не-что» важное и системообразующее).

Современное изучение системных процессов в природе и обществе переходит от механистического представления о взаимодействии элементов системы (когда рассматривался обмен энергией между элементами, распределенными в пространстве и времени) к информационному [Юзвизин И.И., 1996]. Согласно последнему представлению, информационные каналы играют роль связей, формирующих любое сообщество людей, в том числе и семейное сообщество. Особое место в информационных связях членов семей занимают эмоциональные каналы информации, так как именно эмоции, а не экономические факторы, как полагали ранее, лежат в основе семейной системности. Предлагается использовать информационно-эмоциональную модель семейной системы для рассмотрения природы целостности семьи, поскольку эта модель учитывает многообразие факторов, влияющих на семью, и разнообразия явных и скрытых информационных каналов между членами семьи. Согласно предлагаемой модели, члены семьи объединяются в систему посредством информационных каналов. Есть один особый вид информационных каналов, обеспечивающих консолидацию семейной системы. Имеются в виду эмоциональные каналы,

которые отражают эмоциональный настрой источника и влияют на эмоциональный настрой приемника информации. В качестве источников и приемников выступают члены семьи, а в качестве носителя эмоциогенной информации служат не только слова, не только эмоциональная насыщенность тона речи и жестов, но и материальные предметы, в том числе деньги, которые воздействуют на эмоциональное состояние членов семьи. К настоящему времени разработаны методы объективной оценки эмоций (анализ и критика этих методов здесь не приводится), поэтому эмоциогенность имеет конкретное выражение, в отличие от так называемых «взаимоотношений», не поддающихся объективному анализу. Фактически, элементы модели уже используются в методе генограммы – учитываются эмоциональные связи членов семьи (например, теплые тесные или неприязненные).

Предложенная модель не противоречит лингвистическим моделям, которые абсолютизируют значение словесного обмена информацией, но, вместе с тем, обращает внимание на несловесную передачу информации, зачастую более насыщенную эмоционально, чем словесная, особенно в сексуальном поведении (в частности, жесты, запахи), а также на тот факт, что эмоциональная реакция задается не только передаваемой информацией, но и теми гипотезами, которые выстраивают члены семьи, когда анализируют семейную ситуацию. Предложенная модель позволяет вести поиск закономерностей, определяющих согласованное взаимодействие членов семьи в рамках целостной системы, не игнорируя индивидуальных личностных принципов каждого члена семьи. Имеется в виду, что предлагается пересмотреть представление о семье как системе, формирующейся только за счет того, что интересы отдельных членов семьи «приносятся в жертву» семейным потребностям. Теория управления системными процессами показала, что система может вполне успешно функционировать и тогда, когда каждый элемент системы стремится к достижению своей собственной цели, при этом содействует достижению цели подсистемы, а также целостной системы. Достижения теории управления служат ориентиром для работы с семьями, где сложились так называемые «коалиции» членов семей, указывая на реальность системного согласия без разблокирования «коалиций».

Ранее теоретические обоснования семейной системы лишь декларировали наличие «гомеостатирования» и саморегуляции. Авторы не добивались определения системоорганизующего фактора семьи и равновесного состояния, к которому семья, будучи динамической системой, стремится. Предложенная модель подводит к пониманию сути «гомеостатического» состояния. Это идеальное состояние «абсолютной гармонии» характеризуется включением положительных эмоциогенных связей

и выключением информационных каналов с отрицательным эмоциогенным действием. В реальных условиях возникновение «гармонии», когда члены семьи вызывают друг у друга только положительные эмоции, если и возможно, то только на короткий момент времени, потому что изменение внешних и внутренних условий неизбежно выведет семью из такого состояния. Здесь не обсуждается вероятность достижения гармонии, но лишь подчеркивается определение того, что равновесное состояние семейной системы зависит от информационных каналов с положительным эмоциогенным действием. Чем выше отклонение системы от равновесного «гомеостатического» состояния, тем выше напряжение системы и тем более активирована система и члены семейной системы. Если у семьи нет четкой программы движения к равновесию, возникает состояние активации без определения цели деятельности, что закономерно приводит к развитию тревожности, поскольку показано, что и у животных и у людей тревожность характеризуется повышенной активацией и отсутствием цели действий для понижения активации [Лавров В.В., 1995]. Таким образом, согласно информационно-эмоциональной модели семейной системы, стремление к «гармонизации» эмоциональных связей выступает в качестве системоорганизующего фактора семьи. В свете сказанного, задача психотерапевта заключается в том, чтобы помочь семейной системе найти и активизировать программу действий, позволяющих приблизиться к равновесному состоянию. Кризисное состояние и статичность этого состояния преодолеваются за счет функционального ресурса системы. Методы выхода могут быть разными. Один из методов – стимуляция динамики семейных отношений посредством групповой психотерапии, как это проверено в данной работе. Но это далеко не единственный действенный метод. Для того чтобы придать системе импульс действия, можно привести систему в еще большее отклонение от равновесного пункта. Для этого достаточно увеличить эмоциональное восприятие кризиса. Подобным образом поступали авторы метода работы с семьей, где один из членов семьи страдал анорексией [Палаццоли С.М. и др., 2002], причем авторы, если оценивать их действия в соответствии с системно-информационным подходом, поступали остроумно и целесообразно, но не парадоксально.

Заключение

Результаты проведенных наблюдений показали, что семейные кризисы имеют универсальные свойства – сопровождаются напряжением отрицательных эмоций и снижением функционального состояния членов кризисных семей. Сделанные наблюдения позволили расширить набор критериев для оценки степени кризиса. Отмечены 2 кризиса, которые

ранее не выделялись при работе с семейной системой – эмоциональный разлад и включение в семью взрослого человека в качестве нового члена семьи. Кризисы семьи, ранее рассматривавшиеся как кризисы развития системы, классифицированы более детально – выделены кризисы становления (формирования архитектуры системы), собственно кризисы развития (когда структура семьи не меняется) и кризисы дегенерации (деструкция системы не только в результате уменьшения

числа членов, но и в результате усиления негативных эмоциональных связей между членами семьи). Наиболее эффективным способом преодоления системных семейных кризисов является групповая психотерапия с группой, состоящей из представителей семей с разными типами кризисов. Предложена информационно-эмоциональная модель семейной системы, которая расширяет представления о принципах семейной саморегуляции.

Литература:

1. Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональной системы. – М.: Наука, 1980
2. Бейкер К.Г. Теория семейных систем М. Боуэна // Вопросы психологии, 1991. - № 6
3. Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В. Применение интегративного теста тревожности. – СПб.: Адаптест, 1997
4. Варга А.Я. Системная семейная психотерапия. – СПб: Речь, 2001
5. Кратин Ю.Г. Анализ сигналов мозгом. - Л.: Наука, 1977
6. Лавров В.В. Мозг и психика. – СПб, 1996
7. Лаврова Н.М., Лавров В.В., Моисеева Л.А., Пушкарев Ю.П. Семейные кризисы и повышенная тревожность членов семьи // Теоретические и эмпирические подходы к изучению толерантных установок сознания и толерантности отношений. – СПб. 2002
8. Палаццоли С.М., Босколо Л., Чеккин Дж., Прата Дж. Парадокс и контрпарадокс. – М.: Когито-Центр, 2002
9. Слезин В.Б., Лавров В.В. Истерия и неврастения: различия дисфункции центральных регуляторных и эмоциональных механизмов // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева, 1992. - № 3. - С. 35-46
10. Черников А.В. Системная семейная психотерапия: Интегративная модель диагностики. - М.: Класс, 2001
11. Шапошникова Т.Е. Функции семьи общественно-смыслового и личностно-смыслового характера / Психотерапия, 2004. - № 1. - С. 12-14
12. Эйдемиллер Э.Г. Методы семейной диагностики. – М. - СПб.: Фолиум, 1996
13. Юзвизин И.И. Информациология. – М.: Радио и связь, 1996
14. Evans B.M. Periodic activity in cerebral arousal mechanisms - the relationships to sleep and brain damage // EEG and clin. Neurophysiol., 1992. - V. 83. - № 2. - P. 130-137

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ГРУППОВОГО ПСИХОАНАЛИЗА

Т.Ф.Потапова

г. Красноярск

Группа рассматривается в психоанализе как совершенно особый предмет изучения, для которого характерны свои психоаналитические закономерности.

Какие бы цели (политические, педагогические, спортивные и др.) группа ни преследовала, конфликты, доминирующие на ее пространстве, как правило, бессознательны. Поэтому в психоаналитической перспективе предметом исследования оказываются бессознательные процессы, проникающие между отдельными членами группы группой в целом. Для психоаналитического исследования таких процессов существует 2 способа:

- изучение отдельного представителя группы, подобное изучению пациента в психоанализе. В этом

случае группа будет общим фоном, способствующим масштабному анализу индивида;

- изучение группы как индивида, в течение которого аналитик имеет возможность облегчить процесс понимания коллектива, рассматривая последний подобно незнакомому человеку.

По мнению М.Parloff, главными при классификации различных подходов в групповом психоанализе являются 2 фактора: объект психоаналитического воздействия и личностные характеристики психоаналитика, который это воздействие осуществляет. С каждой функцией группы (группа как фон, как соответствующая цель психотерапевтических манипуляций и как основной инструмент

воздействия), связана определенная система отношений, ролей, задач трех основных составляющих психоаналитической группы: индивида, психоаналитика и коллектива пациентов. Принятие той или иной системы связано с определенным способом понимания сущности человека и его развития, роли среды, концепции возникновения и лечения психических расстройств.

При подходе, который именуется «психотерапией в группе» и берет начало в классической теории психоанализа, группа играет роль фона, контекста, в котором протекает индивидуальная психотерапия пациента. Группе отводится второстепенная роль, хотя не исключается ее благотворное, катализирующее воздействие. Вторичность группы по отношению к индивиду вытекает из понимания индивида как существа прежде всего биологического. Социальное при таком подходе отступает на второй план. Особая роль в этой системе отводится психоаналитику, ориентации на него. С одной стороны, он является экраном, на который пациент проецирует свое отношение к значимым лицам, с другой - выступает в роли эксперта, знающего законы развития и функционирования личности. Остальные участники выступают в роли наблюдателей и находятся в процессе пассивного научения. В ходе работы психотерапевта с индивидом пациенты могут делиться своими ощущениями. Цель психоаналитика - помочь отдельным участникам изменить свои познавательные, эмоциональные и поведенческие стереотипы.

Функционирование групп типа «психотерапия группы» описал W.Bion. Центр переносится с индивида на группу. Группа понимается как слепок индивидов, целостное динамичное поле, находящееся в определенных отношениях с окружением. Личность в такой системе не имеет самостоятельной функции. Цель психотерапии заключается в развитии здоровой группы. Психические расстройства являются отражением отклонений, существующих в социальной системе. Роль психоаналитика может быть двоякой: он выступает с позиции «партнера», поддерживающего «горизонтальный» стиль общения или «постороннего наблюдателя», комментирующего события в группе. Осознание происходит с помощью психотерапевта как значимого лица, который является не только авторитетом и экспертом, но и «социальным инженером», ответственным за формирование соответствующей «культуры» группы.

Для нас наиболее приемлемой представляется концепция Фулкеса, которую можно обозначить как «психоанализ посредством группы». Эта концепция включает в себя анализ индивида, являющегося членом исследуемой группы. Рассматривать группу в отрыве от ее отдельных представителей, как и изучать людей, составляющих группу, вне последней, по мнению Фулкеса, вряд ли логично

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

Для ориентации в многообразных бессознательных групповых процессах разработан ряд психоаналитических моделей, которые можно разделить на «слоистые» и «процессуальные». Большинство слоистых моделей опирается на топографическую модель психики З.Фрейда. Стадии группового процесса рассматриваются в моделях процессуальных.

Согласно модели G.Bennis и Shepard [8], существуют две основные стадии группового процесса: стадия зависимости от терапевта, характеризующаяся скованностью участников группы, и стадия независимости, в течение которой начинают проявляться межличностные отношения. Своевременное распознавание и конструктивное решение скрытых бессознательных групповых конфликтов обеспечивает возможность избегать чрезмерных проявлений

коллективной деструктивности. В процессуальной модели, разработанной Н.Слатер [9] различают три основные стадии группового процесса: стадия обожествления руководителя группы, стадия соперничества с ним и стадия обретения компромисса путем установления новых групповых отношений [5].

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

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

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

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

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

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

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

Четвертую стадию можно назвать рабочей. В этот период ведется целенаправленная деятельность в плане осознания конфликтов и их разрешения, преимущественно через реакции переноса и проекции, чему способствуют процессы «зеркального отражения», которые постоянно идут в группе. Наше самосознание ограничено, так как мы не можем видеть себя со стороны. Но мы видим себя в зеркалах других людей, что создает так называемое «прибавочное видение». За счет него участники группы позволяют друг другу наблюдать очень многие процессы, которые в реальной

жизни оказываются за границами нашего чувственного познания. Потому процесс «зеркального отражения», по мнению Фулкеса, является основным, фундаментальным моментом группового психоанализа [6, 7].

Слойные модели (таб. 1) подразделяют групповой процесс на несколько одновременно сосуществующих уровней, первый из которых, межличностный или групподинамический, включает в себя обычные, общепринятые, достаточно поверхностные отношения между участниками группового сеанса. На втором уровне, находящемся как бы этажом ниже, протекают бессознательные процессы, в которых доминируют конфликты, связанные с эдиповым комплексом. На более глубоком третьем уровне происходит повторное оживление нарцисстических конфликтов, характерных для ранних отношений матери и ребенка и хронологически предшествующих конфликтам эдиповым. В соответствии с преобладанием в групповой динамике одного из названных стереотипов отношений, подразделяются и сами группы.

Важным критерием подразделения является также фактор «однородности – неоднородности», на основании которого выделяют открытые и закрытые группы. В закрытых группах стабильным является количество участников, время начала и окончания работы. Сроки функционирования открытых групп не определены. Участники, которые полностью вербализовали свои проблемы, могут покинуть группу, и на их место вводятся новые. Оба вида групп имеют свои преимущества. В закрытых группах:

- а) клиенты совместно и одновременно проходят все фазы психоаналитического процесса;

- б) групповые переживания характеризуются большей глубиной и силой;

- в) выше средняя активность клиентов.

Особенности динамики открытых групп позволяют вывести группу из тупика, когда возникает такая необходимость, путем введения в нее новых членов.

Многие терапевты предпочитают набирать группы, характеризующиеся более или менее однородным составом участников, именуемые «гомогенными». В гомогенных группах происходят: более быстрая взаимная идентификация, ускорение инсайта, уменьшение длительности лечения, регулярное участие в психотерапии, уменьшение сопротивления и проявлений деструктивного поведения, гораздо реже создаются подгруппы, быстрее устраняются симптомы. Гетерогенные группы обеспечивают, по данным А. Wols и Е. Schwartz: более глубокую психотерапию, «всестороннюю проверку действительности», более быстрое формирование внутригруппового «перенесения», облегчение процессов создания группы [4].

Некоторые современные подходы к групповому психоанализу заключаются в выборе так называемой

«золотой середины». Согласно этим взглядам [5] оптимальный состав участников должен быть таким, чтобы они, несмотря на свои различия, могли вести между собой дискуссии. По нашим наблюдениям, предпочтительным является все же гетерогенный состав группы. При отсутствии выраженных различий по полу, возрасту, когнитивным возможностям и социальному статусу возникают трудности с переносом, а в результате сходства основных проблем и возникновения взаимной эмпатии группа превращается в «клуб интересных встреч». Так, в гомогенной женской группе (возраст участников 30-35 лет) происходит выраженная актуализация конфликтов эдиповой фазы, выражающаяся в стабильно нарушенных взаимоотношениях с матерью и трудностях построения отношений с противоположным полом. Наблюдаются защиты преимущественно в виде выраженной регрессии, идентификации друг друга, иногда – расщепления. Идет активное эмоциональное отреагирование, но при этом возникают проблемы с интерпретацией, которую клиенты оказываются неспособными не только произвести, но и принять. Кроме того, затруднен выход из состояния регрессии.

Гомогенная мужская группа (возраст 35-45 лет) отличается другими особенностями. Прежде всего, затягивается первая фаза группового процесса. В результате – напряжение накапливается, а его разрядка не происходит. В некоторых случаях кумуляция напряжения разрешается через интеллектуализированную агрессию на ведущего. Чаше, в конце концов, изолируется отрицательный аффект, участники группы сознательно направляют ход своих мыслей и переживаний в сторону от группового процесса и попытки ведения их по пути обмена своими ощущениями оказываются тщетными. Иногда для разрядки напряжения используется защита в виде интеллектуализации с полным отрывом от ситуации «здесь и сейчас» и невозможностью обсуждения конкретных жизненных проблем.

И в женских, и в мужских гомогенных группах среднего возраста ощущается недостаток проекций и переносов на лиц противоположного пола и другого возраста, учета их видения ситуации, что делает крайне затруднительными осознание участниками группы своих проблем и конструктивную помощь в этом другим.

Сотрудники Лондонского института группового психоанализа полагают, что положительные результаты данной терапии зависят, скорее всего, не от повторного оживления и переработки конфликта, идущего из детства, а от готовности членов группы и, в особенности, от руководителя изыскивать возможности для новых доброжелательных отношений [6]. Однако, поскольку теория психоанализа учит, что никакие позитивные изменения невозможны, если в течение аналитического процесса не происходит реактивации и осознания бессознательных

стереотипов отношений, следует отметить важное значение повторного оживления в ситуации группы драматических отношений, первоначально характерных для детства или прошлого в целом. Только решив бессознательные конфликты, группа становится в состоянии приступить к решению конфликтов актуальных. Вне зависимости от ориентации на ту или иную модель в психоанализе неизменно подчеркивается значение сексуальных и агрессивных стереотипов отношений, частью скрытых за очевидным поведением, причины которого могут показаться на первый взгляд сиюминутными.

В настоящем сообщении приводится анализ работы с динамическими психоаналитическими группами в период с 1991 года. Участниками групп были студенты различных вузов г. Красноярск и курсанты, обучающиеся психотерапии на кафедрах психиатрии, психологии и психотерапии КрасГМА. Опробованную модель можно отнести к краткосрочному курсу динамической психоаналитической терапии (от 12 до 28 сессий).

Проводя обучение, мы даем слушателям гарантию участия в интересующем их психотерапевтическом процессе, исключая тем самым возможность проведения отбора в группы с учетом соответствующих показаний и противопоказаний [6]. Однако грубого нарушения в составе групп не было, так как можно с уверенностью утверждать, что никто из участников не страдал тяжелыми психическими заболеваниями, не обнаруживал признаков органической патологии мозга, не употреблял наркотические средства и алкоголь, соблюдались необходимые различия по возрасту и полу.

В первые годы, как правило, в начале ведения группы число ее участников было недопустимо большим – 15-25 человек. Но после 2-3-х сессий оно сокращалось до 8-10 и оставалось стабильным на протяжении всего процесса терапии. Представляется, что объяснение этого факта может быть двояким. Во-первых, такой существенный отсев из группы, вероятно, правомерно связать с недостаточным пониманием участниками цели ее проведения. Как правило, в течение первых сессий неоднократно задаются вопросы: «Какова наша цель?», «Что мы должны делать?» Глубинный смысл психоанализа, заключающийся в осмыслении своих бессознательных процессов, и помощь в этом другим воспринимается немногими. Предпочтение обычно отдается работе над какой-либо конкретной проблемой, предъявленной с полной определенностью, нежели над внутренней сущностью ее возникновения и становления. В связи с этими трудностями пришлось несколько видоизменить стиль работы и перед началом ее коротко знакомить будущих участников группы с учением о бессознательных психических процессах и значением психоаналитической терапии, не фиксируясь на деталях ее

Слойные модели

bw	Рабочий союз «Договор»	Рабочая группа	Актуальная плоскость	Плоскости групповой динамики: статус, роли	Нормативная регуляция отношений, итог (интерактивная групповая терапия)	Рефлексив-интеррактивная плоскость
vb w	Новые реальные отношения	Динамическая матрица (Ван дер Клей, 1982)		Нормы		
ubv	Оживление семейной ситуации с членами семьи, как то: братья, сестры, отец в качестве руководителя и группа в качестве матери (символически)	Основные приемы в группе 1.Зависимость 2.Борьба/ бегств 3."Paigina"	«Персональная матрица»	Перенос и контрперенос или (весь) образец отношений эдипальных обстоятельств (область «классических неврозов»)	Психо-социальное формирование компромисса (глубинно-психологическая групповая терапия)	Фантастический (ирреальный образец отношений)
		Депрессивная позиция (Клейн Б., 1952)	Проективная плоскость с Я-телесными и объект - составляющими		Общие мечты (аналитическая групповая терапия)	Эдипальные обстоятельства
	Опасность утраты идентичности и Я	Параноидально-шизоидный процесс	«Психотическая плоскость»	Отделение от частичных объектов: только хорошие или только плохие объект-составляющие (область «постклассических неврозов»)	Проекция, интроекция, проективная идентификация	Предэдипальные феномены
			«Основная матрица» (Ван дер Клей, 1982)			

проведения. Такое знакомство дало положительные результаты и количество людей, покидающих группы, значительно сократилось.

На первой стадии наибольшие трудности для большинства участников вызывала пассивная позиция ведущего, который воспринимался ими как личность садистическая. Члены группы требовали от ведущего видимых проявлений понимания, поддержки и помощи. Часто они просто не пытались выйти сами из затруднительного положения, считая это обязанностью терапевта и не желая затрачивать никаких усилий на процесс самостоятельного анализа сложившейся ситуации. Группа неотвратимо «ввязала», и развивающиеся с начала лечения явления негативного переноса заставляли некоторое количество участников ее покинуть.

Описанные трудности самого процесса терапии также заставили пересмотреть подход к нему, обнаружив необходимость проявления в начале лечения несколько большей эмоциональной открытости, предотвращая, таким образом, формирование негативного переноса на этом этапе и создавая предпосылки для формирования «рабочего союза», на положительную значимость которого указывают в своих работах многие современные психоаналитики [2]. В ходе дальнейшего проведения терапии соблюдались все основные положения ортодоксального группового психоанализа с соответствующей динамикой стадии развития группы. Группа работает преимущественно в ситуации «здесь и сейчас», периодически (при восстановлении обстоятельств травмы) актуализируя ситуацию «тогда и там». Происходит сочетание восстановления с интерпретацией, что позволяло получить терапевтический эффект. В ходе ведения группы применялись технические приемы, соответствующие краткосрочной психодинамической психотерапии, когда

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

б) происходит некоторое мягкое игнорирование проблем вне фокуса;

в) учитывается важность завершающей стадии;

г) дата окончательного лечения и число сеансов определяются в начале лечения [2].

Часть людей покинула группу, столкнувшись с трудностями. Оставшиеся, по сравнению с

ушедшими, лучше представляли себе над какими феноменами им придется работать в процессе лечения. Поэтому такие люди обычно с самого начала отличались большей эмоциональной открытостью, способностью к хорошему ассоциированию и довольно точным интерпретациям.

Представленный опыт групповой психоаналитической работы позволяет сделать следующее заключение. Абсолютное большинство наших клиентов, субъективно совершенно здоровых и пришедших в группу «для того, чтобы поучиться», имеют серьезные внутренние конфликты, приводящие зачастую к формированию скрытой депрессии со всеми ее клиническими проявлениями и игнорируемой, однако, и самими больными, и окружающими. Поэтому ведение групп так называемых «здоровых лиц» практически ничем не отличается от терапии больных-невротиков в стационарных условиях. Представляется, что этот факт раскрывает весьма серьезную социальную проблему нашего общества, большинство членов которого, даже профессионалов в области психологии, психиатрии и психотерапии, не осознает и, что самое печальное, часто не желает осознавать свои внутренние противоречия, конфликты и проблемы, с ними связанные, со всеми вытекающими отсюда негативными последствиями, как для здоровья данной конкретной личности, так и общества в целом.

Справедливости ради, следует отметить, что в последние годы ситуация существенно изменилась. Были сняты внешние ограничения с психоанализа, табу общества с некоторых интимных и социальных проблем, что сопровождалось коллективным признанием области бессознательного и свободой слова [1]. При этом у значительного числа наших коллег стало постепенно происходить более активное принятие своего бессознательного. В настоящее время абсолютное большинство из них выражают совершенно определенное желание разобраться в его содержании и разрешить свои бессознательные конфликты, понимая необходимость этого для успешной профессиональной деятельности. Психоанализ перестает быть оторванной от жизни малопонятной теорией, и большое количество психологов и психотерапевтов стремятся научиться использовать психоаналитический подход при работе с клиентами.

Литература:

1. Белкин А.И. Современные социальные проблемы в свете психоанализа // *Российский психоаналитический вестник*, 1991. - № 1. - С. 9-31
 2. Урсано Р., Зонненберг С., Лазар С. Психодинамическая психотерапия // *Российская психоаналитическая ассоциация*. - Вып. 3. - С. 38-39, 123-133
 3. Фрейд З. Психология бессознательного. - М. «Просвещение», 1990. - С. 382-425
 4. Карвасарский Б.Д. Групповая психотерапия. - М., «Медицина», 1991. - С. 149-154
 5. Куттер П. Современный психоанализ. - СПб, 1997. - С. 280-284
 6. Pines Malcolm. The evolution of group analysis. - London, 1983. - P. 265-285
 7. Foulkes S.H. Therapeutic Group Analysis, 1964. - London. - P. 180
-
-

ПЯТНАДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ УСПЕШНОЙ ПСИХОКОРРЕКЦИИ ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА

А.В.Ротов

Мировая статистика утверждает, что за последние 20 лет человечество «пополнило» на 16 килограмм! Это вызывает серьезную тревогу и озабоченность специалистов, а также ведет к резкой вспышке заболеваний, сопутствующих избыточному весу и ожирению.

В настоящее время алиментарное ожирение является одной из самых распространенных форм патологии среди населения, приводящей к появлению и развитию многих заболеваний, сокращающих продолжительность жизни человека. Этому способствуют выраженный дисбаланс пищевого рациона и низкая физическая активность, сочетающаяся со все возрастающей психологической нагрузкой. Проблема лечения ожирения становится еще более актуальной в связи с низкой эффективностью существующих и широко рекламируемых методов лечения ожирения.

В цивилизованных странах борьба с ожирением является государственной программой, в которую вкладываются большие средства. Это снизило заболеваемость, увеличило продолжительность жизни населения, пролонгировало работоспособность, сексуальную и двигательную активность людей, принесло много других положительных результатов.

В ряде современных работ указывается на приоритетное значение психологических факторов в генезе ожирения и психосоматический характер данного заболевания. Поэтому целью наших, более чем 10-летних исследований было изучение личностных психологических особенностей у больных ожирением, формирование психотерапевтической стратегии лечения ожирения и установление закономерностей адаптации организма человека к снижению веса.

В течение этого времени под наблюдением находилось более 10000 женщин с достоверными клиническими признаками экзогенного, алиментарно-конституционального ожирения, в возрасте 18-55 лет. Контрольную группу составили 120 относительно здоровых женщин в возрасте 19-50 лет, имеющих нормальную массу тела и не прибегающих к психотерапии. Клинико-психологическое обследование проводилось перед началом и в динамике трех ночных (по 8 часов каждый) психотерапевтических сеансов, а также, через 1-2 месяца и 1 год. Непосредственная задача заключалась в выделении тех личностных характеристик, которые способствуют снижению социальной адаптации больного и, в конечном итоге, приводят к усилению гиперфагических реакций с целью их дальнейшей коррекции.

Анамнестический анализ пищевого поведения выявил разнообразные психологические факторы,

провоцирующие гиперфагические реакции: 84% больных реагировали переизменением психоэмоционального напряжения, обусловленное конфликтами в семье и на работе; бытовой неудовлетворенностью; 72% отмечали усиление аппетита при виде вкусной еды; у 32% переизменение провоцировал прием алкоголя; у 20% аппетит повышался после тяжелой физической и умственной деятельности, и у 12% - во время месячных.

Данные, полученные с помощью психологических тестов, ярче демонстрируют различный характер личностных особенностей больных с разными степенями ожирения. Так, эмоциональное напряжение и стремление к самокомпенсации в большей степени (67%) выражено у лиц с 1 степенью ожирения, но по 18% приходится на пациентов со 2 степенью ожирения и избыточным весом. Дезинтеграция личности и выраженный стресс характерны для 55% с 1 степенью ожирения, 33% - со второй степенью и 9% - с третьей степенью. Трудности адаптации присущи 71% обследованных с 1 степенью ожирения, 14% - со 2 степенью, 10% - с избыточным весом и 3% - с 3 степенью ожирения.

Профили личности обследованных женщин полученных методикой ММРП характеризуются наличием «невротической триады» с повышением на 6, 7 и 8 шкалах, преимущественно у лиц с 1 степенью ожирения, что в совокупности с увеличением профиля по 1 и 2 шкале характеризует их как более невротизированных, нерешительных, эмоционально незрелых и неудовлетворенных межличностными контактами.

Среди психосоциальных факторов способствующих формированию гиперфагических реакций можно выделить семейные, национальные и культурные пищевые традиции. В анамнезе у таких больных отмечается формирование гиперфагического способа реагирования на стрессовую ситуацию, начиная с детского возраста, и дальнейшее закрепление этого дезадаптивного и, в то же время, социально приемлемого защитного механизма, что особенно ярко проявляется во время психологических «кризисных периодов» (начало семейной жизни, рождение ребенка).

Кроме того, у больных ожирением установлено выраженное эмоциональное напряжение, высокий уровень тревожности и стресса, ауто- и гетероагрессия, замкнутость, недоверчивость, сдержанность, склонность к легкому возникновению фрустраций, преобладанию отрицательных эмоций над положительными в сочетании с выраженной установкой на достижение высоких целей. Это позволяет говорить о психологических проблемах личности, в

качестве компенсаторного и социально приемлемого источника положительных эмоций использующей гипералиментацию и гиподинамию, приводящую к ожирению.

Таким образом, выявленные у больных алиментарно-конституциональной формой ожирения психоэмоциональные нарушения, по мере прогрессирования основного заболевания закрепляются и формируют стереотипы пищевого поведения, как способ психологической защиты. Это указывает на необходимость изменения пищевых поведенческих стереотипов и формирования адаптации личности к снижению избыточного веса путем психотерапевтической коррекции ожирения, изменения самооценки личности, коррекции социальных факторов способствующих формированию гиперфагических реакций. Успеху лечения способствует осознание больным связи между особенностями его личности и избыточным весом, что сказывается, прежде всего, на эффективности коррекции массы тела и на отдаленных результатах терапии.

Система целей и задач психокоррекционной работы при ожирении зависит от возрастных, личностных, социально-психологических и мотивационных факторов и должна базироваться на выявлении и коррекции тех личностных характеристик, которые способствуют становлению гипералиментации и гиподинамии, как формы патологического реагирования на психотравму. Она должна быть ориентирована на выяснение роли психосоциальных

факторов в становлении ожирения, формирование адекватных механизмов психической адаптации, научение пациентов более конструктивному поведению. В ней должна преобладать ориентация на мотивационную сферу личности, при которой пациент воспринимает нормокалорийную диету не как ограничение, а как единственно возможный, естественный рацион питания.

Именно такая методика психокоррекции избыточного веса и ожирения, имеющая научное обоснование и высокую эффективность (около 90%) разработанная и апробированная нами в фирме «Биоинтермед» (Москва, Томск), в 1990 году, уже 14 лет применяется нами (патент РФ № 2218944).

Это групповая методика, состоящая из трех ночных сеансов (всего 24 часа) психотерапии. Она включает в себя рациональную, трансовую, трансперсональную психотерапию, элементы самокодирования, программирования и гипноанализа, психотехники, направленные на снижение аппетита, сокращение объема желудка, ускорение обмена веществ организма. В результате комплексного подхода сокращается желудок, ускоряется основной обмен, уменьшается аппетит, вырабатывается стойкая доминанта на похудение, осознается психологическая причина избыточного веса и вырабатывается индивидуальная стратегия похудения. Другими словами, в процессе психокоррекционной работы формируется новое, устойчивое отношение к своему телу и к своему здоровью.

«КАРАОКЕ-ТРЕНИНГ» - МЕТОД ПСИХОТЕРАПИИ

Н.Н.Свидро

Понимание значения и использования влияния музыки и слова на состояние человека мы находим на протяжении всей истории психотерапии. Тренинги уверенности в себе, включающие занятия по ораторскому мастерству, тоже описаны в доступной литературе. Однако, караоке включает в себя возможности всего из вышеперечисленного.

Говоря об использовании караоке, как инструмента, при помощи которого возможно осуществление процесса психотерапии, необходимо отметить, что работа с караоке включает в себя сразу несколько значимых для тренингового и терапевтического процессов факторов:

1. это сама музыка, ее ритм, гармония, мелодия, как общесистемные факторы воздействия на организм и психику;

2. слово, как, несомненно, значимый, а для некоторых пациентов, как ведущий фактор воздействия;

3. особый ритуал, предполагающий взаимодействие человека с аппаратурой караоке, пение в микрофон;

4. взаимодействие с психотерапевтом в разных ролевых функциях – зритель, учитель, партнер;

5. собственно тренинг дыхания, выдерживания паузы, расстановка смысловых акцентов, проговаривание определенного текста;

6. возможность проигрывания разных ролей, проживание отрезка жизни, той или иной ситуации в песне.

Необходимо подчеркнуть, что вхождение в образ, проигрывание определенной роли при исполнении песен, вероятно, является основным и самым мощным из перечисленных факторов, приводящим к терапевтическим эффектам на уровне поведения. В связи с этим, говоря о караоке, нельзя считать, что это один из вариантов музыкотерапии или вокалотерапии.

Караоке скорее должен быть отнесен к одному из вариантов личностного тренинга. Возможно, его следует обозначить его, как личностный тренинг с использованием караоке-машины. Это метод поведенческой терапии. Караоке-машина выступает в роли многофункционального тренажера личности.

Нами использовался караоке-тренинг у пациентов, неуверенных в своих ораторских способностях, имеющих страх перед аудиторией, страх перед публичными выступлениями, перед выступлениями с использованием микрофона, у людей с жалобами на ощущение несоответствия себя определенному идеал-образу, а также у пациентов с застенчивостью.

Тренинговые занятия проводились 1 раз в неделю по 40-60 минут еженедельно, иногда по 2 занятия в неделю. После выбора той или иной песни пациент настраивался на работу с ней, следил за дикцией, расстановкой пауз, дыханием. После достижения эффекта в этих упражнениях акцент переносился на смысловой посыл, заложенный в песне, на работу с образом, на работу с переживаниями. Пациент приучался слушать свой голос, модулировать его особым образом для передачи тех или иных невербальных посылов. Особое значение уделялось работе с песней как таковой (в этом смысле песню можно сравнить с притчей, а караоке-тренинг с вариантом позитивной психотерапии).

Желательно, чтобы мелодия была заранее знакома пациенту, в противном случае, чаще всего, целое занятие уходит на разучивание песни без соответствующего погружения в работу. Знание слов до начала работы желательно, но незнание их не мешает работе так, как незнание мелодии.

Таким образом, наиболее значимыми моментами при работе с караоке необходимо назвать:

1. Работу с микрофоном, дыханием, телом:

- отрабатывается стойка;
- акцентируется внимание на излишнем напряжении тела, проводится работа по раскрепощению - разучиваются специальные упражнения для расслабления;
- проводится работа с дыханием – держать паузу, делать вдох в нужное время, не забывать дышать;

- проводится работа по привыканию к микрофону, по обучению говорить и петь в микрофон, слушать и слышать себя, проводится работа по привыканию к своему собственному голосу;

- обязательно проводится работа по коррекции дикции, рекомендуются специальные упражнения;

- проводится акцентирование на приемах риторики.

2. Осознание образа заложенного в песне, вхождение в образ, или работу с образом:

- в беседах перед, во время и после проведения занятий проводится обсуждение эмоций и чувств, присущих тому или иному моменту песни;

- обсуждаются приемы донесения этих чувств до слушателя;

- обсуждается сила воздействия различных образов на слушателя;

- анализируются самоощущение клиента при «вхождении» в определенный образ, формируется картинка «идеального образа» в представлении клиента.

На протяжении всего процесса работы с караоке, а так же между занятиями клиент, как с психотерапевтом, так и самостоятельно изучает материалы по позиционированию личности в тех или иных ситуациях, о возможных ролях, о знаках личности и об использовании их в бытовой жизни, в общении. Также рекомендуется для чтения другая популярная литература, в соответствии с особенностями проблем пациента. Проводится рациональная терапия.

Для проведения тренинга нами использовались имеющие в продаже караоке-машины, караоке на videoCD, караоке-микрофоны. Мы не отметили какой-либо разницы в качестве работы с различными вариантами караоке. Однако, мы считаем предпочтительнее для работы, все же, использовать караоке-машины и микрофоны с возможностью изменения темпа и тембра звучания, т.е. использовать большие возможности, по сравнению с обычными аппаратами способными воспроизводить караоке-диски.

Караоке-тренинг прекрасно дополняется работой по улучшению внешнего облика пациента, по поиску имиджа (имидж-консультирование) и осознанию собственной харизматичности.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ИГРОВЫХ МЕТОДИК В КОРРЕКЦИИ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ У ЛЮДЕЙ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Е.И.Семкина

В прикладной психологии разработан ряд игровых методик, направленных на коррекцию

межличностных отношений. Из них группы трансактного анализа и психодрамы позволяют

проводить глубокую коррекцию межличностных конфликтов у людей средней возрастной группы. Проведенный анализ этих теорий позволяет определить основные психотерапевтические возможности игры.

Во-первых, определить возможность приобретения утраченных и новых навыков: восстановление способности расслабиться и способности осознания собственного аффекта, также как и аффектов других, приобретение способности справляться с разного рода конфликтами и адекватно реагировать на социальное окружение.

Во-вторых, определить возможность тренировки других стилей ролевого поведения, в том числе профессионального и гендерного, обретение поведенческой компетентности в ситуациях, с которыми индивид никогда ранее не сталкивался.

В-третьих, это возможность компенсации различного рода деприваций, в том числе и в ситуациях утери значимых близких (достижение стадии сепарации - индивидуализации).

В 2001 году В.В.Макаров писал, что огромное многообразие методов, и даже их кажущийся хаос постепенно образуют новый порядок в психотерапии. Прогресс психотерапии обеспечивается как свободным развитием методов (модальностей), так и их объединением в эклектические, синтетические и интегративные системы. Именно интегративные системы отражают новую содержательную реальность психотерапии. Соглашаясь с ним, представленную в данной работе методику я определяю, как синтетическую от ТАА и психодрамы.

В предлагаемой мною методике, как и в психодраме, человеку дается задание, которое он должен выполнить спонтанно. Кроме того, как и классическая психодрама, предлагаемая методика имеет три фазы:

- 1) разогрев, где используются простые игры по правилам;
- 2) действие, в котором возможен, но необязателен катарсис;
- 3) обсуждение.

В методике групповой коррекции межличностных отношений рекомендуется использовать обратную связь, соответствующую обратной связи в ТАА.

В различных игровых техниках часто используются куклы, игрушки, конструкторы, мячи и т.д. Мне представилось интересным в качестве материализации термина *привязанности* использовать нити различной толщины, фактуры и цвета.

1. Методика индивидуальной коррекции межличностных отношений.

В описаниях различных проблем межличностных отношений, мы часто встречаем следующие выражения: привязался, связал по рукам и ногам, навязался на мою голову и т.п. Проанализировав эти факты, я подумала: а что если предложить

клиенту в прямом смысле слова привязаться к кому-нибудь так крепко и настолько прочными нитями, как он того желает, попутно проводя коррекцию данных взаимоотношений. Таким образом, родилась идея тренинга «Терапия привязанностей».

Цели тренинга:

1. осознание клиентом причин проблемы в межличностных отношениях;
2. определение возможных путей решения данной проблемы;
3. принятие клиентом опыта осознанного вхождения и не вхождения в контакт.

Материалы: нити различной фактуры, толщины и цвета, ножницы, лист бумаги, ручка, музыкальное сопровождение.

Ход работы:

I. С клиентом заключается нижеследующий договор:

- Консультант берет на себя:
 - а) обязанность предоставить все необходимые материалы;
 - б) ответственность за безопасность клиента на время проведения сессии и за качество своей работы.
- Клиент берет на себя:
 - а) обязанность четко выполнять инструкции консультанта (предлагаемая нами методика является директивной, что особо объясняется клиенту – прим. С.Е.);
 - б) ответственность за степень раскрытия в ходе сессии, а, следовательно, и за качество своей работы.
- Правило СТОП! заключается в том, что консультант имеет право остановить консультируемого в любой момент, по своему усмотрению, словом «стоп».

II. Разогрев – погружение:

1. Упражнение «ощущение эмоция».

Клиенту предлагается озвучить свои ощущения и эмоции, возникающие в связи с ними. Задача этого упражнения – исключить из дальнейшей работы желание оценивать.

2. Упражнение «Нарисуй атом мира».

Консультируемому предлагается изобразить на бумаге свои отношения с ближайшим окружением в виде атома.

Рисунок, полученный в результате, станет отправной точкой в коррекции межличностных отношений и поможет отследить степень включенности клиента в течение сессии.

III Действие:

Клиенту предлагается обозначить нитями на теле те свои черты и особенности, которые он хотел бы сделать примечательными для окружающих. Результат озвучивается клиентом и, при необходимости, интерпретируется консультантом. Например: «На моей правой руке желтая ленточка завязана бантиком. Это значит, что рука у меня золотая – все может и умеет».

1. Используя предоставленные консультантом нити и предметы обстановки (это может быть мебель, батареи, ручки дверей и т. д. – прим. С. Е.), клиенту предлагается творчески создать изображенные на его рисунке взаимоотношения, соединив воображаемых людей с теми своими свойствами, качествами и особенностями, которые он обозначил на себе, ранее иллюстрируя тем самым тип взаимоотношений с тем или иным человеком.

2. В ходе выполнения этого задания роль консультанта заключается в интерпретации действий клиента, с целью помочь ему вычленить и осознать проблему.

После того, как консультируемый выполнит задание, консультант в роли «судьбы» доводит разбираемую ситуацию до максимально дискомфортной и, в то же время, посилой для клиента. Задача консультанта привести клиента к осознанию проблемы и путей выхода из неё.

Катарсическая разрядка на данном этапе является не целью, а лишь показателем эмоционального включения консультируемого.

3. Для изменения ситуации консультируемому предлагаются два пути:

- а) мягко и экологично отвязаться;
- б) решить проблему при помощи «психотерапевта» - ножниц.

На этом этапе необходимо помнить о том, что клиент находится в состоянии транса и любое экспрессивное действие может в итоге привести в итоге к обострению конфликта в реальной жизни клиента. В таких случаях следует прибегнуть к правилу «СТОП!». При необходимости клиента просят прокомментировать свои действия с целью откорректировать возможный негативный результат.

4. Консультируемому предлагают «пожить отдельно», т.е. опробовать вариант кардинального решения проблемы – уход от существующих проблем и отношений, смена обстановки, для этого бывает достаточно выйти в соседнюю комнату (по моим наблюдениям, возврат к «нерешенной задаче» приходит через 5-10 минут)

5. Консультируемому предлагают придумать свой способ установления контакта, такой, чтобы можно было в любой момент легко и безболезненно прекратить отношения с конкретным человеком (в большинстве случаев получается узел «бантик» - прим. С.Е.), и опробовать его с каждым из тех, кого обозначил клиент.

IV Заключение – выход.

1. Методика «прогулка по миру»

Инструкция: «Следующие упражнения выполняются с закрытыми глазами. Вы будете под музыку свободно перемещаться по комнате, следуя моим указаниям. Мои глаза остаются открытыми и внимательно наблюдают за тем, чтобы Вы оставались в безопасности. Вы спокойны, расслаблены, Ваши глаза закрыты. Начинаем».

Вводные:

- а) найти место силы. Наполниться силой;
- б) гуляя по миру и встречая преграду, мягко обходить её;
- в) гуляя и встречая преграду, вступить с ней в контакт, познакомиться;
- д) гуляя и встречая, вступать либо не вступать в отношения по своему усмотрению;
- е) найти место силы. Наполниться силой. Открыть глаза со словами: «Я свободен/дна, я сильный/ая»

2. Консультируемому предлагают взять рисунок «атома мира» и решить: изменить его или оставить так, как есть.

По тому, стал ли консультируемый исправлять рисунок или нет, отслеживается включение установки на изменение.

V. Обратная связь.

Задача консультанта заключается не столько в интерпретации обратной связи клиента, сколько в «поглаживании» его.

2. Методика групповой коррекции межличностных отношений

При работе с трудовыми коллективами, обычно руководство обращается с просьбой разобраться в причинах производственных конфликтов и сделать все возможное для устранения таковых в возможно более короткие сроки. Исходя из этого, думается, предлагаемая методика может оказаться весьма полезным подспорьем.

Методика группового тренинга весьма схожа с индивидуальной, отличия заключаются в более широкой постановке задач и, как следствие, в подходе к их решению.

Цели тренинга:

1. Разрядка межличностных конфликтов в коллективе.
2. Осознание клиентами причин проблемы в межличностных отношениях.
3. Определение возможных путей решения данной проблемы.
4. Принятие клиентами опыта осознанного вхождения и не вхождения в контакт.

Ход работы:

I Контракт соответствует выше приведенному.

II Разогрев – погружение:

1. Игра «Паровозики»:

Все участники делятся на несколько цепочек по три – четыре человека и под музыку повторяют движения первого в своей цепочке, передвигаясь по всему пространству комнаты. По команде консультанта первые в цепочках становятся последними, а вторые – первыми, и упражнение продолжается. Цель упражнения: эмоциональное раскрепощение и погружение в детское состояние.

2. Игра «Уходят только стулья»:

Все участники движутся вокруг группы стульев под музыку. Задача: всем сесть на стулья, как

только музыка остановится. После этого, консультант убирает один – два стула и снова включает музыку. Игра считается законченной, когда все участники сядут на один стул и/или на колени друг другу. Цель упражнения: окончательное снятие эмоционального напряжения и дальнейшее погружение в детское состояние.

3. Упражнение «ощущение эмоций».

Вся группа разбивается на пары. В парах клиентам предлагается рассказать о своих ощущениях и эмоциях, возникающих в связи с ними. Задача этого упражнения – исключить из дальнейшей работы желание оценивать.

4. Упражнение «Нарисуй атом мира».

Консультируемым предлагается изобразить на бумаге свои отношения с ближайшим окружением (в том числе и в коллективе) в виде атома.

III Действие:

Как и в индивидуальной методике, участникам предлагается обозначить нитями на теле свои черты и качества, которые хочется сделать примечательными для других, а затем, по очереди озвучить результат.

Участникам предлагается, используя предоставленные консультантом нити и присутствующих на тренинге людей, привязаться к тем их свойствам, качествам и особенностям, которые они обозначили на себе ранее, либо самим выделить другие положительные черты, которые их коллега в себе не замечает.

После того, как консультируемые выполняют задание, консультант предлагает участникам группы по кругу рассказать о своих «привязанностях». Например: «Мне нравится в К..., поэтому я ...».

На этом этапе проявляются причины имеющих в коллективе проблем. Для изменения ситуации консультируемым предлагаются два пути:

а) мягко и экологично отвязаться, а затем привязаться снова;

б) решить проблему при помощи «психотерапевта» - ножниц и привязаться по-другому (как в индивидуальной методике, данный способ решения является радикальным и поэтому не приветствуется).

Проработка идет до максимально полного исчерпания конфликта и создания мобильной модели способной к трансформации и удобной для каждого составляющего её «элемента».

Консультируемым предлагается придумать свой способ установления контакта, такой, чтобы можно было в любой момент легко и безболезненно прекратить отношения с конкретным человеком или группой.

Далее идет работа с рисунками как в индивидуальной методике.

IV Заключение – выход такой же, как и в индивидуальной методике с той лишь разницей, что участники тренинга вступают во взаимодействия друг с другом.

V. Обсуждение: Консультируемым предлагается описать изменение эмоционального состояния за время работы и, может быть, «поделиться» - что нового узнали о себе.

Задача консультанта заключается не столько в интерпретации обратной связи клиентов, сколько в «поглаживании».

3. Методы диагностики конфликтов в межличностных отношениях

Желая определить свойства личности, которые необходимо выявить в данном исследовании, был сделан ряд предположений: во-первых, как известно, человек, находящийся в состоянии стресса - малоэффективный коммуникатор; во-вторых, на эффективность общения, несомненно, оказывает влияние самооценка; в-третьих, на способность к коммуникациям влияет и стиль межличностных взаимоотношений.

Для получения достоверных данных об интересующих нас моментах были использованы: а) проективная методика - модифицированный восьмицветовой тест Люшера (МВЦТ), б) опросники: ориентационная анкета «Определение направленности личности» Б.Басса, тест - опросник мотивации аффилиции в переработке М.Ш.Магомед-Эминова (ТМА), методика по изучению самоотношений В.В.Столина и методика диагностики межличностных отношений Т.Лири.

Диагностическое исследование проводилось при проверке обеих методик: индивидуальной и групповой. В первом случае были получены результаты отраженные в таблице 1.

Коррекционная работа проводилась с А., 37 лет. Респонденты Н., 37 лет и Э., 37 лет приводятся для возможности провести сравнительный анализ.

По проведению качественного анализа результатов диагностики по индивидуальной методике, можно отметить следующее: на начало работы А., находилась в преддепрессивном состоянии (это подтверждается результатами, полученными с помощью МВЦТ) в связи с разрывом с третьим мужем и отсутствием алиментов от второго. В ходе беседы наблюдался навязчивый негативно-экспрессивный возврат к теме алиментов и отцовского равнодушия со стороны «алиментщика». При повторной диагностике выявились следующие результаты:

1) изменилась направленность личности с «общества» на «себя»; правда, все еще в ущерб какой-либо профессиональной деятельности, но в данном случае мы можем квалифицировать это как положительный результат;

2) значительно снизился страх отвержения; в поведении этот факт проявился в активном привлечении вышеупомянутого должника к ответственности (А. подала заявление в милицию);

Результаты диагностического исследования по методике индивидуальной коррекции

			А., 37 лет		Н., 37 лет		Э., 37 лет	
1.	конфликт (Люшер)	X XX XXX	2 1 1	2			3	2
2.	направленность на себя		20	30	29	29	30	27
3.	направленность на общество		35	27	20	20	20	26
4.	направленность на дело		26	24	32	32	31	28
5.	стремление к принятию		121	127	100	108	119	90
6.	страх отвержения		132	81	109	100	136	131
7.	открытость		7	5	8	8	5	5
8.	самоуверенность		3	5	7	7	5	5
9.	саморуководство		4	4	7	8	6	8
10.	зеркальное "я"		4	4	5	5	5	4
11.	самоценность		3	5	5	5	5	6
12.	самоприятие		4	8	9	9	8	9
13.	самопривязанность		7	5	6	7	6	5
14.	конфликтность		8	3	8	7	2	3
15.	самообвинение		3	3	6	6	2	3
16.	авторитарность		10	10	7	6	2	1
17.	эгоистичность		4	7	5	6	3	2
18.	агрессивность		9	9	9	8	3	3
19.	подозрительность		9	4	6	7	4	3
20.	подчиненность		7	3	3	4	8	10
21.	зависимый		10	5	2	2	3	7
22.	дружелюбный		4	4	4	4	5	5
23.	альтруизм		9	3	1	1	4	3

3) самоуверенность, самооценку и эгоистичность поднялись, а зависимость снизилась до пределов нормы, что мы также можем рассмотреть как положительный результат;

4) агрессивность осталась высокой, и это можно было бы отнести к негативным результатам, однако, она перенаправилась соответственно новым жизненным интересам и является на данный период мощным ресурсом активности;

5) альтруистичность, подчиненность, подозрительность и конфликтность снизились с уровня выше нормы до уровня ниже нормы; это временное явление, т.к. столь сильные изменения личности обычно происходят по эффекту маятника.

Сравнивая изменения у А. с изменениями у респондентов, не прошедших коррекцию, можно отметить, что личность человека является лабильной структурой. Однако, изменения, происходящие в ней, незначительны и, далеко не всегда, в сторону улучшения. Например, у Э. подчиненность и саморуководство повысились с нормы до выше нормы. На наш взгляд, это объясняется следующим образом: Э. домохозяйка, ухаживающая

за 3-летним ребенком, ее муж занят на производстве с раннего утра до позднего вечера. Вполне возможно, что своеобразным послушанием Э. старается получить толику внимания и позитивных эмоций со стороны уставшего супруга. Обращаясь к Н., мы можем отметить лишь небольшое снижение агрессивности, скорее всего за счет усиления саморуководства. В остальном Н. оказался весьма статичной и консервативной личностью.

Подробный анализ количественных результатов показал, что по многим параметрам отсутствуют статистически достоверные изменения формальных количественных показателей (средняя арифметическая тестовых показателей, которая вычислялась с ошибкой репрезентативности и сравнивалась с помощью критерия Стьюдента «t»). Применение более чувствительного критерия Пирсона « χ^2 » приблизило некоторую разницу к достоверной и позволило выявить ряд общих тенденций. Отсутствие достоверных различий – это вовсе не показатель неэффективности тренингов; оно имеет ряд объяснений:

Таблица 2

Результаты диагностического исследования по методике групповой коррекции

		1		2		3		4		5		6		7		8		9	
1	Направленность на себя	23	21	22	20	15	15	20	20	13	17	16	18	19	22	19	24	21	18
2	Направленность на общество	26	28	19	16	35	31	20	20	29	30	28	30	29	26	15	11	23	21
3	Направленность на дело	32	32	40	45	31	35	41	41	39	34	37	33	33	29	47	46	37	42
4	Стремление к принятию	146	148	120	99	154	154	144	138	107	123	102	149	122	125	96	122	127	115
5	Страх отвержения	121	102	110	115	154	148	97	102	96	118	124	145	122	118	133	134	132	129
6	Открытость	5	5	7	6	6	6	9	8	8	8	6	6	6	6	5	6	5	6
7	Самоуверенность	6	5	7	7	6	6	7	6	6	7	5	5	6	5	7	6	7	7
8	Саморуководство	4	6	5	6	10	9	9	8	8	8	5	8	8	7	4	7	5	8
9	Зеркальное "я"	4	4	6	6	5	6	4	5	6	7	4	4	5	6	6	6	5	6
10	Самоценность	6	5	6	5	5	5	7	7	5	7	5	5	5	5	6	6	6	7
11	Самоприятие	6	8	5	5	8	5	7	9	7	8	6	8	7	9	4	7	4	5
12	Самопривязанность	2	2	3	2	5	9	6	6	4	5	4	6	4	6	4	4	4	4
13	Конфликтность	3	3	5	4	5	5	3	2	5	3	7	6	6	5	6	4	5	4
14	Самообвинение	2	4	2	4	4	4	4	2	4	6	8	7	6	6	6	3	3	4
15	Авторитарность	7	7	5	4	4	4	9	7	5	6	3	1	3	4	7	5	4	3
16	Эгоистичность	5	5	5	6	6	5	6	8	4	4	0	1	4	4	9	9	2	2
17	Агрессивность	4	4	4	3	3	5	6	6	3	3	3	4	1	1	10	6	3	3
18	Подозрительность	4	4	7	7	2	2	1	1	4	4	2	1	1	0	11	7	4	2
19	Починенность	7	5	3	2	8	7	5	2	3	2	8	8	2	2	5	4	3	2
20	Зависимость	5	5	4	3	3	7	5	2	2	4	10	6	7	3	4	5	2	3
21	Дружелюбность	11	9	3	5	8	10	9	5	6	8	8	5	7	9	5	6	3	2
22	Альтруизм	9	8	5	5	12	9	5	4	6	6	4	3	3	1	6	6	4	4

1) малая, недостаточно репрезентативная выборка (что обусловлено не личным желанием, а количеством сотрудников в небольшом коллективе). Что касается методики индивидуальной коррекции, следует отметить, что число 7 является тем критическим значением, с которого можно начинать какую-либо статистическую обработку, а наиболее желательный объем выборки – свыше 25-30 обследуемых, чтобы распределение Стьюдента приближалось к нормальному (Лакин, 1980);

2) недостаточная чувствительность широко применяющихся в математической статистике критериев, особенно критерия Стьюдента;

3) различной тенденцией изменения показателей до и после тренинга: у одних сотрудников они изменялись в сторону повышения, у других – в сторону понижения, а формальные меры центральной тенденции при этом изменились незначительно;

4) апробация проводилась со взрослыми людьми с устойчивой, сформированной психикой, имеющих высшее образование, значительный жизненный и профессиональный опыт, а эти факторы приводят к определенной ригидности, консервативности, высокой устойчивости к средовым воздействиям, в том числе к направленной психокоррекции;

5) корреляция в ряде случаев одних показателей с другими (высокие положительные значения эмпирического коэффициента корреляции) – дополнительное свидетельство сложившейся личности взрослых людей, когда каждая черта личности проявляется в контексте других личностных параметров и качеств, и может быть лишь относительно независимой от других черт (Г.Олпорт). Это значит, что коррекционная работа, главным образом по одному параметру (межличностные отношения), не сможет вдруг и сразу изменить многие особенности личности и характера ее взаимодействия с окружающими;

6) работа с такими малыми группами лишний раз подчеркивает необходимость проведения качественного, а не количественного анализа. Более того, коррекционная работа уже сама по себе может исключать какой-либо количественный анализ. Во-первых, потому, что могут быть достигнуты важные изменения качественного плана, которые невозможно измерить никаким количественным показателем. Во-вторых, индивидуальная коррекционная работа вообще не может дать репрезентативного материала для математической статистики, а между тем именно она дает наиболее существенные сдвиги в эмоционально-волевой и когнитивной сфере личности.

7) разнородность «исходного материала», то есть достаточно различные психофизиологические характеристики подобранных в данном коллективе людей, также существенный фактор, делающий эту выборку нерепрезентативной в плане количественного анализа.

Поэтому необходимо детально остановиться на анализе основных черт личности сотрудников и событий, которые произошли в коллективе незадолго до исследования. Примерно за месяц до диагностики и коррекционной работы в группе случился конфликт, инициатором которого стала Г., 25 лет. У этой сотрудницы оказались завышенные показатели авторитарного и дружелюбного поведения, что само по себе свидетельствует о глубоком, скрытом внутриличностном конфликте, который вырвался наружу в виде манипулирования людьми в группе. Беседы и наблюдения за этой женщиной позволили выявить наличие мощных защитных механизмов личности, в первую очередь – рационализации и вытеснения: она стремится все объяснить, оправдать, «разложить по полочкам» и искренне недоумевает по поводу результатов тестирования, что подтверждается высокой степенью закрытости, выявленной по методике Столина. Люди с такими чертами характера часто порождают длительные, «ползучие» конфликты в коллективе. Такие люди с трудом поддаются воздействиям, и все же мы можем отметить, что после тренингов показатели авторитарности и дружелюбия вошли в норму, самопритяжение (принятие своих планов, действий, поступков) снизилось до нормального, однако открытость и саморуководство повысились на 1 единицу по тестовым баллам, что означает усиление механизмов вытеснения и рационализации. Коррекционную работу с этой сотрудницей необходимо продолжить, поскольку полученные результаты нельзя считать удовлетворительными: некоторое смягчение ее характера произошло лишь за счет усиления саморуководства.

У другого сотрудника, С., 21 год, первое тестирование показало завышенную эгоистичность, агрессивность и подозрительность, сказавшиеся в показном нежелании раскрываться на тренинге и, в итоге, в уходе в самом начале сессии. Следующим его шагом было устное заявление об увольнении. В беседе с руководством было принято решение: С. выделяется отдельный кабинет и дается время на взаимное обдумывание целесообразности совместной работы. Повторное тестирование показало снижение агрессивности и подозрительности до нормы, что позволяет нам сделать вывод о высокой степени интровертности у С., в связи с которой, работа при большом скоплении людей вызывала у него стресс. Смена обстановки позволила снять стресс (это подтверждается результатами, полученными по методике МВЦТ), а вслед за ним агрессивность и подозрительность, несомненно, носившие защитный характер.

В целом количественный и качественный анализ полученных результатов позволил выявить следующие основные тенденции: у всех сотрудников отмечаются повышенные показатели направленности на дело, которые намного превышают норму и превышают показатели направленности на себя и

общество. После коррекции эти показатели практически не изменились. Данная тенденция может иметь несколько объяснений, не исключая друг друга. Во-первых, эти люди заняты преподаванием, что уже само по себе порождает повышенную ответственность, необходимость следить за собой и быть своего рода эталоном для обучаемых. Во-вторых, они имеют образование в области информатики и занимаются ПК, а людям, работающим в этой области, свойственна особая увлеченность работой (что может быть следствием как определенного профессионального отбора, развития эмоционально-волевой сферы, так и заражения, при котором индуктором, втягивающим фактором служит сама работа на компьютере). В-третьих, сложившийся коллектив взрослых людей сплочен, в основном, работой, увлеченностью общим делом.

1) Резких, полярных изменений в личности большинства сотрудников после коррекционной работы не произошло, что вполне объяснимо возрастом, зрелостью эмоционально-волевой и когнитивной сферы людей, а также кратковременностью тренинга и отсутствием сильных воздействий. И все же, по 2/3 отслеженных параметров у всех сотрудников произошли те или иные изменения, а по 1/3 изменения наблюдались не у всех. Большинство произошедших сдвигов можно оценить как положительные.

2) Собравшиеся в данном коллективе люди оказались различными по отношению к целенаправленным корректирующим воздействиям. У одних для достижения значительных положительных сдвигов было достаточно лишь беседы, другим же требуется длительная и постепенная коррекционная работа, которую нельзя форсировать (это особенно очевидно в отношении вышеописанных конфликтных личностей).

3) В целом для коллектива тренинги пошли на пользу, поскольку, во-первых, улучшились показатели отношения к людям, стремление к принятию, во-вторых, оказала благотворное влияние работа с конфликтными личностями. Некоторое повышение стремления к саморуководству привело к тому, что люди стали критичнее относиться к себе в конфликтных ситуациях, выросло ожидание позитивного отношения от других, улучшилось эмоциональное принятие себя, конфликтность снизилась в 7 случаях из 9, в 5 случаях снизилась авторитарность. Кроме того, подчиненность снизилась в 7 случаях, в 5 случаях – альтруистичность, в связи с чем можно сделать вывод, что манипуляции в этом коллективе будут явно затруднены.

4) Вышеупомянутые тенденции снижения подчиненности и альтруистичности можно расценивать как положительные сдвиги, как предпосылку снижения конфликтности в коллективе, и особенно – как профилактику конфликтов, связанных с работой. В коллективе «трудоголиков» такая ситуация может возникнуть, когда появится новый человек, желающий перепоручить другим свою работу, однако люди с низкими показателями альтруистичности будут в этом случае надежно застрахованы от такого рода конфликтов. Сотрудницы (А., 23 года и О., 31 год), у которых альтруистичность снизилась с экстремальных уровней до почти нормы, почувствовали себя лучше, а одна из них в беседе отметила, что ей стало проще строить отношения с коллегами.

Предложенная Вашему вниманию статья открыта для обсуждения и автор, начинающий психолог, рада получить отклики, отзывы и замечания от коллег, а также предложения об апробации вышеописанных методик.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕНДЕНЦИИ К САМОАКТУАЛИЗАЦИИ КЛИЕНТА ПРИ СИСТЕМНО-СИНЕРГЕТИЧЕСКОМ ПОДХОДЕ

Е.А.Уваров

В настоящее время общепризнан факт усиления значимости личности, выступающей в качестве главной тенденции социального прогресса, субъектом которого является активно действующий, создающий человек. Но, к сожалению, в последние десятилетия наблюдается катастрофическое снижение состояния как соматического, так и психического здоровья человека, что не позволяет ему в полной мере полноценно и эффективно выполнять социальные функции, то есть быть полноценно функционирующей личностью.

В какой-то степени выходом из создавшегося положения явился факт бурного развития «помогающих» профессий, и в первую очередь психотерапии, клинической психологии. Но за этим скрывается опасность, которая заключается в появлении огромного количества школ, направлений, методов воздействия на психику или личность человека в целом, не имеющих глубокого теоретико-методологического представления о природе человека или представлений чисто умозрительного характера.

Это ставит перед собой на наш взгляд ряд задач:

1) поиск эмпирического обоснования эффективности психологических методов воздействия на психику человека;

2) изучение сущности природы самого человека.

Относительно второй задачи в своей работе мы исходим из системно-синергетического подхода к сущности человека. В синергетическом представлении человек является открытой, самоорганизующейся системой, развивающейся по нелинейным законам и, при определенных условиях, находящейся в состоянии неустойчивости. При этом самоорганизация представляется как эмерджентное свойство системы, которое проявляется в когерентности взаимодействия подсистем. Что касается нелинейности, то применительно к психике человека она заключается в том, что при одинаковых по силе воздействиях на систему, она может давать совершенно различную реакцию, что приводит к многовариативности ее возможных путей развития. Это зависит от исходного состояния, степени устойчивости психики на данный момент времени, ее индивидуальных паттернов и ряда других факторов. Устойчивость системы, в свою очередь, во многом определяется ролью системообразующего фактора или аттрактора, который позволяет системе выступать как целостной структуре, адаптироваться к внешнему воздействию и эффективно развиваться.

При определенных условиях, в качестве которых могут выступать как внешние (влияние социума), так и внутренние факторы (ценностные ориентации личности, смыслообразующий фактор и т.д.), может наблюдаться потеря устойчивости системы, ее дезадаптация и соответственно переход исходной системы в новое состояние. Следует заметить, что в точке неустойчивости не представляется возможным предсказать или активно влиять на дальнейшее развитие психики человека. В этом состоянии фактически происходит разрушение системы с последующим системообразованием, но уже в новом качестве. Возникновение новообразований осуществляется в ходе неравновесных процессов благодаря «расшатыванию» прежнего порядка и структуры

психики человека. При негативных воздействиях вновь возникающая система может иметь патологические, деструктивные новообразования.

Проводимые исследования привели нас к выводу о том, что наиболее эффективна работа с клиентом на стадии приближения неустойчивого развития психики к точке бифуркации, то есть в зоне флуктуаций или колебаний. При этом, в качестве фундаментального положения при работе с проблемой клиента выступает взгляд на его позитивную внутреннюю природу, что согласуется с учением К.Роджерса, поскольку именно в тенденции к самоактуализации заложена самоорганизация, саморазвитие человека. Другими словами, внутренний потенциал человека позволяет ему не только развиваться, но при необходимости и корректировать те или иные нарушения, разумеется, при квалифицированной помощи специалиста. То есть, по сути, мы приходим к пониманию того, что внутренние потенции человека, его активное начало является неким ресурсом и одновременно источником саморазвития и разрешения возникающих проблем. Это умозаключение подтверждается клиент-центрированным подходом. Общеизвестно, что К.Роджерс выдвинул гипотезу о том, что все поведение человека вдохновляется и регулируется неким объединяющим мотивом, который он называл тенденцией к самоактуализации, то есть к сохранению и саморазвитию себя, что позволяет максимально выявить и развить позитивные качества своей личности, заложенные в ней от природы, что собственно и является конечной целью психотерапии.

Объем тезисов доклада не позволяет нам в полной мере предоставить полученные данные исследования, но их теоретический и экспериментальный анализ позволяет утверждать следующее:

- во-первых, человек является открытой, саморазвивающейся системой, в основе которой лежит самоактуализирующееся, саморазвивающееся начало;

- во-вторых, при психических нарушениях внутренний ресурс должен составлять основу технологии работы с клиентом.

ОБ ИНФОРМАТИВНОСТИ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ ПРОГНОЗА ВЫРАЖЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

У.Х.Алимов, Х.Т.Рустамов

В связи с этим нами была предпринята попытка определения информативной ценности ряда клинических и конституционально-генетических факторов в прогнозе тяжести психических расстройств, обусловленных эпилепсией. 118 больных (в возрасте от 16 до 54 лет с давностью заболевания от 7 до 43 лет) по выраженности психических расстройств на момент обследования были разделены на 2 группы. В I группу были включены больные (65 человек) с выраженным интеллектуально-мнестическим снижением и личностными изменениями. У части больных наблюдались психозы различного течения и синдромологического оформления. II группу составили больные (53 человека) с нерезко выраженными личностными изменениями, психопродуктивная симптоматика у этих больных ограничивалась неврозоподобными расстройствами.

Для оценки информативности учетных признаков нами был использован диагностический алгоритм, основанный на последовательном статистическом анализе.

Изучение клинических и некоторых конституционально-генетических признаков выявило ряд достоверных различий в частотах их встречаемости у больных I и II групп. В процессе определения информативности признаков путем выполнения последовательного анализа учитывалось то, что клинические признаки обладают некоторой специфичностью для изучаемого заболевания и естественно признавались приоритетными. Признаки конституционально-генетического полиморфизма даже при высоких показателях информативности признавались менее важными. Наименее информативными были признаны признаки, включенные в

анализ с некоторыми условиями, как дополняющие комплекс признаков.

Для прогноза неблагоприятного течения эпилепсии с проявлением выраженных психических расстройств в порядке убывания значимости расположились следующие признаки: частое, еженедельное и ежемесячное проявление припадков, генерализованные припадки, аутохтонное проявление припадков, отсутствие скорой положительной реакции на впервые начатое лечение, начало лечения с выраженной задержкой, указание на интранатальную патологию в анамнезе. Значительно ухудшают прогноз обладание слабой силой нервной системы и инертностью какого-либо одного или обоих нервных процессов.

Для прогноза благоприятного течения эпилепсии наибольшее значение имело редкое проявление припадков и парциальные припадки. Провоцированное возникновение припадков и наличие скорой положительной реакции на впервые начатое лечение, начало лечения с манифестных приступов также сильно повышали вероятность благоприятного течения заболевания. Из всех конституционально-генетических признаков заметное благоприятное значение имели такие признаки, как сильная нервная система и подвижность нервных процессов.

Таким образом, последовательный статистический анализ позволил объективно определить ценность каждого из изученных признаков и распределить их в порядке информативности, что дает возможность повысить надежность прогноза психических расстройств, обусловленных эпилепсией при учете данных признаков.

ОСОБЕННОСТИ И ПРОФИЛАКТИКА ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ БОЛЬНЫХ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

У.Х.Алимов, С.А.Ахмедов

В цели и задачи проведенного исследования входило:

- Изучение клинических, психологических и социальных факторов, способствующих совершению

общественно опасных действий больными умственной отсталостью.

- Установление психопатологических, мотивационных и психологических характеристик у данного

контингента и особенностей их влияния на механизм общественно опасных деяний.

- Уточнение критериев судебно-психиатрической оценки и дифференцированных показаний к применению различных мер медицинского и социального плана.

- Разработка более эффективных лечебно-реабилитационных мероприятий для пациентов с группой риска с учётом прогностических факторов.

Для решения поставленных задач были обследованы 230 испытуемых (219 мужчин и 11 женщин), страдающих умственной отсталостью и проходивших стационарную судебно-психиатрическую экспертизу на базе Клинической психиатрической больницы Министерства здравоохранения Республики Узбекистан в период с 1991 по 2003 г. включительно.

Основным методом исследования был клинико-психопатологический метод. Особую часть работы заняло исследование экспериментально-психологическими методами. Дополнительно были использованы специфические психологические методики: прогрессивные матрицы Равена, интеллектуальный тест Векслера, модифицированный метод рисуночной фрустрации Розенцвейга на выявление агрессивности и адаптированная методика для определения уровня внушаемости и конформности в виде опросника Немова.

Испытуемых с лёгкой степенью умственной отсталости оказалось $81,3 \pm 0,03\%$; с умеренной - $11,74 \pm 0,02\%$; с тяжёлой - $6,96 \pm 0,02\%$. Лица с более выраженной степенью умственной отсталости (глубокой) в наших наблюдениях не встречались. Большую часть подэкспертных всей группы — $63,48 \pm 0,03\%$, составили лица с осложнённой органическим радикалом формой умственного недоразвития. По виду эмоционально-волевых расстройств обследованные были распределены: с эмоционально неустойчивым типом - $34,35 \pm 0,03\%$; возбудимым - $24,35 \pm 0,03\%$; торпидным — $15,65 \pm 0,02\%$; астено-дистимическим - $9,57 \pm 0,02\%$; клинически неочерченным - $16,09 \pm 0,02\%$.

Возрастной предел обследуемых ограничился диапазоном от 15 до 40 лет. По возрастному критерию испытуемые распределились следующим образом: от 15 до 20 лет — $31,74 \pm 0,03\%$; от 21 до 30 лет — $54,78 \pm 0,03\%$; от 30 и выше — $13,48 \pm 0,02\%$. Средний возраст обследованных больных составил приблизительно $24,52 \pm 0,43$ лет.

По характеру местности проживания $51,74 \pm 0,03\%$ от всего контингента составили испытуемые, проживающие в городской местности, незначительно меньше оказалось жителей села — $48,26 \pm 0,03\%$.

По характеру совершённых деликтов обследуемые распределились следующим образом: кражи и угоны, не связанные с применением насилия — $52,17 \pm 0,03\%$; умышленные убийства, нанесения

телесных повреждений и другие деликты, сопряжённые с насилием против личности — $34,78 \pm 0,03\%$; изнасилования и совершение развратных действий — $8,7 \pm 0,02\%$; преступления, связанные с незаконными действиями с наркотическими веществами — $2,61 \pm 0,01\%$; прочие — $1,74 \pm 0,01\%$.

В исследовании были также использованы методика нормирования интенсивных показателей (НИП) Е.Н.Шигана, основанная на вероятностном методе Байеса. В качестве нормирующей величины (М) был принят показатель распространенности возникновения общественно опасного деяния по различным оцениваемым факторам. Данные методы были применены для расчёта прогнозов риска возникновения у больных умственной отсталостью общественно опасного поведения, а также для определения интегральной оценки показателя вероятности индивидуальной принадлежности к категориям вменяемых, ограниченно вменяемых и невменяемых.

Полученные результаты показали, что главную роль в генезе общественно опасных действий играл фактор собственно умственной отсталости, который под влиянием других факторов обуславливал неспособность умственно отсталой личности в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий. На втором месте по важности стояла такая клиническая особенность, как наличие выраженных эмоционально-волевых расстройств. Не менее важную роль в формировании противоправного действия играло сочетание интеллектуального недоразвития и вида эмоционально-волевого расстройства с наличием органического симптомокомплекса. Особую роль играли социальные и ситуативные факторы: низкий уровень качества жизни, семейная и трудовая дезадаптация, экзогенные вредности, криминальные связи, групповой характер деликта и др. При «перекрёстном» сочетании различных факторов, как правило, и возникала критическая ситуация, запускающая механизм реализации противоправного поведенческого акта. Качественное преобладание различных факторов влияло на характерный тип мотивации и обуславливало тот или иной вид противоправного деяния. У испытуемых, признанных невменяемыми, клиническая картина достигала особой степени выраженности симптомов, что дало возможность экспертам признать их неспособными по психическому состоянию осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Часть подэкспертных, признанных вменяемыми, с учётом полученных результатов, была разделена на две подгруппы: «безусловно вменяемые» и «ограниченно вменяемые». Полученные результаты подверглись обработке статистическими методами, с помощью которых были разработаны практические рекомендации для психиатров, сталкивающихся с

проблемами общественно опасного поведения больных умственной отсталостью. В частности, на основе разработанной методики наметилась возможность определять степень риска возникновения и реализации общественно опасных действий больных с умственным недоразвитием, прогнозировать динамику течения девиантных отклонений больных данной нозологией, и своевременно проводить в отношении этих пациентов меры

профилактического плана. Методика определения интегральной оценки факторов вероятности индивидуальной принадлежности к категории ограниченно вменяемых, позволит более эффективно и неоднозначно решать многие сложные и спорные вопросы в данной области как медицинского, так и юридического характера, то есть вопросы, связанные с применением термина «ограниченная вменяемость».

НЕВМЯЕМОСТЬ В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОСНОВНЫХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ЕДИНИЦ. КРАТКИЕ СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ПО ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТНОЙ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТНОЙ КОМИССИИ.

В.Е.Бирюков, Б.С.Дусумов

г. Усть-Каменогорск

Одной из обязательных характеристик субъекта любого преступления является вменяемость. Невменяемость свидетельствует об отсутствии субъекта, а с ним и состава преступления. Невменяемый – субъект не преступления, а общественно-опасного деяния, объективные признаки которого предусмотрены особенной частью УК. На невменяемого нельзя возложить уголовную ответственность. Следовательно, к нему неприменимо наказание, которое рассматривается в уголовном праве в качестве средства реализации этой ответственности.

Экспертизы, назначаемые в связи с сомнениями во вменяемости обвиняемого, составляют около 90% от всех проводимых экспертиз. Поэтому проблема невменяемости является основной в судебной психиатрии.

Формула невменяемости состоит из двух критериев – медицинского (биологического) и юридического (психологического).

Медицинский критерий представляет собой четыре обобщенные группы психических расстройств: хроническое психическое расстройство, временное психическое расстройство, слабоумие, иное болезненное состояние психики.

Медицинский критерий указывает, что невменяемость должна быть обусловлена исключительно психическим расстройством. Психическое расстройство обуславливает невменяемость лишь тогда, когда оно достигает известной глубины (степени, тяжести), которая определена формулой юридического критерия (принцип единства, медицинского и юридического критериев невменяемости).

Иными словами, психическое расстройство, входящее в перечень болезней медицинского критерия, несовместимо с вменяемостью лишь в случае, если

страдающий им субъект не мог «осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими».

Неспособность осознавать фактический характер и общественную опасность деяния именуется интеллектуальным признаком юридического критерия; неспособность руководить своими действиями – его волевым признаком.

Интеллектуальный признак выделяет те стороны нарушения психики, которые лишают лицо возможности адекватного восприятия действительности, ее осмысления (понимания), прогнозирования возможных последствий своих поступков и т.п.

В волевом признаке акцент сделан на неспособности лица «властвовать над собой», т.е. адекватно организовывать и регулировать свое поведение. Например, свободно выбирать надлежащий поведенческий акт и реализовывать свой выбор путем совершения конкретных поступков, либо путем контролируемого отказа от их совершения.

Невменяемость устанавливается только в отношении конкретного уголовно наказуемого деяния (действий или бездействия).

Не существует невменяемости «вообще» (как постоянной характеристики субъекта) невменяемости по времени производства, по уголовному делу, невменяемости потерпевшего, свидетеля и т.п.

Психическое расстройство, обуславливающее невменяемость, независимо от его характера, должно существовать во время совершения общественно опасного деяния и лишать лицо способности осознавать свои действия (бездействие) или руководить ими применительно именно к этому деянию.

Краткая судебно-психиатрическая оценка основных нозологических единиц

Шизофрения

Около половины испытуемых, проходящих судебно-психиатрическую экспертизу по уголовным делам и признанных невменяемыми, страдают шизофренией.

В тех случаях, когда клиническая картина психоза или отчетливые изменения личности в период ремиссии (симптомы дефекта в эмоциональной, волевой и когнитивной сферах) не вызывают сомнения в отношении диагноза шизофрении, лицо признается невменяемым.

Если правонарушение совершается больным шизофренией, в прошлом перенесшим психотический приступ, в период стойкой и глубокой ремиссии без отчетливых изменений личности, в этих случаях они обычно признаются вменяемыми.

Способность свидетелей и потерпевших, страдающих шизофренией, участвовать в судебно-следственном процессе, правильно воспринимать обстоятельства по делу и давать о них правильные показания обязательно должны оцениваться с учетом сохранных сторон их психической деятельности, а также в зависимости от характера анализируемой криминальной ситуации, участниками которой они оказались.

При соблюдении указанных принципов гражданские права психически больных – потерпевших и свидетелей всегда будут соблюдены.

Судебно-психиатрическая оценка психических нарушений при эпилепсии

При установленном диагнозе необходимо доказать наличие или отсутствие судорожных признаков или состояний нарушенного сознания в момент совершения правонарушения.

Лица, совершившие противоправные деяния в указанном состоянии признаются невменяемыми.

Большую опасность представляют больные эпилепсией в сумеречном состоянии.

Испытуемые, совершившие правонарушение в сумеречном состоянии, также подпадают под понятие временного расстройства психической деятельности.

С учетом повторяемости этих состояний и необходимости серьезного лечения эпилептической болезни к таким людям обязательно применение мер медицинского характера.

Судебно-психиатрическая оценка лиц, перенесших травмы головы неоднозначна и зависит от стадии заболевания и клинических проявлений болезни

Наиболее сложна экспертная оценка острого периода травматической болезни, поскольку эксперты не наблюдают его лично.

В отношении лиц, совершивших противоправные деяния, наибольшее значение имеют легкие и средней тяжести черепно-мозговые травмы, поскольку сознание в этих случаях помрачено неглубоко и носит ундулирующий характер.

Отсутствие адекватного речевого контакта, дезориентировка в окружающем ретро и антероградная амнезия свидетельствуют о нарушении сознания в виде оглушения. Эти состояния подпадают под понятие временного психического расстройства и свидетельствуют о невменяемости этих лиц в отношении совершенного правонарушения.

Меры медицинского характера в отношении к таким больным определяются выраженностью остаточных явлений после травмы головы. При полном обратном развитии психических нарушений, больные нуждаются в лечении в психиатрических стационарах общего типа.

Если у подэкспертного обнаруживаются выраженные посттравматические нарушения (выраженное интеллектуально-мнестическое снижение, периодические психозы, эпилептиформные приступы), к таким больным применяются принудительные меры медицинского характера в психиатрических стационарах специализированного типа.

Судебно-психиатрическая оценка отдаленных последствий травм головы в основном касаются решения вопроса о вменяемости этих лиц. К моменту совершения преступления и производства экспертизы у них обычно имеются незначительные посттравматические расстройства в виде психопатоподобных, невротоподобных, аффективных и астенических нарушений, что не исключает их вменяемости.

При наличии выраженных интеллектуально-мнестических нарушений, вплоть до травматического слабоумия больные должны признаваться невменяемыми.

Кратковременные расстройства психической деятельности (исключительные состояния)

Кратковременно протекающие психотические состояния, объединяемые в группу исключительных состояний, являются одной из сложных проблем судебной психиатрии.

Исключительные состояния рассматриваются в настоящее время, как группа острых расстройств психической деятельности, различных по этиологии, но во многом сходных по клиническим признакам, возникающих у лиц, не страдающих психическим заболеванием, и, как правило, представляющих единственный эпизод в жизни субъекта.

Название этих состояний «исключительные» подчеркивает, что они являются как бы исключением по отношению к обычному психическому состоянию, исключительным событием в жизни человека. В процентном отношении число лиц, совершивших противоправные деяния, в «исключительных

состояниях» незначительно – 1-2% от общего числа лиц, признанных невменяемыми. Однако это чаще всего опаснее действия против личности; диагностика и экспертная оценка таких расстройств чрезвычайно сложна.

К исключительным состояниям относятся патологическое опьянение, патологический аффект, реакция короткого замыкания, патологическое проночное состояние.

Объединяет указанные группы состояний необходимость всегда ретроспективной диагностики, так как психотические нарушения, свойственные исключительным состояниям, преходящи, длятся весьма ограниченное время и всегда отсутствуют на период проведения судебно-психиатрической экспертизы.

Судебно-психиатрическая оценка патологического опьянения свидетельствует о невменяемости лица, совершившего противоправные действия в данном состоянии.

Судебно-психиатрическая оценка патологического и физиологического аффектов различна. При совершении аффективного деликта невменяемость

определяется только наличием признаков патологического аффекта в момент правонарушения.

Данное состояние подпадает под понятие временного расстройства психической деятельности, медицинского критерия невменяемости, так как исключает возможность такого лица в момент противоправных действий осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий.

Диагностика физиологического аффекта, в момент совершения преступления, не исключает вменяемости.

Переходя от вопросов теоретических к вопросам практическим, следует отметить, что в Казахстане в настоящее время существует всего 3 постоянно действующие амбулаторные судебно-психиатрические экспертные комиссии: Восточно-Казахстанская, Карагандинская, Алматинская.

До 1994 года в штате ВК ОПНД вообще отсутствовали должности врачей-экспертов. Экспертизы проводились психиатрами общего профиля, по совместительству с их основной должностью.

Появление постоянно действующих СПЭ позволило существенно увеличить возможности для выполнения большего объема экспертиз.

Таблица 1

Нагрузка объёма работы Восточно-Казахстанского областного СПЭК

1992 год				1993 год				1994 год			
Общ. к-во СПЭ	Следственно подсудимые	Вменяемые	Невменяемые	Общ. к-во СПЭ	Следственно подсудимые	Вменяемые	Невменяемые	Общ. к-во СПЭ	Следственно подсудимые	Вменяемые	Невменяемые
533	486	465	21	751	697	666	31	1010	984	914	40
1995 год				1996 год				1997 год			
Общ. к-во СПЭ	Следственно подсудимые	Вменяемые	Невменяемые	Общ. к-во СПЭ	Следственно подсудимые	Вменяемые	Невменяемые	Общ. к-во СПЭ	Следственно подсудимые	Вменяемые	Невменяемые
958	909	878	31	1061	929	900	29	1044	918	886	32
1998 год				1999 год				2000 год			
Общ. к-во СПЭ	Следственно подсудимые	Вменяемые	Невменяемые	Общ. к-во СПЭ	Следственно подсудимые	Вменяемые	Невменяемые	Общ. к-во СПЭ	Следственно подсудимые	Вменяемые	Невменяемые
1034	956	922	34	1171	1096	1075	21	1279	1163	1120	43
2001 год				2002 год				2003 год			
Общ. к-во СПЭ	Следственно подсудимые	Вменяемые	Невменяемые	Общ. к-во СПЭ	Следственно подсудимые	Вменяемые	Невменяемые	Общ. к-во СПЭ	Следственно подсудимые	Вменяемые	Невменяемые
1998	1134	1099	35	1574	1294	1265	29	1435	1087	1070	17

В ноябре 2003 года впервые за последние 10 лет комиссией МЗ РК была проверена аттестация врачей - психиатров, занимающихся проведением СПЭ.

Все эксперты Восточно-Казахстанской областной СПЭК аттестованы на соответствие занимаемой должности с правом проведения судебных экспертиз.

Анализ работы Восточно-Казахстанской областной СПЭК (таблицы 1-2) показывает, что количество выполненных экспертиз за последние 12 лет возросло практически вдвое.

Процентное соотношение проводимых экспертиз таково: 70% экспертиз проводятся по уголовным делам и 30% по гражданским делам.

Заметно увеличилось количество комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз (КСППЭ) несовершеннолетних.

Так, в 1992 несовершеннолетним было проведено 46 экспертиз, а в 2002 году уже - 194 экспертизы.

Экспертизы, назначаемые в связи с сомнениями во вменяемости, составляют 90% от всех

проводимых по уголовным делам экспертиз; они проводятся потерпевшим и свидетелям.

Сроки производства СПЭ не превышают 1-2 недель с момента поступления уголовных (гражданских) дел в ОПНД.

Качество проведения экспертиз высокое. Количество повторно назначаемых экспертиз не превышает 0,2-0,3% от их общего числа.

Среднее количество нерешенных экспертиз (подэкспертные, направленные на стационарную экспертизу в РК ПБ г. Астана) составляет в среднем 0,5% (таблица 2).

Из числа следственно-подсудимых, представленных на экспертизу лица с психическими или непсихического характера расстройствами, составляют 45%. Психически здоровые соответственно 55% (таблица 2).

Таким образом, можно констатировать, что рост числа экспертиз находится в прямой зависимости от роста преступности, как в области, так и в целом по стране, в основном за счет психически здоровых лиц.

Таблица 2

Характер экспертных решений в отношении следственных испытуемых

Годы	Всего следственных	из них:							
		признаны невменяемыми		признаны вменяемыми				нерешенные	
				лица с психич. расстройствами		психически здоровые			
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1992	486	21	4,3	223	45,8	240	49,3	2	0,4
1993	697	31	4,4	281	40	381	54,6	4	0,5
1994	954	40	4,2	447	46,8	464	48,6	3	0,3
1995	909	31	3,4	442	48,6	432	47,5	4	0,4
1996	929	29	3,1	476	51,2	422	45,4	2	0,2
1997	918	32	3,5	355	38,6	527	57	4	0,4
1998	956	34	3,5	386	40	531	55,5	5	0,5
1999	1096	21	1,9	533	48,6	536	48,9	6	0,5
2000	1163	43	3,7	510	43,8	647	55,6	6	0,5
2001	1134	35	3	479	42,2	648	57,1	7	0,6
2002	1234	29	2,2	580	44,8	713	55,1	1	0,07
2003	1087	17	1,6	569	52,3	518	47,7	4	0,4

Анализируя данные таблицы 1 и 2, можно прийти к выводу, что число лиц, признаваемых невменяемыми (в динамике за последние 12 лет), не зависит от количества проводимых экспертиз. То есть между двумя указанными количественными показателями отсутствует прямая зависимость.

По характеру общественно-опасных действий среди больных, признанных невменяемыми, на первом месте стоят имущественные правонарушения (хищения) – 44, на втором месте, направленные против личности (нанесение телесных повреждений, убийств и т.п.) – 57%, на третьем месте хулиганство – 13%, правонарушения сексуального характера на четвертом месте – 5%. Прочие составляют 21%.

Распределение больных, признанных невменяемыми по характеру рекомендованных мер медицинского характера следующее:

- принудительно лечение в психиатрической больнице общего типа – 45,2%,
- принудительно лечение в психиатрической больнице усиленного типа – 14,3%,
- лечение на общих основаниях – 12,6%,
- амбулаторное наблюдение в ПНД – 19,3%.

6% экспертиз не состоялись из-за того, что подэкспертные не доставляются или не являются на экспертизу.

Около 30-35% экспертиз судебно-следственными органами назначаются необоснованно.

Конечно, приведенные в статье статистические данные далеко не исчерпывают всего объема судебно-

экспертной работы, но все же позволяют делать на их основании определенные выводы и представления.

К ПРОЕКТУ ОТРАСЛЕВОЙ ПРОГРАММЫ «ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН» НА 2005-2010 ГОДА

С.Р.Мусинов

г. Астана

Развитие человеческих ресурсов, в том числе физических и интеллектуальных способностей казахстанцев определены ключевыми задачами в Послании Президента народу Казахстана «К конкурентоспособному Казахстану, конкурентоспособной экономике, конкурентоспособной нации».

Для реализации этих задач Указом Президента Республики Казахстан от 29 сентября 2004 года № 1438, утверждена Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы (далее – Государственная программа).

Представленный ниже проект отраслевой программы «Психическое здоровье населения Республики Казахстан» на 2005-2010 годы является одним из механизмов реализации Государственной программы и направлен на решение проблем психического здоровья населения Республики Казахстан.

Данный проектный документ в настоящее время направлен в Министерство здравоохранения Республики Казахстан на рассмотрение.

Однако все замечания и предложения к настоящему проекту нормативно-правового документа будут восприняты с благодарностью.

Проект

Утверждена
постановлением Правительства
Республики Казахстан
от «_____» _____ 2005 г.
№ _____

Отраслевая программа «Психическое здоровье населения Республики Казахстан» на 2005-2010 годы

Содержание

1. Паспорт Программы.
2. Введение.
3. Анализ состояния психического здоровья населения Республики Казахстан.
4. Цели и задачи Программы.
5. Основные направления и механизм реализации Программы.
6. Источники финансирования.
7. Ожидаемые результаты от реализации Программы.
8. План мероприятий по реализации Программы.

1. Паспорт Программы

Наименование программы	Программа «Психическое здоровье населения Республики Казахстан» на 2005-2010 годы
Основания для разработки	Указ Президента Республики Казахстан от 13 сентября 2004 года № 1438 «О Государственной программе реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2001-2010 годы», Указ Правительства РК от 16 мая 2000 года № 394 «Стратегия борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2001-2005 годы»
Основной разработчик	Министерство здравоохранения Республики Казахстан
Срок реализации	2005-2010 годы
Цели	Повышение уровня психического и психологического здоровья населения Республики Казахстан Блокирование и обратное развитие социально-опасных тенденций роста распространения зависимости от психоактивных веществ среди населения Республики Казахстан
Задачи	Совершенствование законодательной базы; совершенствование организационных и управленческих принципов оказания медицинской, социальной помощи лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами; обеспечение межотраслевого сотрудничества и содействие социальной интеграции; создание современной информационной системы мониторинга, пропаганда психического здоровья

Наименование программы	Программа «Психическое здоровье населения Республики Казахстан» на 2005-2010 годы
Источники финансирования	Средства, выделяемые из республиканских и местных бюджетов, а также другие средства, не запрещенные законодательством Республики Казахстан.
Ожидаемые результаты	Снижение заболеваемости и болезненности психическими и поведенческими расстройствами Снижение инвалидности, суицидов, несчастных случаев, отравлений, травм Увеличение продолжительности жизни Создание эффективной, скоординированной системы противодействия распространению наркозависимости в Республике Казахстан

2. Введение

Общественное психическое здоровье является индикатором интеллектуального и нравственного состояния общества.

Проблемы психического здоровья оказывают сильное негативное влияние на население как с точки зрения экономических потерь, так и с точки зрения страданий и качества жизни людей.

Развитие человеческих ресурсов, в том числе физических, интеллектуальных способностей казахстанцев определены ключевыми задачами в Послании Президента народу Казахстана «К конкурентоспособному Казахстану, конкурентоспособной экономике, конкурентоспособной нации».

Для реализации этих задач Указом Президента Республики Казахстан от 29 сентября 2004 года № 1438, утверждена Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы (далее – Государственная программа).

Отраслевая программа «Психическое здоровье населения Республики Казахстан» на 2005-2010 годы является одним из механизмов реализации Государственной программы и направлена на решение проблем психического здоровья населения Республики Казахстан.

3. Анализ психического здоровья населения Республики Казахстан

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) психические и поведенческие расстройства поражают более 25% всех людей в определенные периоды жизни.

450 миллионов человек в мире страдают психическими расстройствами, в т.ч.:

- 160 млн. Депрессивными расстройствами;
- 70 млн. Алкоголизмом;
- 50 млн. Эпилепсией;
- 24 млн. Шизофренией;

Каждая четвертая семья имеет хотя бы одного члена, который страдает от психического или поведенческого расстройства и несет на себе бремя стигматизации и дискриминации.

Ежегодно 1 млн. человек в мире заканчивает жизнь самоубийством, 20 млн. человек совершают суицидальные попытки.

Психические расстройства составляют 12,3% в мире и 20% в Европе от общего количества лет жизни, потерянных в связи с инвалидностью.

Анализ состояния психической заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами населения Республики Казахстан демонстрирует тревожные тенденции.

Во-первых, вызывает особую озабоченность рост психических расстройств в период с 1993 по 2003 годы среди детей в 1,1 раза, подростков в 5,8 раза, а также вовлечение их в сферу наркопотребления, о чем свидетельствует рост первичной заболеваемости вследствие употребления наркотиков с 2,6 в 1999 году до 33,6 в 2003 году (на 100 тыс.) среди детей, с 387,1 в 1999 году до 606 (на 100 тыс. подросткового населения) в 2003 году среди подростков.

Во-вторых, наблюдается, в целом, рост психических расстройств вследствие употребления психоактивных веществ с 62,7 в 1993 году до 443,8 в 2003 году, т.е. рост в 7 раз за 10 лет, что указывает на эпидемический характер процесса распространения зависимости от психоактивных веществ (алкоголь, наркотики) в стране и неэффективность мер противодействия.

В-третьих, за 10 последних лет заболеваемость психическими расстройствами, в целом, также возросла в 1,2 раза, составив в 2003 году – 178,2 на 100 тыс. всего населения, а наиболее распространенными классами расстройств психики являются умственная отсталость и органические психические расстройства. В общей сложности на них приходится 50% психиатрической патологии. До 30% составляют эндогенные психозы (шизофрения, шизотические и бредовые расстройства, аффективные расстройства), 20% приходится на функциональные психические расстройства, в т.ч. невротические.

Особую тревогу вызывают показатели смертности населения.

Если смертность населения Республики Казахстан за 2003 год (на 100 тыс. населения) от несчастных случаев, травм и отравлений составили 125

(3 место), то среди них смертность от самоубийств – 27,9. В 2003 году умерло от суицидов 4162 человека.

В тоже время отсутствие современной и достоверной информации показателей психического здоровья, в т.ч. надлежащего сбора и анализа эпидемиологических данных. Существующие статистические данные не отражают истинных уровней психического и психологического здоровья населения, особенно уязвимых групп населения (дети, женщины, пожилые люди).

Неинтегрированность службы психического здоровья в систему первичной медико-санитарной помощи, социальную службу, доминирующее положение только психиатрических и наркологических диспансеров являются серьезными барьерами на пути к повышению качества профилактики, диагностики, лечения, социальной помощи.

Функционирующие 9792 психиатрических коек и 4625 наркологических коек перегружены. Их занятость в году составляет 366 и 350 соответственно, что наряду со слабым развитием медико-психологической помощи и, в целом, объема услуг, предоставляемых на амбулаторном уровне, усугубляют отсутствием достаточного количества квалифицированных кадров данного звена, в т.ч. врачей-психотерапевтов, клинических психологов, социальных работников, не приводят к обеспечению доступности оказания помощи и справедливости и являются одними из факторов стигматизации, дискриминации больных и их близких окружающих.

Наряду с этим, комплекс факторов географического, социально-экономического характера, в том числе прозрачность границ с большинством приграничных государств СНГ, интенсивное развитие транспортной инфраструктуры, стабильное социально-экономическое положение внутри нашей страны способствовали тому, что Казахстан стал «транспортным коридором» для транзита наркотических средств из стран Юго-Западной Азии и Афганистана в Россию. Резкое падение цен на наркотики на внутреннем «черном» рынке также способствуют вовлечению в наркопроцесс все большего круга населения страны, что создает потенциальную угрозу внутренней безопасности государства.

В стране еще не отработаны механизмы межведомственного сотрудничества, не определены меры их ответственности за проявление тех или иных факторов, обуславливающих психические и поведенческие расстройства.

Все еще существуют проблемы трудоустройства и занятости лиц с психическими расстройствами, не определены критерии и стимулы для работодателей. Требуют также совершенствования вопросы получения образования, обеспечения жильем, уголовного судопроизводства в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, вопросы коренного изменения отношений и повышение уровня информированности общественности.

4. Цели и задачи Программы

Целями Программы являются обеспечение психического и психологического здоровья населения, блокирование и обратное развитие социально-опасных тенденций роста распространения зависимости от психоактивных веществ среди населения Республики Казахстан.

Задачами Программы являются:

- совершенствование законодательной базы;
- совершенствование организационных и управленческих принципов оказания медицинской, социальной помощи, лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами
- обеспечение межотраслевого сотрудничества и содействие социальной интеграции
- создание современной информационной системы мониторинга, пропаганда психического здоровья.

5. Основные направления и механизмы реализации Программы

Основные направления и механизмы реализации настоящей Программы соответствуют задачам, выполнение которых ведет к обозначенным целям.

Программой предусматриваются реализация следующих направлений:

5.1. Совершенствование законодательной базы.

5.2. Развитие и совершенствование организационных и управленческих принципов оказания медицинской, социальной помощи лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами.

5.3. Обеспечение межотраслевого сотрудничества и содействие социальной интеграции.

5.4. Создание современной информационной системы мониторинга, пропаганда психического здоровья.

5.1. Совершенствование законодательной базы

С целью совершенствования законодательной базы, регулирующей систему оказания психиатрической и наркологической помощи населению, обеспечения гарантий соблюдения прав человека, предстоит разработать и внести на рассмотрение Мажилиса Парламента Республики Казахстан следующие законодательные акты:

5.1.1. «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при её оказании» в новой редакции.

5.1.2. «О психическом здоровье граждан Республики Казахстан».

5.1.3. О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Казахстан «О медико-социальной реабилитации больных наркоманией».

5.1.4. О внесении изменений и дополнений в Указ Президента Республики Казахстан «О принудительном лечении больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией».

5.1.5. О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Казахстан «О труде».

5.2. Совершенствование и развитие организационных и управленческих принципов оказания медицинской, социальной помощи лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами

Основным направлением совершенствования организации помощи лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами является удовлетворение их потребности в медицинской и социальной помощи через меры по:

- 1) увеличению эффективности и использования имеющихся ресурсов, в том числе в психиатрической и наркологической службах;
- 2) интеграции психиатрической, наркологической помощи в первичную медико-санитарную помощь (далее - ПМСП), а также социальную помощь;
- 3) реструктуризации и расширению предоставляемых услуг;
- 4) подготовке и переподготовке кадров – развитие кадровых ресурсов;
- 5) научным исследованиям.

Повышение эффективности существующих психиатрических и наркологических организаций будет проводиться через оптимизацию структурных, технологических и кадровых ресурсов.

За счет реструктуризации, при психиатрических и наркологических организациях всех уровней, будут созданы амбулаторные структурные подразделения психотерапии, психологического консультирования, сервис-центры для лиц с психическими и поведенческими расстройствами.

Особое внимание будет обращено на развитие и совершенствование судебной психиатрии, в т.ч. на вопросы судебно-психиатрической экспертизы, принудительного лечения, тюремной психиатрии, с целью обеспечения прав лиц с психическими расстройствами в уголовном и гражданском судопроизводстве, профилактике общественно опасных действий у данных лиц.

Предстоит принять меры по развитию военно-врачебной психиатрической экспертизы. Особое внимание будет уделено развитию психиатрии в чрезвычайных ситуациях.

Необходимо обеспечить научное сопровождение данных проблем. Предстоит обосновать и разработать прикладные аспекты социальной, промышленной психиатрии (психическое здоровье населения в период социально-экономических реформ, психическое здоровье работников промышленности); изучить влияние экономических факторов на психическое здоровье населения (экологическая психиатрия); психические и психологические последствия чрезвычайных ситуаций (психиатрия чрезвычайных ситуаций), исследования в области профилактики лечения, диагностики, укрепления здоровья.

С 2005 года будет проводиться политика поэтапной интеграции психиатрических и наркологических служб в ПМСП.

Интеграция предусматривает необходимость тщательного анализа возможностей различных уровней оказания медицинской помощи по профилактике, лечению, диагностике и реабилитации лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами.

Необходимыми условиями интеграции, которые предстоит решить с 2005-2007 годы на первом этапе являются:

- планомерная переподготовка кадров первичного звена по вопросам диагностики, лечения распространённых психических и поведенческих расстройств;
- наличие основных психотропных лекарственных средств и право их прописывания;
- наличие специалистов в области психического здоровья;
- расширение функциональных обязанностей работников ПМСП;
- создание системы постоянного мониторинга ситуации, взаимодействия между первичными, вторичными и третичными уровнями оказания медицинской помощи.

На втором этапе (2008-2010 годы) начнется процесс самой интеграции, параллельно с процессом создания самостоятельных центров ПМСП и перехода на принципы общей врачебной практики.

С целью реструктуризации и расширения предоставляемых услуг будут созданы центры социальной поддержки, кризисные центры, выездные консультативные бригады при амбулаторно-поликлинических организациях.

По мере развития процессов интеграции при многопрофильных больницах будут создаваться психиатрические отделения, психосоматические стационары при центрах медицины катастроф.

Законодательно будут решены вопросы наличия специалистов в области психического здоровья при крупных промышленных, транспортных предприятиях, воинских частях, дошкольных и школьных организациях, в высших учебных заведениях, пенициментарных учреждениях.

В этот же период предстоит создать геронтологические центры во всех крупных городах, завершить организацию центров среднесрочной и долгосрочной медико-социальной реабилитации наркозависимых, в т.ч. для детей и подростков, дневных стационаров, сети анонимных консультативных кабинетов.

Для решения этих задач необходимы соответствующие кадровые ресурсы. Предстоит решить вопросы додипломной и последипломной подготовки специалистов по таким специальностям как: врач-психотерапевт, клинический психолог, психиатрическая и наркологическая медицинская сестра, социальные работники в области психиатрии и наркологии, специалисты по трудотерапии, что требует совершенствования программ подготовки, квалификационных стандартов.

5.3. Обеспечение межотраслевого сотрудничества, партнерства

Большинство факторов, определяющих психическое здоровье, так или иначе, относятся к сфере компетенции практически всех государственных органов и организаций, и в связи с этим они должны нести ответственность за проявление тех или иных факторов, обуславливающих психические и поведенческие расстройства. Таким образом, межотраслевое сотрудничество, партнёрские взаимоотношения между государственными и негосударственными организациями являются основополагающими в деле укрепления психического здоровья населения. Необходимо целенаправленно проводить политику социальной интеграции.

В вопросах труда и занятости предстоит принять законодательные и практические меры по обеспечению: трудоустройства лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами.

В системе образования необходимо принять меры по предотвращению отсева учащихся до завершения среднего школьного образования, по включению в программы вопросов обучения жизненным навыкам, созданию условий для детей, с нарушенными способностями к обучению.

В вопросах обеспечения жильем необходимо предусмотреть возможность льготного и приоритетного предоставления жилья лицам, с психическими расстройствами, открытия сети пансионатов.

В области социального обеспечения необходимо обеспечить переподготовку специалистов социальной сферы, повысить уровень знаний и навыков по идентификации людей, страдающих психическими и поведенческими расстройствами и оказания им помощи.

В системе уголовного судопроизводства необходимо принять меры по предупреждению противоправного заключения в тюрьмы людей с психическими расстройствами, обеспечению профилактики и лечения психических и поведенческих расстройств в тюрьмах, ослаблению последствий тюремного заключения для психического здоровья, улучшению знаний и навыков работников, занятых в системе уголовного судопроизводства.

В системе Министерства обороны должны быть приняты комплексные меры по отбору на срочную военную службу, по профилактике неуставных взаимоотношений среди военнослужащих, по повышению уровня знаний командного состава в области психологии.

Необходимо наладить партнерские взаимоотношения с неправительственными организациями в решении проблем психического здоровья.

5.4. Создание современной информационной системы, пропаганда психического здоровья

В рамках создаваемой единой информационной системы здравоохранения необходимо создать

информационную базу, которая включала бы показатели психического здоровья, эффективности профилактики, лечения, реабилитации пропаганды, ресурсов и структур, что позволит проводить анализ и мониторинг эпидемиологических данных и масштаба проблем в обществе в целом, что также предполагает интеграцию межведомственных баз данных.

Для пропаганды психического здоровья, повышения информированности общества, формирования позитивного отношения к лицам с психическими и поведенческими расстройствами будут использоваться различные формы массовой информации.

Будут реализованы информационные компании, акции, проекты в области прав больных, просвещения по вопросам здоровья и социальных отношений.

Также будут приняты меры по контролю и предотвращению использования образов, сюжетов в средствах массовой информации, имеющих негативные последствия для лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами.

5.5. Механизм реализации Программы

Выполнение Программы будет осуществляться посредством Плана мероприятий по ее реализации, утвержденного в виде раздела данной Программы.

Комплексность мероприятий позволит максимально координировать деятельность центральных и местных исполнительных органов, неправительственных общественных организаций по обеспечению целенаправленных и согласованных действий в деле обеспечения психического здоровья населения.

6. Необходимые ресурсы и источники финансирования

На реализацию Программы будут использованы средства республиканского и местных бюджетов, гранты международных организаций, иностранные и отечественные инвестиции.

Конкретные объемы финансирования на последующие годы будут определяться при формировании государственного бюджета из финансовых возможностей и с учетом мероприятий государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы.

7. Ожидаемые результаты от реализации Программы

Реализация Программы должна способствовать укреплению психического здоровья населения, созданию эффективной, скоординированной системы противодействия распространению психических и поведенческих расстройств, вследствие и будут снижены явления стигматизации и дискриминации больных в обществе.

Также, в результате реализации Программы будет обеспечена доступность медицинских и социальных услуг, в том числе в области образования, жилищного обеспечения, труда и занятости.

Снизится заболеваемость и болезненность психическими и поведенческими расстройствами.

Снизится инвалидность, уровень суицидов, несчастных случаев, отравлений, травм.

Увеличится продолжительность жизни.

Будет создана эффективная, скоординированная система противодействия распространению наркозависимости в Республике Казахстан.

8. План мероприятий по реализации Программы

№/п	Мероприятия	Форма завершения	Ответственные за исполнение	Срок исполнения	Предполагаемые расходы (млн. тенге)

P.S. План мероприятий будет представлен при одобрении проектного документа в целом.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПСИХИАТРУ

Е.В.Терещенко

г. Тверь

Во врачебной среде не принято говорить о проблемах здоровья, но именно здесь риск его потерять оказывается намного выше, чем у представителей других профессий. Большинство психиатров – это «сапожник без сапог». Так, врач «не может себе позволить обратиться за помощью к коллегам», это выше его сил. Считается, что у психиатра не может быть психологических проблем.

На данном этапе нет такого социального института, который специально оказывал бы психологическую помощь людям помогающих профессий, перегруженным чужими заботами, перезаряженным своими чувствами, иногда теряющим чувство уверенности, смысла. Помощь оказывается больным, а про личность психиатра забывается. Психиатры настолько много занимаются другими людьми, что на себя они обращают очень мало внимания, иногда и просто не умеют этого делать. Эта профессия связана со многими факторами риска и может вредить здоровью специалистов. «Ведь главное отличие хорошего врача от пациента совсем не в том, что у него не бывает проблем, а в том, что он умеет выздоравливать и чаще это делает». Проблемы, стрессы врачей в каждом конкретном случае требуют высококвалифицированного, индивидуального подхода, длительной работы.

Главным инструментом психиатра является его собственная личность. Психиатр тоже человек, и он также нуждается в проработке собственных проблем (семейных, личностных, профессиональных и т.д.). Это не «сверхчеловек». Нужны специалисты, занимающиеся проблемами «личной экологии» врача, необходима забота о его личности. Этим должна заниматься профилактическая медицина,

профессиональные психологи. Также как и с обычным пациентом, психолог должен строить свою работу и с врачом, который обратился за помощью: диагностика, консультирование, психокоррекция и психотерапия, реабилитационная и профилактическая работа. Работа должна развиваться по таким направлениям: стимулирование индивидуальных возможностей, раскрытие внутренних ресурсов и потенциалов, оптимизирование самооценки, нахождение грани между «профессиональным» и «личностным»; а также работа с профессиональными возможностями, с эмоционально-мотивационной сферой. Необходимо проводить группы профессионального и личностного роста, дискуссии, ролевые игры, моделирующие профессиональные ситуации.

Свыше 70% населения России живет в состоянии заболевания психо-эмоционального и социального стресса, вызывающего рост депрессии, неврозов, психосоматических расстройств. Это также касается и врачей.

Здоровье врача – основная ценность человеческого общества, так как именно врачи определяют благополучие страны, экономическое и духовное развитие, уровень жизни, культуры, науки. Здоровье – «это не только отсутствие болезней и физических дефектов, а состояние полного физического, духовного и социального благополучия». Здоровье – фундаментальная способность человека к активному улучшению собственных свойств через улучшение свойств окружающей среды, к процессу, который, являясь сутью устойчивого, гармонического развития, обеспечивает высокое качество жизни (по Зиньковскому А.К.).

Выделяют соматическое, психическое и психологическое здоровье. Психологическое здоровье – это способность критического осмысления и генерирования информации, необходимая для осуществления своего пути в микро- и макросреде. Психическое здоровье – это динамические процессы психической деятельности, которому свойственна детерминированность психических явлений, гармоничная взаимосвязь между отражением обстоятельств действительности и отношением индивидуума к ней, адекватность реакций на окружающие социальные, биологические, психические и физические условия, благодаря способности человека самоконтролировать поведение, планировать и осуществлять свой жизненный путь в микро- и макросоциальной среде (Б.Д.Петраков). Психическое здоровье не только медицинское понятие, но и особая общественная категория, обладающая особой социальной ценностью. Носителем психического здоровья является индивид, который постоянно адаптируется к условиям социальной среды. Качество психического здоровья зависит от уровня и объема психической адаптации к экологическим, идеологическим, техническим и социальным условиям существующих систем общественного бытия. Существует качественно-количественная взаимосвязь между соматическим, психическим и психологическим здоровьем человека.

Здоровье врача прямопропорционально здоровью населения. Поэтому, в первую очередь необходимо консультировать врачей. Чтобы знать, как помогать другому, нужно самому себе научиться оказывать помощь.

Здоровье врача непосредственно зависит от качества его жизни. Качество жизни – это совокупность жизненных ценностей, характеризующих созидательную деятельность, удовлетворение потребностей и развития человека, удовлетворенность людей жизнью, социальными отношениями и окружающей средой. Оно включает совокупность показателей и факторов, обеспечивающих возможность для человека ценить свою жизнь. Потребности и интересы людей всегда индивидуальны и отражаются в субъективных ощущениях индивидов, их личных мнениях и оценках. Отсюда – необходимость учета специфики переживаний каждым отдельным человеком степени удовлетворенности процессом и результатом его жизни (М.В.Федоров).

Модель качества жизни характеризуется тремя основными группами показателей: удовлетворение потребностей и развития человека (материальные, духовные, биоэкологические и социальные критерии); условия жизни (труд, быт, отдых как виды деятельности человека); виды человеческой деятельности. Основными показателями качества жизни являются показатели жизнедеятельности человека (его физического и психического благополучия).

Необходимо изучение жизненного потенциала врача и его составляющих, так как это понятие является крайне важным для человека. По Г.М.Зарковскому жизненный потенциал – интегральное свойство индивида, лежащее в основе его способности к продуктивной жизнедеятельности, то есть к такой жизнедеятельности, которая обеспечивает сохранение жизни и повышение ее качества в расширяющихся границах внутренних и внешних условий. Жизненный потенциал складывается из базового и духовно-деятельностного потенциала. Первый включает в себя анатомо-физиологический статус и здоровье, второй – психофизиологический (включает в себя личностную, интеллектуальную и адаптивно-ресурсную составляющие) и культурный (социальная, религиозная, корпоративно-профессиональная составляющие) потенциалы.

Трудовая деятельность человека выступает в двоякой форме: труд, как необходимость, который обременяет человека; труд, как потребность, как желаемый вид деятельности, особенно если это труд интеллектуальный, творческий. Слишком низкий уровень эмоциональной включенности, когда субъективно задача воспринимается как неинтересная, существенно понижает возможность ее оригинального решения. Поэтому задачи, оцениваемые субъективно как интересные, значимые, обычно решаются быстрее, и для них предполагается большее разнообразие подходов. Чтобы работа была продуктивной, необходимо развивать способность к понимающему человеческому контакту, где сохраняются взаимное уважение и терпимость к непохожести. Важно развивать способность к сотрудничеству, быть диалогичным. Это касается отношений как с пациентами, так и с коллегами. Важно также организовывать свою работу так, чтобы она не сводилась к «деланию». Иначе работа превращается в ремесленничество, а врач – в воспроизводящего приемы робота. Вот крайность, которая распространена в последнее время – упрощенчество и примитивизация проблемы клиента. Нужно оставаться живым, чувствующим, страдающим человеком, стремиться быть целостным, открытым. Быть врачом и не развиваться невозможно.

На наш взгляд проблема эмоционального выгорания занимает одно из первых мест в перечне отрицательных факторов в деятельности врачей. Она достаточно актуальна для врачей-психиатров. Врачи являются группой риска по подверженности профессиональному эмоциональному выгоранию. Однако не существует фатальной предрасположенности эмоционального выгорания для каждого из работающих в медицине. Только от волеизъявления индивида зависит степень его сопротивляемости воздействию со стороны объективных и субъективных факторов, которыми наполнена его деятельность.

Важнейшими стрессорами для врача являются большой объем работы, постоянное увеличение

новой информацией, повышенные требования пациентов. Но самое главное то, что все свое рабочее время врачи занимаются решением проблем других людей, а о своих «забывают». Постоянное столкновение со страданиями людей вынуждает сдерживать и контролировать отрицательные эмоции. У психиатров чаще всех наблюдается неудовлетворенность от работы и, следовательно, наивысший показатель эмоционального выгорания, так как они не видят «конечного результата своей деятельности», положительных результатов лечения, эмоциональной отдачи, несмотря на значительные личные и профессиональные затраты. Ведь многие психические заболевания неизлечимы, и многие больные с незавидной периодичностью попадают в психиатрическую больницу (Буянов М.И.). Психиатры взаимодействуют с трудным контингентом, в условиях неблагоприятного психологического климата, и иногда выполняемая деятельность приносит разочарования. От профессионала требуется огромное количество личностных ресурсов. Такая работа требует больших эмоциональных затрат, при этом эмоциональные ресурсы могут истощиться, и тогда организм и психика вырабатывают различные механизмы защиты. «Синдром эмоционального выгорания» – один из таких механизмов. По В.В.Бойко эмоциональное выгорание – это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия.

Вот факторы, провоцирующие «эмоциональное выгорание»: 1) внешние (объективные) – хронически напряженная эмоциональная деятельность, дестабилизирующая организация деятельности, повышенная ответственность за исполняемые функции, неблагоприятная психологическая атмосфера профессиональной деятельности, психологически трудный контингент; 2) внутренние (субъективные) – склонность к эмоциональной ригидности, интенсивная интериоризация обстоятельств профессиональной деятельности, слабая мотивация эмоциональной отдачи, нравственные дефекты и дезориентация личности.

Профессиональное выгорание рассматривается как проявление следующих симптомов: усталость, психосоматические недомогания, чувство эмоционального истощения, тревога, депрессия, негативное отношение к труду и к окружающим, раздражительность, агрессивные чувства, напряженность, снижение настроения, пессимизм, чувство безнадежности, утрата интереса к работе и личной жизни, скудность репертуара профессиональных действий.

Выделяют следующие фазы: «напряжение» (симптомы: переживание психотравмирующих обстоятельств, неудовлетворенность собой, загнанность в клетку, тревога и депрессия), «резистенция»

(симптомы: неадекватное избирательное эмоциональное реагирование, эмоционально-нравственная дезориентация, расширение сферы экономии эмоций, редукция профессиональных обязанностей), «истощение» (эмоциональный дефицит, эмоциональная отстраненность, личностная отстраненность, психосоматические и психовегетативные нарушения).

Эмоциональному выгоранию более подвержены те люди, которые вынуждены интенсивно взаимодействовать с большим количеством людей (при этом, что эти люди ведут себя в соответствии со своим настроением и состоянием, могут раздражаться, капризничать, впадать в апатию). Психиатры как раз попадают в эту категорию. И они, как профессионалы, должны держать себя «на контроле»: уметь не выражать эмоциональных реакций на поведение пациентов и быть спокойными, уравновешенными, разумными. Также синдром «выгорания» возникает в напряженных условиях работы: ограничения во времени, связанное с большим количеством пациентов, сопутствующие сложные задачи, высокая ответственность; отсутствие отдыха. При этом возникает снижение интереса к работе, снижение самооценки, возрастание критичности к окружающим и раздражение, равнодушие и безразличие, усталость от общения, исчезновение эмоциональных характеристик в общении, ухудшение здоровья.

Если стресс, возникающий в работе с пациентами, не прорабатывается психологически или физически, то он проявляется в тех или иных заболеваниях, снижается успешность работы и качество жизни. Т.е. если человек исчерпал свой психоэнергетический потенциал при воздействии эмоционально-отрицательных условий, то ему необходима срочная помощь.

Стрессовые состояния сопровождают деятельность врача-психиатра из-за высокой психической нагрузки. Для врача важно не только уметь определять первые симптомы проявления эмоционального выгорания, но и уметь контролировать свое внутреннее состояние. Эти знания и умения, необходимые для защиты организма от негативных состояний, называются «личной экологией» человека.

В зависимости от индивидуальных особенностей человек по-разному реагирует на возникшие трудности. Если человек креативен, то он успешен и в жизни, и в работе: в сложной ситуации он сможет найти оптимальный выход из сложившейся ситуации или же вообще не допустить ее, сможет регулировать и контролировать свое состояние в стрессовых ситуациях, владеть собой, затормозить свои внутренние «взрывы» и сохранить самообладание, найдет свои индивидуальные креативные способы защиты от разрушающего стресса, быстро восстановит внутренний психологический комфорт, улучшит эмоциональный настрой, сумеет

вовремя отдыхать, восстанавливать свои силы как бы «между делом». Творчество (нахождение оригинальных и свежих идей, разрешение тупиковых проблем) не дает человеку эмоционально выгореть, снабжает положительными эмоциями.

Креативность – общая способность к творчеству, характеризует личность в целом, проявляется в различных сферах активности, рассматривается как относительно независимый фактор одаренности. Креатив – творческий человек, склонный к нестандартным способам решения задач, способный к оригинальным и нестандартным действиям, открытию нового, созданию уникальных продуктов. Креативность включает мотивационную направленность человека, ориентацию на приобретение новых знаний, готовность к реализации изобретательских потенций (Дружинин В.Н.).

Особо следует подчеркнуть, что причинами возникновения эмоционального выгорания считаются отсутствие творческого момента в деятельности, стереотипность действий. И наоборот, профессиональной успешности способствуют творческий подход к решению проблем, высокий уровень интеллектуальной активности, эмоциональная уравновешенность, умение прогнозировать.

Творческая работа тесно связана с самоактуализацией личности, со способностью справиться с неблагоприятными факторами, в частности не допустить эмоциональное выгорание, с умением справляться с возникшими трудностями и добиваться положительных результатов, с активностью индивидуума. Творческая деятельность – это продуктивная деятельность человека, в результате которой стимулируется развитие личности, а продуктом этой деятельности являются новые и эффективные способы борьбы с неблагоприятными эмоциональными состояниями.

Мы провели исследование врачей-психиатров г. Твери и Тверской области в возрасте 25-60 лет в количестве 100 человек. Целью нашей работы явилось изучение взаимосвязи стажа работы испытуемых, показателей уровня эмоционального выгорания и креативности. Мы разделили испытуемых на три группы: первая группа - стаж работы в психиатрической больнице менее 5 лет; вторая группа - стаж работы 5-15 лет; третья группа – стаж работы более 15 лет. Нами были использованы следующие методики: 1) Опросник для выявления степени «эмоционального выгорания» В.В.Бойко; 2) Тест невербальной креативности Торренса; 3) Тест вербальной креативности С.Медника.

По результатам исследования можно сделать следующие выводы:

1. Наиболее благополучными в плане отсутствия эмоционального выгорания являются врачи-психиатры второй группы. Это уровень суперпрофессионализма, когда специалист осуществляет профессиональную деятельность в ее высоких достижениях;

здесь происходит творческое обогащение профессии личным вкладом профессионала. Они характеризуются достаточно высокой работоспособностью и выносливостью; способностью разбираться в людях; наличием собственных методов и приемов, индивидуального стиля в работе; потенциалом на повышение квалификации, дальнейшее профессиональное обучение. Врачи этого периода уже обладают профессиональным и социальным статусом, именем, положением, профессиональным мастерством. У них присутствует адекватная самооценка, способность рассматривать жизненные и профессиональные ситуации с разных сторон, развернутый жизненный опыт: знание самого себя, своих «сильных» и «слабых» качеств, способность опираться на «сильные стороны» своего интеллекта и характера и компенсировать или контролировать «слабые».

2. При рассмотрении влияния стажа на проявление фаз эмоционального выгорания можно проследить следующее: в фазе «напряжения», «резистенции» и «истощения» все показатели симптомов в большей степени проявляются у респондентов третьей группы, средние - у респондентов первой группы, и низкие у представителей второй группы. По этим данным можно заключить, что врачи-психиатры со стажем работы 5-15 лет более толерантны к эмоциональному выгоранию.

3. Дезорганизуемыми симптомами эмоционального выгорания являются следующие:

а) первая группа: «неудовлетворенность собой», «тревога и депрессия»; «эмоционально-нравственная дезориентация». Причиной этого может быть то, что этот период представляет собой уровень допрофессионализма и начального профессионализма, когда происходит профессиональное становление специалиста, наблюдается выраженный прагматизм, не всегда оправданная амбициозность, резкость в общении, эмоциональное напряжение, связанное с адаптацией к деятельности и отсутствием развернутого жизненного и широкого профессионального опыта; отсутствие качеств профессионала. Но также молодые специалисты характеризуются высокой профессиональной эффективностью: стремлением к усвоению новой информации, формированием собственного индивидуального стиля работы, высокой активностью. Эти характеристики способствуют высокой профессиональной эффективности.

б) третья группа: «тревога и депрессия», «расширение сферы экономики эмоций», «редукция профессиональных обязанностей», «эмоциональная отстраненность», «психосоматические и психовегетативные нарушения». Мы можем предположить, что представителей этой группы можно охарактеризовать неоднозначно, т.е. успешность человека в данной возрастной группе зависит от того, как он организует свою жизнь (следит ли за своим

здоровьем, выбирает для себя ценности и круг интересов, с удовольствием занимается любимым делом, занимает активную позицию, имеет планы на будущее или ничего этого нет и человек «просто работает»). Если работник сформировал способы управления собой и собственной жизнью, то он способен проявить в работе такие «сильные» качества, как гибкость, толерантность, дипломатичность, осторожность по отношению к риску, способность к прогнозированию последствий решений, избегание конфликтов в личной и деловой сферах, стремление к передаче личного и профессионального опыта молодым. Если же работник испытывает отрицательное воздействие своего возраста, то он склонен к обидам, пессимизму, разочарованиям; проявляет повышенную раздражительность, высокую критичность, стремление эмоционально и коммуникативно дистанцироваться от молодых работников и даже вступить с ними в конфликт; у них наблюдается пониженный уровень настроения, подавленность, склонность к депрессиям и постоянным мыслям об уходе; страх перед увольнением и невостребованностью, неумение организовать себе интересную жизнь.

4. Мы выявили процентное количество респондентов для каждой сформировавшейся фазы эмоционального выгорания:

- первая группа: в фазе «напряжения» находится 20%, «резистенции» - 18%, «истощения» - 0%, эмоциональное выгорание не выявлено – 62%.

- вторая группа: в фазе «напряжения» - 15%, «резистенции» - 10%, «истощения» - 0%, эмоциональное выгорание не выявлено – 71%.

- третья группа: в фазе «напряжения» - 25%, «резистенции» - 44%, «истощения» - 19%, эмоциональное выгорание не выявлено – 12%.

Следовательно, среди врачей-психиатров со стажем работы 5-15 лет признаки эмоционального выгорания встречаются значительно реже, чем у представителей других групп. Эти данные свидетельствуют о негативном воздействии длительной работы в психиатрии, при которой происходит эмоциональное выгорание у сотрудников.

5. По исследованию показателей креативности мы выявили для каждой группы следующее:

- а) первая группа: средний показатель индекса оригинальности невербальной креативности – 0.63; индекса оригинальности вербальной креативности – 0.48;

- б) вторая группа: средний показатель индекса оригинальности невербальной креативности – 0.75; индекса оригинальности вербальной креативности – 0.59;

- в) третья группа: средний показатель индекса оригинальности невербальной креативности – 0.51; индекса оригинальности вербальной креативности – 0.31;

Следовательно, наиболее благоприятный возраст для творческих достижений – это средний

возраст. В пользу этих данных может свидетельствовать то, что в этом возрасте адаптация к профессиональной деятельности уже завершена, врач желает быть уникальной, ни на кого не похожей личностью, еще не ограничивается в своей деятельности шаблонами, в мыслительной деятельности отсутствуют выраженные стереотипы. По А. Маслоу, самым благоприятным жизненным периодом для самоактуализации является возраст 30-40 лет.

У врачей-психиатров, проработавших более 15 лет, происходит спад творческой активности, возникает ориентация на шаблонность и стереотипность своей деятельности, которая вроде бы избавляет их от многих производственных неприятностей, но является на самом деле тормозом для наиболее полной их самоактуализации, для гармоничного и свободного развития их творческих возможностей. Систематические знания и навыки, богатый опыт решения типовых задач, имеющийся у человека, мешают, а не помогают в поиске решения, так как не дают возможности взглянуть на проблему свежим, непредвзятым взглядом. Творческому мышлению мешает не прошлый опыт как таковой, а ограниченное число выдвигаемых стратегий решения, фиксация на неперспективных стратегиях, жесткость стереотипов, зажатость в оковах привычных схем и способов мышления, неспособность или нежелание выйти за их пределы.

6. Исследование выявило положительную связь между уровнем креативности (включая стратегии сопротивления выгоранию) и степенью эмоционального выгорания. Так, высокий уровень эмоционального выгорания тесно связан с низкими показателями по индексам креативности, с пассивными тактиками сопротивления стрессу, и наоборот, врачи активно и креативно противодействующие стрессу, имеют низкий уровень эмоционального выгорания.

- а) У врачей, проработавших в психиатрии менее 5 лет (возрастная группа: 25-30 лет), выраженное эмоциональное выгорание не диагностировалось; но проявлялись несамостоятельность в деятельности, шаблонность действий. Так как наша система образования порождает конформистов и вдалбливает в головы стереотипы, формируя людей с «законченным» во всех смыслах образованием, то студенты лишь осваивают новые методы и приобретают знания по психиатрии, вместо того, чтобы воспитывать оригинальных мыслителей. Человек не должен бояться выходить за пределы своей области деятельности, ему следует умножать свой жизненный опыт в разных сферах жизни, впитывать разнообразные впечатления, искать новые формы отношений с миром и поведения в нем. Сегодня остро стоит проблема, которую можно сформулировать в терминах оскуднения творческого начала, нужды в интеллектуально инициативных личностях, способным к творческим преобразованиям.

Наше общество остро нуждается в творческих идеях, смелых проектах и новых представлениях о жизни. Мы повсюду наталкиваемся на стереотипы: в мышлении, поведении, общественной жизни – и не умеем их преодолевать.

б) Респондентам со стажем работы 5-15 лет присущие следующие черты личности: активное стремление к успеху, преодоление препятствий в профессиональной деятельности, самостоятельность в принятии решений, настойчивость, целенаправленность, креативный подход в решении сложных ситуаций, ответственность за принятые решения, контроль над эмоциями, способность выдерживать длительное эмоциональное напряжение.

в) С возрастом отмечается пассивное выполнение профессиональных задач, отсутствие инициативы, самостоятельности, творческого подхода к делу; действия стандартизируются, работа протекает по шаблону, самооценка личности и служебных перспектив снижается, нарастает внутреннее напряжение, связанное с ожиданием возможных неприятностей (сокращения), уход от ситуаций, требующих ответственного решения, страх сделать ошибку, стремление избегать сложных ситуаций и отрицательной оценки своих действий, эмоциональная неустойчивость, психологическая зависимость от возможных внешних оценок, избегание реальных или предполагаемых неприятностей.

В зрелости человек не находит нового поприща для приложения сил, у него может наблюдаться постепенно сужение круга интересов, приводящее к сосредоточению на своем внутреннем мире и снижению способности к общению. Это, в свою очередь, способствует или даже провоцирует эмоциональный срыв. В подобных неблагоприятных обстоятельствах могут подчеркиваться и обостряться неприятные черты характера – консерватизм, переоценка прошлого, стремление поучать, ворчливость, эгоцентризм, недоверчивость и обидчивость. В глазах большинства людей разумно то, с чем согласно большинство; считается, что если все думают так же, как ты, то это гарантия того, что ты не потерял рассудок. Учитывая вероятность такой возрастной психологической деформации, человек должен осознанно направить усилия на поддержание в себе духовной гибкости и помогать себе преодолевать возрастную тенденцию к ригидности во взглядах и неспособности менять установки, держать свой ум открытым для новых идей. С годами сужение временной перспективы оборачивается не только апатией, но и боязнью новых начинаний. Личный жизненный опыт специалиста, составляющий его профессиональное богатство и опору, становится барьером для восприятия нового. Отсутствие ясной цели в жизни действует угнетающе. С годами растет тревожность, падает готовность к риску, что усугубляется уменьшением социальных контактов. Вместе с тем уровень притязаний растет.

Все это приводит к глубинным конфликтам, которые меняют характер реакции на фрустрацию, – она приобретает форму внешних обвинений, определяя возрастную нетерпимость. Иногда «зрелые» специалисты даже гордятся тем, что они «реально мыслящие люди», преследующие в жизненной перспективе практические цели. Однако в действительности именно они оказываются менее продуктивны, чем «мечтатели». В любом возрасте для сохранения творческого потенциала необходим определенный «романтизм, полет воображения, мечтательный склад ума».

Формирование и развитие творческой личности предполагает расшатывание стереотипов, разрушение штампов и преодоление барьеров логического мышления. Творчество плохо совмещается с излишней приспособленностью, так как требует не только существенного расширения набора стереотипов, но и преодоления старых и выработки новых. Для того чтобы процесс творческого мышления был запущен, человеку необходим импульс.

Эмоциональное выгорание – результат несоответствия между личностью и работой (отсутствие интереса, творческого подхода). Эмоциональное выгорание представляет собой приобретенный стереотип эмоционального поведения, чаще всего профессионального поведения, стереотип эмоционального восприятия действительности.

Полученные в исследовании данные не дают права пассивно их констатировать. Необходимо принимать меры по предотвращению творческого спада. В связи с этим, целесообразно проведение тренингов по развитию и поддержанию креативности: специально для молодых специалистов и для специалистов с опытом работы. При этом необходимо учитывать особенности возраста.

Руководители должны заботиться не только о профессиональной эффективности своих сотрудников, но и об их здоровье. По прошествии определенного времени наступает этап эмоционального спада: психологическая усталость, раздражительность, эмоциональное напряжение, эмоциональная подавленность, эмоциональная неуравновешенность. Так как врачи настолько перегружены лечением пациентов, что на профилактическую работу с самим собой не остается времени и сил, или же им трудно признать, что они сами находятся в состоянии стресса. Психологическую помощь нужно начинать оказывать уже в период обучения профессии, а также обучать будущих специалистов приемам самопомощи.

Оздоровлением персонала и профилактикой психического здоровья должны заниматься психологи для работников медицинских учреждений. Но на сегодняшний день психологи, работающие в больницах, занимаются лишь пациентами. Опрос, проведенный с врачами-психиатрами, выявил следующее: 70% респондентов нуждаются в работе с

психологом, 20% - относятся нейтрально, и только 10% высказались, что не нуждаются в помощи психолога. Из этого можно сделать вывод, что эмоциональные проблемы беспокоят многих врачей, и необходимо срочно применять психологические меры, к примеру, создание психологической службы (в виде кабинетов психоэмоциональной разгрузки, кабинетов психологической подготовки), нацеленной на: 1) поддержание психического здоровья, психологическую поддержку персонала, оценку состояний работников, повышение психоэмоциональной устойчивости, проведение психотерапевтических сеансов, занятий по аутотренингу, сеансов релаксации и психологической разгрузки, психотехнических и антистрессовых упражнений; 2) обучение психологическим методам саморегуляции, способам конструктивного решения проблем, приемам и методам самодиагностики, самокоррекции и самопрофилактики профессионального выгорания, техникам самопрограммирования, методам быстрого восстановления внутреннего психического комфорта; 3) проведение тренингов (тренинги развития мотивации, креативности, адаптации, межличностного и профессионального общения и т.д.)

(Самоукина Н.). Необходимо организовывать циклы лекций и семинаров по психологии, проведение психологической экспертизы условий деятельности, условий труда, психологического климата коллектива. Психологические мероприятия приведены по степени значимости (в порядке убывания) по опросам персонала. При необходимости психологической работы с конкретным работником необходимо учитывать его возраст, уровень профессионального развития данного работника, особенности личности.

Данное исследование свидетельствует о серьезности проблемы психологического здоровья врачей, в частности эмоционального выгорания, которое выражается в отсутствие интереса к работе, уменьшении инициативы, ощущении отсутствия личных перспектив и личных достижений и т.п. Только уверенный и спокойный врач может быть идеальным помощником для больных людей. Поэтому негативные последствия эмоционального выгорания обуславливают необходимость его предупреждения. Мы надеемся, что полученные результаты будут использованы при проведении психологической работы с врачами-психиатрами.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОТВАРА ИЗ КОРНЯ И КОРНЕВИЩ ЛЕВЗЕИ САФЛОРОВИДНОЙ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ АЛКОГОЛЬНОГО АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА

В.С.Арыстанова, А.Н.Ибатов

г. Актобе

Известно, что для купирования алкогольного абстинентного синдрома предлагались черный кофе с лимоном, огуречный рассол, фрукты, малина обыкновенная, отвар из ромашки, чабреца, шиповника, пижмы, зверобоя, мед и яблочный уксус, фруктовые соки, овощные отвары, а испанский психиатр Л.Парет для этого назначал больным цветочную пыльцу. При этом все авторы указывают на то, что выведение больных из абстиненции происходило в более сжатые сроки, они легче переносили тягостные для них явления лишения алкоголя, у них улучшалось психическое и физическое состояние; положительный эффект указанных лекарственных форм из трав, по мнению авторов, зависит от концентрации содержащейся в данном растении химической субстанции – витаминов, ионов и др., которые обладают двояким действием: с одной стороны они являются витаминами, необходимыми для организма, с другой – фармакологическими средствами, улучшающими окислительно-восстановительные процессы в организме, обуславливают снижение возбудимости центральной нервной системы, улучшение настроения и общего самочувствия, снятие тревоги, физической и умственной усталости, ведет к успокоению больных.

Для купирования алкогольного абстинентного синдрома 23 больным алкоголизмом (мужчины в возрасте от 32 до 47 лет с длительностью заболевания от 7 до 15 лет) в амбулаторных условиях был применен отвар из корня и корневищ левзеи сафлоровидной (Столовую ложку измельченных частей растения заливают стаканом кипятка, кипятят в эмалированной посуде полчаса на водяной бане, охлаждают 10 минут, процеживают, остаток отжимают. В полученный отвар добавляют теплой кипяченой воды, доведя до 200 мл. Отвар назначают больным по полстакана в горячем виде через каждые 4-5 часов 3-4 раза в день.). Одновременно пациенты получали следующие средства растительного происхождения: смесь из тертой моркови, меда и чеснока (одна столовая ложка тертой моркови, половина зубчика чеснока средней величины, одна чайная ложка меда) – принимать по одному разу в день в течение месяца (можно повторять через 3-5 месяцев в период ремиссии).

До начала лечения структура алкогольного абстинентного синдрома характеризовалась типичными сомато-вегетативными и психологическими расстройствами: тяжестью в голове, потливостью, анорексией, дрожанием, неприятным вкусом во рту,

тошнотой, жадой, повышением или понижением артериального давления, сердцебиением, подавленным настроением, с чувством безысходности и отсутствием перспектив в жизни, угрюмостью, мрачностью, иногда с идеями виновности или раздражения и неприязнью к окружающим, тревогой, «тревожно-параноидной» установкой, патологическим влечением к алкоголю, нарушением сна.

Через 0,5-1 час от начала лечения у больных отмечалось улучшение настроения, ощущение «прояснения в голове», расслабленности, исчезновения тахикардии, тошноты, жажды и других проявлений абстиненции. К вечеру нормализовались сон, аппетит, редуцировалось болезненное влечение к алкоголю. В дальнейшем у пациентов постепенно снижалась аффективная насыщенность депрессивных переживаний, уменьшалась тревожно-аффективная неустойчивость, ипохондричность, происходила нормализация «эмоционального барьера» и они сообщали как «становятся другими людьми». Полное купирование алкогольной абстиненции наступило через 2-3 дня.

На фоне лечения отваром больным проводили курс индивидуальной рациональной психотерапии, который состоял из двух-трех бесед продолжительностью в 1-1,5 часа, во время которой обсуждались личные проблемы, возникшие у больного в результате злоупотребления алкоголем, и намечались пути их решения; предпринимались попытки коррекции анозогнозии, выработки более критического отношения к алкоголизму.

Во время бесед особо подчеркивалось, что биогенетически сложившийся комплекс в растениях, в том числе и у левзеи сафлоровидной (провитамин, микроэлементы и др.), имеет большое сходство с человеческим организмом, легче ассимилируется, не дает побочных эффектов и способствует нормализации витаминного баланса, восстановлению энергетических резервов, окислительных функций нервной ткани, смягчению нейротоксического воздействия алкоголя. В то же время больным сообщалось, что лечение отваром из травы левзеи сафлоровидной лишь создает условия для воздержания от алкоголя, реализация же этих условий зависит от настойчивости и последовательности выполнения намеченных мероприятий, от постоянного и тесного контакта с лечащим врачом.

Простота предложенного сочетанного варианта фитопсихотерапии, положительный эффект от

лечения, отсутствие побочных действий позволяет рекомендовать его в сочетании с другими методами

терапии для купирования алкогольного абстинентного синдрома в амбулаторных условиях.

Литература:

1. Гартман Нет больше пьянства / Общепризнанный лечебник для всего света и от всех видов пьянства и запоя. – М., 1869
2. Ибатов А.Н. // Ж-л «Вопросы наркологии». - № 3-4. - М., 1992. - С 61-62
3. Ибатов А.Н. // Ж-л «Гомеопатия и фитотерапия». - № 1. - СПб., 1994. – С. 52-54
4. Кудьярова Г.М., Ибатов А.Н. Трагедия алкоголизма и спасение страждущих лекарственными травами. - Алматы, 1998, 86 с.
5. Пишук Н.Г., Буряк Н.В., Рыбак П.И. Неотложная наркология // Тезисы докладов областной научно-практической конференции. - Харьков, 1987. – С. 208-209
6. Rueff B. Concours Med., 1988. – 110. - № 38. - P. 3487-3499

ОПЫТ СОЧЕТАННОЙ ФИТО- И ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

В.С.Арыстанова, А.Н.Ибатов

г. Актобе

Патология внутренних органов, сопутствующая больным хроническим алкоголизмом, нередко является противопоказанием для проведения активных методов противоалкогольной терапии (сенситизирующая терапия тетурамом, метронидазолом, условнорефлекторная терапия апоморфином, отваром баранца и др.), что вынуждает продолжать поиск новых средств как медикаментозной, так и немедикаментозной терапии.

В литературе последних лет [8, 11] появился ряд сообщений о том, что терапия больных хроническим алкоголизмом с сопутствующими соматическими заболеваниями фитотерапевтическими средствами конкурируют с традиционными методами лечения, причем популярность фитотерапии среди больных алкоголизмом неуклонно растет. При этом больные отмечают улучшение не только психического состояния (настроения, памяти и т.д.), но и сна, аппетита, общего соматического самочувствия [9]. Эффективность траволечения больных с наркологическими заболеваниями сравнивается с ультрасовременными методами терапии, такими, как парентеральное введение эндогенных опиатных пептидов; при этом результативность фитотерапии по данным некоторых авторов достигает 68% [10].

В литературе имеются данные об эффективности лекарственных форм овса при лечении пристрастия к морфию и против курения. В этих случаях использовались преимущественно свежие зеленые стебли без корней, которые собирали во время цветения овса, и из них готовили настои. В зернах овса содержится множество свободных аминокислот, витамины группы В, флавоноиды, фитиновые кислоты, магний, которые нормализуют окислительные

функции нервной ткани, оказывают седативный эффект и могут служить материалом для восстановления структуры и функции плазматических мембран, значительно пораженные при наркологических заболеваниях [11].

В терапевтической клинике нашли применение препараты овса, например, овсяной напиток, который обнаружил седативный эффект и отсутствие токсического воздействия на печень и другие паренхиматозные органы, а также на систему крови. Для приготовления овсяного напитка по В.Петрову стакан овса или овсяных хлопьев заливается 5 стаканами воды, варится, пока не испариться ½ количества воды до густого жидкого киселя; процеживается и к отвару добавляется равное количество молока – около 2 стаканов и 3-6 чайных ложек меда. Полученный приятный на вкус и калорийный напиток принимается в теплом виде по полстакана 4-6 раз в день.

Изложенное послужило основанием для включения настоя из травы майорана садового в комплексную терапевтическую схему амбулаторного купирования патологического влечения к алкоголю: 4 чайные ложки измельченного сырья залить стаканом кипятка горячей воды, выдержать 15 мин. и процедить. Принимать по ½ стакана два раза в день (по В.Я.Гиндикину). Продолжительность лекарственных форм из майорана садового для лечения алкоголизма в отечественной литературе не нашли.

Лечение проведено у 47 больных алкоголизмом II стадии в возрасте от 33 до 42 лет с длительностью заболевания от 9 до 13 лет, страдавших хроническими заболеваниями внутренних органов (у 7-х гипертоническая болезнь, у 4-х язвенная болезнь

желудка, у 11-ти гепатиты и гепатохолециститы, у 13-ти общий и церебральный атеросклероз с кардио- и коронаросклерозом и явлениями коронарной недостаточности, у 12-ти миокардиодистрофия). К моменту обследования толерантность к алкоголю составляла от 0,7 до 1 л. водки. Среди обследованных преобладало запойное пьянство [63,8%]. Во всех случаях выявлялась алкогольная деградация личности различной степени выраженности. У 17-ти пациентов преобладал астенический тип личности, и у 11-ти психастенический тип соответственно.

Одновременно с приемом препарата проводилась рациональная психотерапия. Больным разъяснялся механизм заболевания алкоголизмом, вредные последствия злоупотребления спиртными напитками для здоровья и социального положения, намечались пути лечебного воздействия; им указывалось, что напиток снимает и корригирует невротические расстройства, что при этом исчезает или, по крайней мере, в значительной степени ослабляется влечение к алкоголю. Обращалось внимание на то, что исчезновение болезненного влечения к спиртным напиткам не носит окончательного характера, и что оно возобновляется с прежней силой в случае приема алкоголя даже в небольших количествах. В связи с этим подчеркивалась необходимость полного постоянного воздержания от алкогольных напитков, а также на то, что подобная задача может быть решена только при условии глубокой заинтересованности самого больного, организации рационального образа жизни, здоровой микросоциальной среды. Подробное изложение перечисленных вопросов проводилось во время курса лечения на протяжении 3-5 индивидуальных психотерапевтических бесед.

В результате лечения на 5-7 сутки у больных исчезало патологическое влечение к алкоголю. Из 47 больных, наблюдавшихся нами амбулаторно, дали ремиссию продолжительностью до 2-лет – 9 человек, до года – 31. У 7 лиц на фоне лечения возникали дистимические и астено-обсессивные

расстройства, что потребовало назначения им кратковременного курса психотропных препаратов. В целом пациенты отмечали отсутствие влечения к алкоголю, в ряде случаев даже отвращения к нему, и сообщали, что овсяной напиток оказывает на них успокаивающее действие, отмечая при этом улучшение физического и психического состояния. Седативный эффект фитопрепарата не сопровождался миорелаксацией и нарушением координации движений, препарат снижал повышенную возбудимость, нормализовался сон. У больных исчезли диспепсические расстройства, тошнота, болевые ощущения в правом подреберье. Размеры печени нормализовались, исчезла ее болезненность при пальпации. У больных с гипертонической болезнью прекратились головные боли, снижалось артериальное давление, уменьшились боли и неприятные ощущения в области сердца. У всех обследованных выявилось положительное отношение к приему овсяного напитка. Каких-либо осложнений в процессе лечения не отмечалось, препарат хорошо переносился больными.

Для сравнения непосредственной эффективности терапии с использованием лекарственной формы из травы майорана нами наблюдалось 47 больных алкоголизмом, лечившихся амбулаторно отваром пустырника в сочетании с рациональной психотерапией по вышеописанной методике. Состав больных контрольной группы соответствовал по возрасту, полу и тяжести заболевания основной группы. В контрольной группе только 7 больных дали ремиссию продолжительностью до 1 года, остальные 40 пациентов – неустойчивую ремиссию продолжительностью от 3 до 4-5 месяцев.

Полученные данные позволяют сделать заключение о том, что настой из травы майорана садового в сочетании с рациональной психотерапией способствует возникновению устойчивых ремиссий, исчезновению без каких-либо осложнений или обострений признаков патологии внутренних органов и может быть рекомендован для терапии больных алкоголизмом с сопутствующими заболеваниями.

Литература:

1. Ибатов А.Н. // Вопросы наркологии. - № 3-4. - М., 1992. - С. 61-62
2. Ибатов А.Н. // Гомеопатия и фитотерапия. - № 1, Сиб., 1994. - С. 52-54
3. Крылов А.А., Ибатов А.Н. // Фитотерапия в комплексном лечении хронического алкоголизма / Учебные пособия для врачей-слушателей Санкт-Петербургской академии после дипломного образования, 1992. - С. 41
4. Крылов А.А., Ибатов А.Н. // Гомеопатия и фитотерапия. - № 1, Сиб., 1994. - С. 7-10
5. Крылов А.А., Ибатов А.Н. // Врачебное дело. - № 2, Киев «Здоровье», 1994. - С. 77-79
6. Кудьярова Г.М., Ибатов А.Н. Трагедия алкоголизма и спасение страждущих лекарственными травами. - Алматы, 1998. - С. 85
7. Euharia M., Corbet T.I., Leonard B.E. The effects of Evening primrose oil on the behavioral and biochemical Seguelae associated with chronic ethanol administration // Alcohol and alcohol, 1989. - 24. - № 4. - P. 382
8. Kohler G. Lehrbuch der Homöopathie. - Hippocrates Verlag Stuttgart, 1988. - P. 590
9. Lieb J. // Prostaglandin E in affective disorders and alcoholism // Brit. med. J., 1980. - Vol. 281. - P. 453
10. Yang G. // American journal of Chinese Medicine, 1986. - № 12. - P. 46-50
11. Weiss R.F. // Lehrbuch der Phytoterapie. 6.uberard. u. erweit. Aufl. // Stuttgart. Hippocrates Verlag, 1985. - S. 442

ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ, КОМОРБИДНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ АДАПТАЦИОННОГО ОБРАЗА БОЛЕЗНИ НА ДИАГНОСТИЧЕСКИ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ МАРШРУТ ПАЦИЕНТА

А.В.Вичкапов

Обоснованием данной работы явилась широкая распространённость сочетания артериальной гипертензии и тревоги, причём современная диагностически-терапевтическая ситуация таких коморбидных состояний неблагоприятна, выявляемость остаётся крайне низкой. Это во многом определяется системой обслуживания подобных пациентов, на которую воздействуют специфические особенности адаптационного образа болезни (АОБ). Такой АОБ формируется при отсутствии адекватного психического образования врачей и населения, участии различных, в том числе этнокультуральных феноменов соматизации тревожных расстройств и страха больных перед стигматизацией как психически больного.

Целью исследования стало изучение вариантов коморбидности тревожных расстройств (ТР) с гипертонической болезнью (ГБ), разработка методов улучшения диагностики и оптимизации диагностически-терапевтического маршрута пациентов. Были выделены 3 варианта коморбидности артериальной гипертензии и тревожных расстройств (в качестве последних изучались пациенты с генерализованным тревожным расстройством, паническим расстройством, смешанным тревожно-депрессивным и органическим тревожным расстройством): 1. ТР с повышениями АД, что является соматовегетативным симптомом ТР, при этом тревога вероятна как один из факторов риска развития ГБ. В основном эти пациенты наблюдаются у интернистов с диагнозами ГБ или «нейроциркуляторная дистония» и часто не получают адекватного лечения, т.к. ТР остаётся невыявленным. 2. ТР и ГБ, сосуществующие коморбидно, при этом ТР начинается как правило в более молодом возрасте, чем ГБ. Симптомы невыявленного ТР обычно приписываются ГБ, и тревога лечится симптоматически, что не даёт полноценного эффекта и ухудшает прогноз, часто добавляя с годами в патогенез ТР органический церебральный компонент. 3. ГБ и органическое ТР, которое является осложнением ГБ и возникает на фоне специфических гипоксических цереброваскулярных расстройств при длительно текущей ГБ.

Были исследованы 106 пациентов в возрасте от 20 до 55 лет с различными вариантами коморбидности, одна группа – в отделении артериальных гипертензий Национального центра кардиологии и

терапии, другая – в психосоматическом отделении Республиканского центра психического здоровья. Для постановки диагноза применялись критерии МКБ-10, пациенты оценивались по шкалам для тревоги Спилбергера-Ханина и Хамильтона. Основным инструментом исследования - оригинальный опросник АОБ, который ориентирован не только на изучение пациента, но и представлений лечащего врача об образе болезни каждого пациента. Это позволило провести сравнительный анализ состоятельности комплайнса, который нарушается при несовпадении АОБ пациента и понимания его врачом.

У пациентов всех групп был выявлен высокий уровень тревоги. По Спилбергеру-Ханину: шкала реактивной тревоги $48,5 \pm 6,9$, шкала личностной тревоги $47,4 \pm 5,6$, шкала Хамильтона - $21,8 \pm 3,6$, причём тревога достоверно возрастает от 1 к 3 группе по шкале Спилбергера-Ханина-А и шкале Хамильтона. Выделен ряд признаков, ведущих к дефектам диагностики в соматическом стационаре. Пациент и врач достоверно различно расставляют проекцию обвинения и указывают различную причину заболевания; врач недостаточно осведомлён о начале маршрута диагностики и лечения - это говорит о неполном ознакомлении с анамнезом. Врачи сконцентрированы на предъявляемых симптомах, которые при соматизированном тревожном расстройстве нередко носят второстепенный характер. Сводные результаты обследования по опроснику АОБ во всех группах показывают, что АОБ пациента отличается от представления лечащего врача-кардиолога, но у последнего он также является «биологизированным», что в свою очередь поддерживает отсутствие интегративного диагностически-терапевтического подхода к таким пациентам. В блоке причин и механизмов заболевания значительных отличий в «кардиологической» и «психиатрической» группах больных нет, что в условиях низкой выявляемости ТР в соматическом стационаре показывает наличие плохого комплайнса кардиолога с пациентом. В блоке прогноза заболевания, исходя из предыдущих представлений пациента, формируется модель будущего маршрута, где местом оказания помощи является соматический стационар.

Таким образом, АОБ является фактором, на который можно в значительной степени повлиять в системе взаимодействия врач-пациент. Создание

правильного комплайенса с пациентом является главным шагом в коррекции АОВ, т.к. он является определителем «маршрута». Изучение пациентов с коморбидными ГБ и ТР показывает, что без эффективного взаимодействия психиатра и кардиолога на современном этапе невозможно адекватно корригировать «маршрут» пациента. Моделью

создания необходимого комплайенса необходимо считать интеграцию пациента и специалистов (психиатра и кардиолога) в структуре мультидисциплинарной команды. Такое положение обосновывает разработку и внедрение в клиническую практику новых диагностических подходов и эффективных способов междисциплинарного взаимодействия.

ЕЩЁ НЕМНОГО О СОЦИОФОБИИ

Б.Б.Джарбусынова

г. Алматы

Насколько широко распространена социофобия?

Было установлено, что от 3 до 13% людей страдали от страха перед обществом в определенный период их жизни. Процент людей, страдающих от социофобии на протяжении всей жизни, колеблется от 1 до 2,5%. Наиболее часто встречается застенчивость. Исследования показали, что от 80 до 90% людей ответили утвердительно на вопрос: «Чувствовали ли они когда-либо робость в своей жизни?». От 30 до 40% считают себя застенчивыми в настоящее время.

Чего они преимущественно боятся?

Абсолютное большинство людей боятся выступать на публике, так как это сопровождается необходимостью контакта с незнакомыми людьми. Другие разновидности страха – это страх принятия пищи и воды в присутствии других людей, страх заполнять квитанции, чеки и соответствующие письменные формы в присутствии третьих лиц встречаются реже.

Когда возникает социофобия?

Страх общения обычно возникает между пятнадцатью и двадцатью годами. Естественно, что молодые люди этого возраста часто считаются застенчивыми. Многие испытывают сильное напряжение, если им необходимо говорить или что-то делать впервые. Обычно это проходит по мере привыкания к ситуации. При социофобии избегание такого рода ситуаций препятствует нормальному процессу вхождения в общество. Если незамедлительно не начать лечение, то социофобия примет затяжную форму. Конечно, на некоторое время болезнь может отступить, например, если страдающий социофобией на данный момент находится с кем-то в близких отношениях. Возьмем, к примеру, пациента Б. Он был довольно застенчивым с самого детства. Он окончил среднюю школу и женился в двадцать лет. Особых психологических проблем он не испытывал вплоть до развода, когда ему исполнилось тридцать лет. После развода он

стал испытывать трудности в установлении отношений с другими людьми и, особенно, не мог выносить вечеринок. Он был очень обеспокоен тем, что не мог свободно общаться с людьми. Будучи женатым, он общался преимущественно со своей женой. И оказавшись после развода наедине с собой, он стал избегать тех ситуаций общения, в которых он чувствовал себя дискомфортно, что и является проявлением социофобии.

У кого развивается социофобия?

Социофобия может одинаково проявиться как у мужчин, так и у женщин, независимо от их образования и рода занятий. Вкратце, о проявлении страха. Домохозяйка может бояться того, что она не в состоянии общаться с учителем её ребёнка, руководитель может волноваться по поводу предстоящего разговора с сотрудниками, а учитель может бояться встречи с родителями своих учеников.

Как возникает социофобия?

Причины, лежащие в основе развития социофобии, до сих пор остаются загадкой. Маловероятным считается значение психотравмирующей ситуации. Были предложены различные теории. Одна из них - теория имитации ребёнком социофобического поведения родителей. Другая заключается в ограничении развития социальных навыков, т.е. если человек не знает, как вести себя в той или иной ситуации, то это может явиться причиной тревоги и волнения. Также, не последнюю роль в развитии социофобии играет гиперопека в детстве или воспитание ребёнка с недостатком любви к нему. Было установлено, что наследственная предрасположенность к постоянно возрастающему напряжению также может быть важна в возникновении этого расстройства.

Каковы последствия социофобии?

Исследования показали, что люди, страдающие социофобией, более одиноки, они редко отмечают праздники, и у них меньше шансов вступить в брак. Часто у них возникают проблемы в получении образования, так как страх перед группой и публичными

выступлениями может сильно затруднять процесс учёбы, вплоть до его прекращения. Также у этих людей выявляется бесперспективность в плане карьерного роста. В попытке избавиться от тревоги многие начинают злоупотреблять алкоголем, что приводит в конечном итоге к самоуничтожению.

Для людей, страдающих социофобией, также характерны эпизоды депрессии.

Лечение социофобии

Исследования показали, что наиболее эффективным является сочетание медикаментозного лечения с поведенческой терапией.

Медикаментозное лечение

Обратимые ингибиторы МАО. Они эффективны при социофобии, в частности, в случаях социальной тревоги. Физические симптомы напряжения могут быть снижены применением бета - блокаторов. Они часто выписываются в случаях боязни возникновения таких физических симптомов, как, например, дрожь при выступлении на собрании. Шансы достижения устойчивого положительного эффекта от применения антидепрессантов повышаются, если медикаменты сочетать с поведенческой терапией. В случаях общих тревожных расстройств, сочетание медикаментозного лечения с поведенческой терапией даёт наиболее оптимальные результаты.

Поведенческая терапия

Поведенческая терапия является одной из форм психотерапии, которая ориентирована на стойкую редукцию симптомов. Вначале терапии необходимо определиться с тем, что является причиной этих симптомов, и что их поддерживает. Лечение подбирается в соответствии с определённым планом. Специалист по поведенческой терапии подбирает методы и техники, эффективность которых уже доказана в работе именно с этими симптомами. В течение времени между посещениями терапевта пациенты выполняют домашнее задание, которое постепенно, шаг за шагом, усложняется.

В поведенческой терапии социофобии выделяют три важных положения:

- а) работа с вызывающими тревогу мыслями;
- б) выработка социальных навыков;
- в) преодоление отчуждения.

Эти три положения можно как комбинировать, так и использовать независимо друг от друга.

- а) Работа с вызывающими тревогу мыслями.

Это также известно, как когнитивная терапия (познание = мысль). Первым шагом этой терапии является отслеживание негативных мыслей (типа «Я уверен, что у меня появиться дрожь» или «Они посчитают меня занудой» или «Это будет ужасным, если я ему не понравлюсь»).

Эти мысли отслеживаются для определения их соответствия действительному положению вещей. По возможности, они трансформируются в более реалистичные и часто становятся позитивными.

б) Приобретение социальных навыков.

Было доказано, что у большинства страдающих социофобией тревога обусловлена недостатком определённых социальных навыков. Риск оказаться непонятым, когда человек не может начать беседу или отказать в ответ на просьбу. Приобретение социальных навыков обычно проводится в условиях группы, где на примере ролевых игр моделируются, обсуждаются и разыгрываются те или иные социальные ситуации.

в) Преодоление отчуждения.

Поведенческая терапия не может быть успешной до тех пор, пока не преодолено отчуждение. Высоко эффективны в этом направлении «упражнения на раскрытие» и особенно в тех ситуациях, которые провоцируют тревогу. Терапию обычно начинают с простых ситуаций, постепенно их усложняя. Пациенты, например, могут пойти на вечеринку, вернуть в магазин бракованный товар или посетить кафе и выпить там чашку кофе (даже, если при этом у них трясутся руки). Тревога, возникающая при выполнении этих упражнений, будет постепенно уменьшаться. Просто при выполнении этих задач человек обнаруживает, что ожидаемый им негативный эффект не соответствует действительности и к следующей ситуации он подходит с большим чувством уверенности в себе.

Следующим ключевым элементом поведенческой терапии тревог и фобий является использование упражнений на расслабление, что снижает физическое напряжение, делает выполнение других упражнений менее трудным.

Важным моментом при выполнении всех трёх положений поведенческой терапии является принятие пациентом ответственности за их выполнение. При этом он должен вести «рабочую тетрадь», читать её и делать соответствующие выводы. Таким образом, пациент будет сфокусирован на преодолении негативных моментов. Это может приводить к периодам уныния и даже к усилению негативных симптомов. Однако это проходит с появлением первых положительных результатов от лечения.

Также, пациенту приходится выполнять упражнения, которые в первое время вызывают волнение и тревогу, на что уходит много сил и энергии. Но, чем больше энергии он затратит на выполнение упражнений, тем больше пользы от них. Много людей, анализируя своё прошлое, стараются отыскать причины возникновения социофобии. Однако исследования показали, что энергию и усилия лучше вкладывать в выполнение практических упражнений. Общеизвестно, что в противовес лечению, основанному на беседах о прошлом пациента, поведенческая терапия отличается более положительным результатом.

Литература

1. Богдан М.Н. Распространенность пограничных психических расстройств лиц разного пола // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С.Корсакова, 1997. - Т. 97. - № 5. - С. 54-56
2. Богдан М.Н., Долгов С.А., Ротштейн В.Г. Пациенты психиатрического кабинета поликлиники: недовьявленные диспансерные больные или новый контингент? // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С.Корсакова, 1997. - Т. 97. - № 3. - С. 53-56
3. Богдан М.Н., Рытик Э.Г., Сосновский А.Ю. Вопросы охраны психического здоровья в работе X Всемирного конгресса психиатров // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С.Корсакова, 1997. - Т. 97. - № 4. - С. 74-76
4. Гебель В. Качество психиатрической помощи: Опыт Германии // Социальная и клиническая психиатрия, 1996. - № 1. - С. 37-41
5. Гиндикин В.Я., Опаров Т.З., Гомахидзе Ш.В. Соматизированные психические расстройства по материалам диспансеризации сотрудников крупного промышленного предприятия // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С.Корсакова, 1996. - Т. 96. - № 6. - С. 54-58
6. Liebowitz M.R., Schneier F.R., Hollander E., et al Treatment of social phobia with drugs other than benzodiazepines // Journal of Clinical Psychiatry 1992; 52 (suppl Nov): 10-15
7. Marks I.M. Fears, Phobias and Rituals // Oxford University Press, 1987
8. Marks I.M. Behavioral psychotherapy towards the millennium. In Cottreaux J., Legeron P., Mollard E. (eds) Annual Series of European Research in Behavior Therapy, Swets & Zeitlinger, Amsterdam, 1992
9. Marshall J.R. Social phobia // Postgraduate Medicine, 1991; 90 (8): 187-194

ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА

СОЦИАЛЬНАЯ ФОБИЯ КАК РАССТРОЙСТВО КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Б.Б.Джарбусынова

г. Алматы

В последнее время стали чаще признавать, что социальная фобия является распространенным психическим расстройством, которое нарушает социальное функционирование.

В этом исследовании изучаются: а) характерное для этого расстройства качество жизни; б) продуктивность труда; в) другие различные нарушения социальной деятельности, специфические для данного расстройства. Группа исследуемых состояла из пациентов с текущей социальной фобией: у 65 больных этот диагноз был единственным, у 51 – сопровождался сопутствующим заболеванием и у 34 человек отмечались субклинические проявления расстройства. Диагноз устанавливался в соответствии с критериями, изложенными в МКБ-10

Синдром социальной фобии диагностировался нами при выявлении следующих признаков: наличие выраженного и устойчивого страха, связанного с одной или несколькими социальными ситуациями, или публичными выступлениями, при которых человек находится в обществе незнакомых людей или под пристальным вниманием со стороны окружающих; понимание чрезмерности и неразумности своего страха; избегание ситуаций, вызывающих страх или наличие выраженной тревоги при невозможности избежать ситуацию; поведение избегания препятствует выполнению привычной работы или нарушает межличностные

отношения и ведет к социальной дезадаптации. Среди всех обследованных симптомы социальной фобии были представлены следующим образом:

1. Страх, связанный с социальной ситуацией или публичными выступлениями – 18,89%.

2. Понимание неразумности или чрезмерности этого страха – 17,36%.

3. Избегание ситуаций, связанных со страхом – 10,59%.

4. Социальная дезадаптация, связанная с переживанием страха – 8,81%.

Некоторые из наших обследованных не соглашались с такой характеристикой страха как выраженность или устойчивость, но отмечали такой признак, как понимание чрезмерности или неразумности своих переживаний, в следствие чего два из перечисленных симптомов отмечалось у 7,34% обследованных, а три и более симптомов (то есть выраженный синдром) у 4,79% обследованных. У 25,02% обследованных выявлялся лишь один из четырех признаков синдрома.

Была выявлена следующая распространенность симптомов социальной фобии у мужчин и женщин. Развернутые синдромы выявлялись у 3,61% мужчин и 5,77% женщин, то есть почти в два раза чаще эти расстройства встречались у женщин. Женщины чаще, чем мужчины, избегали ситуацию, вызывающую страх.

Таблица 1

Распространенность симптомов социальной фобии в зависимости от пола (в %)

Симптомы	Мужчины	Женщины
1. Страх, связанный с социальной ситуацией	19,47	18,49
2. Понимание чрезмерности или неразумности страха	18,5	16,49
3. Избегание ситуаций, вызывающих страх	9,18	11,78
4. Наличие страхов мешает работе и общению	8,34	9,19
Развернутый синдром	3,61	5,77
Компоненты синдрома	7,79	7,07
Признаки синдрома	28,09	22,38

Распределение симптомов социальной фобии в разных возрастных группах было следующим. Развернутый синдром социальной фобии чаще выявлялся в возрасте от 20 до 39 лет. В возрасте от 20

до 39 лет наличие этого синдрома чаще, чем в другие возрастные периоды приводило к социальной дезадаптации. Компоненты синдрома чаще выявлялись в возрасте 40-59 лет.

Распространенность симптомов социальной фобии в зависимости от возраста (в %)

Симптомы	До 19 лет	20-39 лет	40-59 лет	Старше 60 лет
1. Страх, связанный с социальной ситуацией	21,47	18,98	20,46	13,41
2. Понимание чрезмерности и неразумности страха	12,04	20,62	16,96	15,33
3. Избегание ситуаций, вызывающих страх	6,81	11,86	11,64	8,43
4. Наличие страхов мешает работе и общению	12,04	9,49	8,82	4,98
Развернутый синдром	2,09	7,11	4,05	3,45
Компоненты синдрома	4,71	6,2	10,05	5,75
Признаки синдрома	36,13	24,64	24,34	19,16

Такое превалирование синдрома социальной фобии в возрасте 20-39 лет обусловлено, на наш взгляд, тем, что именно в этом возрасте максимально проявляется социальная активность и, таким образом, чаще возникают ситуации, в которых синдром социальной фобии мог актуализироваться.

Синдром социальной фобии выявлялся у 150 обследованных и лишь у 36 из них в «чистом» виде, в остальных же случаях сочетался с другими расстройствами – в 27% случаев с депрессией и в 17%-20% случаев с другими синдромами тревоги. В 5% случаев синдром социальной фобии сочетался с параноидными, в 5% с шизотипическими расстройствами личности, и лишь в этих случаях, с определенной долей вероятности, можно было предположить, что страх социальной ситуации мог развиваться в рамках «эндогенной» патологии, в остальных же случаях речь шла о невротических расстройствах. У 18%, наряду с синдромом социальной фобии, диагностировались расстройства личности в виде уклонения.

Развернутый синдром социальной фобии чаще, чем в других группах, выявлялся у людей с высшим образованием, (7,94% по сравнению с 2,6% и 1,41%) частота компонентов синдрома

была несколько выше у лиц со средним и средне-специальным образованием.

Симптомы социальной фобии чаще выявлялись в группе неработающих, несколько выше в этой группе обследованных диагностировались и развернутые синдромы, (7,27% по сравнению с 3,7%-5,89% в других группах).

Выраженные синдромы социальной фобии значительно чаще выявлялись у разведенных мужчин, по сравнению с состоящими в браке и холостыми (8,16%, 4,42% и 1,34% соответственно). У женщин эти различия были не столь выражены.

Таким образом, развернутый синдром социальной фобии выявлялся у 4,79% обследованных. Развернутые расстройства почти в два раза чаще выявлялись у женщин, и чаще в возрасте от 20 до 39 лет. В 27% случаев социальная фобия сочеталась с депрессивными и в 17%-20% случаев с другими тревожными расстройствами. Люди с высшим образованием значительно чаще выявляли эти расстройства, чем лица со средним и начальным образованием. Среди неработающих симптомы социальной фобии выявлялись чаще, чем у работающих. У разведенных мужчин эти расстройства выявлялись чаще.

Литература:

1. Артыкова Н.М. Психическое здоровье человека как проблема валеологии // Валеология: медико-педагогические аспекты формирования здорового образа жизни. - Костанай, 1997. - С.15
2. Богдан М.Н. Распространенность пограничных психических расстройств лиц разного пола // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С.Корсакова, 1997. - Т. 97. - № 5. - С. 54-56
3. Богдан М.Н., Долгов С.А., Ротштейн В.Г. Пациенты психиатрического кабинета поликлиники: недоявленные диспансерные больные или новый контингент? Журн. невропат. и психиатр. им. С.С.Корсакова, 1997. - Т. 97. - № 3. - С. 53-56
4. Богдан М.Н., Рытик Э.Г., Сосновский А.Ю. Вопросы охраны психического здоровья в работе X Всемирного конгресса психиатров // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С.Корсакова. - 1997. - Т. 97. - № 4. - С. 74-76
5. Гебель В. Качество психиатрической помощи: Опыт Германии // Социальная и клиническая психиатрия, 1996. - № 1. - С. 37-41
6. Гиндикин В.Я., Опаров Т.З., Гомахидзе Ш.В. Соматизированные психические расстройства по материалам диспансеризации сотрудников крупного промышленного предприятия // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С.Корсакова, 1996. - Т. 96. - № 6. - С. 54-58
7. Liebowitz M.R., Schneier F.R., Hollander E., et al Treatment of social phobia with drugs other than benzodiazepines // Journal of Clinical Psychiatry 1992; 52 (suppl Nov): 10-15

-
-
8. Marks I.M. *Fears, Phobias and Rituals* // Oxford University Press, 1987
9. Marks I.M. *Behavioral psychotherapy towards the millennium*. In Cottreaux J., Legeron P., Mollard E. (eds): *Annual Series of European Research in Behavior Therapy*, Swets & Zeitlinger, Amsterdam, 1992
10. Marshall J.R. *Social phobia* // *Postgraduate Medicine*, 1991; 90 (8): 187-194
11. Marx J.A., Gyorky Z.K., Royalty G.M., Stern T.E. *Use of self-help books in psychotherapy* // *Professional Psychology Research and Practice*, 1992; 23: 300-305
-
-

ДЕЗАДАПТИВНЫЕ СТРАТЕГИИ ПОВЕДЕНИЯ В КОНФЛИКТНОЙ СИТУАЦИИ ПОДРОСТКОВ, ЛИШЕННЫХ РОДИТЕЛЬСКОГО ПОПЕЧИТЕЛЬСТВА, КАК «СИМПТОМЫ-МИШЕНИ» ДЛЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

В.А.Руженков, М.Б.Тужилова, О.В. Рычкова

г. Белгород

Проблема социального сиротства в Российской Федерации продолжает оставаться актуальной. Это обусловлено, с одной стороны, широким распространением данного явления в нашей стране (по данным Госкомстата РФ [8], на 2003 год в России имеется более 300000 человек детей-сирот, из которых почти 90% - социальные сироты), а с другой стороны - значительными проблемами адаптации воспитанников детских домов-интернатов к микросоциальному окружению после окончания ими школы. Ежегодно более 30 тысяч детей-сирот заканчивают специализированные школы-интернаты и в течение первого года после выпуска 20% из них привлекаются к уголовной ответственности, 30% становятся «лицами без определенного места жительства», а 10% совершают попытки покушения на жизнь. Безусловно, эти цифры свидетельствуют о значительной частоте состояний дезадаптации и поведенческих нарушений у данной социальной группы. Также очевидно, что причиной таких проявлений становится, в первую очередь, воспитание в условиях родительской депривации, значительно искажающее ход психического развития и формирования личности детей - сирот. У детей, воспитывающихся в условиях лишения родительского попечительства, формируются деструктивные поведенческие стереотипы и отсутствуют эффективные способы приспособления к окружающей действительности. Это связано с тем, что формирование личности в детских домах и школах-интернатах проходит в условиях отсутствия материнской любви и заботы, а также возможности удовлетворять целый комплекс необходимых для нормального развития потребностей - психических, социальных, сенсорных и др. [1, 2, 4, 6].

Проблема девиантного поведения в подростковом возрасте на сегодняшний день является одной из наиболее актуальных для психологии и психиатрии. Несмотря на наличие большого числа подходов к пониманию механизмов и генеза девиантного

поведения, доминирующим становится понимание его как комплексного, сложного явления на стыке психиатрии и психологии, а сама специфика данного возраста повышает вероятность проявления отклоняющихся форм поведения. Возрастная психология давно открыла, что в числе новообразований подросткового возраста формируется чувство взрослости. Однако, ориентация на ценности взрослых и сравнение себя с ними, зачастую заставляют подростка снова видеть себя относительно маленьким, несамостоятельным. Пренебрежение взрослым к новому уровню самосознания подростка, игнорирование его важнейших потребностей усугубляют конфликтную ситуацию, в которой живет подросток [5]. При этом конфликты, являясь неотъемлемой частью психической жизни и имея как конструктивный, так и деструктивный характер, стимулируют развитие, самореализацию и оказывают существенное влияние на адаптацию человека в микросоциальной среде [3]. Воспитание в условиях детских домов, где однообразие среды дополняется недостатком простого человеческого общения, сенсорная и информационная депривация препятствуют тому, чтобы растущий человек научился связывать плохие и хорошие поступки с плохими и хорошими последствиями [7], не способствует формированию навыков конструктивного поведения в ситуации конфликта у детей, воспитывающихся в условиях лишения родительского попечительства. По мнению ряда авторов [9] главная специфика их поведения в конфликтной ситуации состоит в неумении самостоятельно найти выход из конфликта и неспособности взять на себя ответственность за его разрешение. Данное исследование утвердило нас во мнении относительно обоснованности поиска механизмов девиантного поведения подростков-сирот в особенностях формирующейся личности, что и определило цель и задачи исследования.

Целью исследования была верификация дезадаптивных стереотипов поведения в конфликтной

ситуации подростков, воспитывающихся в условиях детского дома-интерната для разработки дифференцированной программы психологической коррекции.

Задачи исследования:

1. Выявление преобладающих стратегий поведения подростков-сирот в конфликтной ситуации.
2. Определение форм и показателей агрессии подростков-сирот.
3. Выявление особенностей эмоциональной сферы и позиции при межличностном взаимодействии, связанных с описанными поведенческими показателями.
4. Выявление ценностей, фрустрация которых вызывает агрессивную реакцию.
5. Уточнение направленности агрессивности в разных сферах межличностных отношений.
6. Верификация ведущих факторов, участвующих в генезе и стабилизации присущих подросткам-сиротам особенностей поведения в конфликтной ситуации.
7. Выделение и обоснование «симптомов-мишеней» с целью последующей разработки

дифференцированной программы психологической коррекции.

Для реализации поставленной цели, нами в течение 2001-2003 г.г. на базе детских домов-интернатов Белгородской области было обследовано 80 подростков-сирот в возрасте 13-16 лет (36 мальчиков и 44 девочки) - основная группа; и 40 подростков аналогичного возраста и соотношения по полу из полных семей - контрольная группа. Основными методами исследования были: психологический (методика диагностики предрасположенности личности к конфликтному поведению К.Томаса, методика диагностики показателей и форм агрессии А.Басса и А.Дарки, вербальный фрустрационный тест Л.Собчик, методика диагностики уровня субъективного контроля Дж.Роттера) и статистический (критерий Стьюдента t , критерий χ^2 и факторный анализ с varimax вращением фактора).

Результаты исследования и обсуждение

Результаты исследования по методике К.Томаса, позволяющей выявить типичные для конкретной личности стратегии разрешения конфликтной ситуации, представлены в таблице 1.

Таблица 1

Средние показатели результатов теста Томаса подростков-сирот и подростков из полных семей

ПОКАЗАТЕЛЬ	Сироты		Полная семья		$t>$	$p<$
	М	m	М	m		
Соперничество	6,5	0,2	4,6	0,5	3,5	0,01
Сотрудничество	6,1	0,15	6,8	0,3	2,0	0,05
Компромисс	5,8	0,15	6,5	0,3	2,0	0,05
Избегание	5,7	0,15	5,6	0,3	Не дост.	
Приспособление	5,7	0,2	6,6	0,3	2,5	0,05

Как следует из показателей таблицы 1, у подростков-сирот преобладающей является такая стратегия регулирования конфликта как «соперничество», поскольку значение данного показателя в среднем по группе ($6,4 \pm 0,4$ балла) статистически достоверно ($t > 2,8$ $p < 0,01$) выше, чем у подростков контрольной группы ($4,6 \pm 0,5$ балла). Причем большинство подростков основной группы - 70 (87,5%) статистически достоверно чаще ($\chi^2 > 4,4$ $p < 0,05$) характеризуются высоким и средним уровнем соперничества, по сравнению с подростками из контрольной группы - 65%. За этой стратегией стоит не только противопоставление себя другим, но также открытое предпочтение своих интересов перед интересами окружающих, эгоцентрическая позиция. Стратегия соперничества акцентирует дистанцию между личностью и ее окружением, препятствует поиску конструктивных выходов из конфликта. Здесь высоко вероятны крайние позиции - принуждение других, борьба; зона конфликта легко

расширяется, а его содержание становится чрезмерно значимым.

Следующими по значимости стратегиями поведения в ситуации конфликта у детей-сирот было «сотрудничество» и «компромисс», причем средние показатели статистически достоверно выше у подростков, воспитывающихся в полных семьях. Эти стратегии объединяет активность позиции, готовность взять на себя инициативу по поиску выхода из конфликта. При этом в обоих случаях наличествовали более доброжелательная, конструктивная позиция, готовность учитывать интересы партнера, либо даже в ряде случаев готовность уступить приоритет ради сохранения отношений с другими.

Стратегия «избегание» в основной и контрольной группах представлена одинаковыми и низкими по значениям показателями. Это свидетельствует о том, что стремление уклониться от конструктивного разрешения конфликта встречается у подростков реже иных стратегий поведения. Такое

положение легко можно объяснить особенностями возраста, связанных с важностью самопроявления в активной форме, отстаивания своей позиции, интересов в контексте решения задач данного возрастного периода. Стратегия «приспособление», как принесение в жертву собственных интересов ради других, оказалась также достаточно редкой у подростков-сирот, но заметно

более часто присутствует у детей контрольной группы. По-видимому, такое положение свидетельствует о более выраженном стереотипе подчиненного, зависимого поведения у подростков из полных семей.

Результаты методики диагностики показателей и форм агрессии А.Басса и А.Дарки представлены в таблице 2.

Таблица 2

Результаты методики Басса-Дарки подростков-сирот и подростков из полной семьи

ПОКАЗАТЕЛЬ АГРЕССИИ	Сироты		Полная семья		t>	p<
	М	m	М	m		
Физическая	78,4	1,5	56,4	2,5	7,5	0,001
Вербальная	62,4	1,7	60,8	3,1	Не дост.	
Косвенная	71,6	2,1	58,5	3,4	3,2	0,001
Негативизм	69,5	2,5	51,0	4,2	3,7	0,001
Раздражение	57,1	1,1	41,0	3,3	4,6	0,001
Подозрительность	68,5	1,7	47,9	3,1	5,8	0,001
Обида	78,8	1,8	59,8	3,8	4,5	0,001
Чувство вины	69,9	1,8	66,0	2,8	Не дост.	
Индекс агрессивности	71,5	1,2	58,8	2,2	5,0	0,001
Индекс враждебности	72,8	1,6	53,8	2,8	5,9	0,001

Данные из таблицы 2 показывают, что подростки-сироты превосходят подростков из полных семей абсолютно по всем (!) показателям агрессии, причем по некоторым - весьма значительно. Для нас это безусловное свидетельство неблагополучия данной группы и наличия в ней устойчивых стереотипов отклоняющегося агрессивного поведения. Не претендуя в рамках данной статьи на точную клиническую квалификацию выявляемых феноменов девиантного поведения, мы вынуждены отметить, что степень их представленности очень высока, поскольку методика не свободна от искажений и реальные параметры различных форм агрессивного поведения, как правило, выше демонстрируемых в тесте.

Можно также добавить данные по группам, исходя из индивидуальных, а не из усредненных значений. Ориентироваться можно на такие показатели:

- 0-50 баллов значения по конкретному показателю агрессии – минимальное;
- 51-75 баллов - средние значения;
- 76-85 баллов – высокие значения;
- 86 и выше – очень высокие.

Рассмотрим теперь значения отдельных показателей. Наиболее резко различаются две исследованные группы по показателю «физическая агрессия» (отличие средних значений – 22 балла). Кроме того, значение по этому показателю второе по величине в группе подростков-сирот (после значения по параметру «обида»). Содержательная интерпретация

параметра физической агрессии однозначна и не требует обсуждения. Однако нам хотелось бы подчеркнуть, что за таким откровенным признанием свойственной им открыто реализующейся физической агрессии скрывается еще и определенная позиция, связанная с пренебрежением общепринятыми нормами поведения, как указание на общую неконвенциональность подростков-сирот. Такая откровенная позиция представляется нам свидетельством высокой вероятности патологического формирования личности по антисоциальному типу в исследуемой группе.

Показатель физической агрессии является также составной частью «индекса агрессивности», поэтому неудивительно, что в группе сирот последний значительно выше, чем в контрольной. Однако здесь имеет место еще и вклад других шкал, особенно – параметра косвенной агрессии. Двойное содержание этого параметра – как действий, окольно направленных против других лиц, так и действий в виде ненаправленной разрядки негативных эмоций, не позволяет нам точно квалифицировать значение его повышения. Но, это оказалось легко сделать при взгляде на «индекс враждебности» и составляющие его показатели. Максимально высокое для изучаемой группы значение по параметру «обида», на наш взгляд достойно самого пристального внимания. Авторы методики трактуют его как выражение «проявлений зависти и ненависти к окружающим», связанные с чувствами «гнева и

недовольства за действительные или мнимые страдания». Очевидно, что в этом параметре находит отражение вся совокупность тяжелейших, интенсивных и непереносимых переживаний ребенка, оказавшегося ненужным в собственной семье, лишенного возможности получить опыт удовлетворяющих его переживаний любви, поддержки, нежности, дружбы. Понятно, что в этом случае трудно ждать позитивного отношения к миру людей вообще, но наверное будут представлены оппозиционные, антисоциальные тенденции.

Последнее подтверждается, например, высокими значениями показателя «негативизм», связанного с оппозиционными формами поведения (по показателю «негативизм» подростки-сироты также статистически достоверно ($\chi^2 > 5,0$ $p < 0,05$) превосходят сверстников из полных семей, высокий и средний уровни негативизма встречались в 46 (57,5%) случаях у сирот и в 12 (30%) у подростков из полной семьи).

Устойчивое неприятие и недоверие к окружающим людям у подростков-сирот, отраженное высокими значениями параметра «подозрительность» (высокий и средний уровень подозрительности встречался у 36 (45%) подростков-сирот и в 8 (20%) случаях в контрольной группе), сочетается с умеренно высокими «раздражением» и «чувством вины». Последнее, возможно, свидетельствует о некотором осознании собственного неблагополучия и дезадаптивного характера сложившихся паттернов поведения и отношения к окружающим. Кроме того, оно может быть свидетельством аутоагрессии, как еще одной формы агрессивного и девиантного поведения.

Подводя некоторый итог уже полученным данным, можно сказать, что подростки-сироты ощущают себя в изоляции среди враждебного мира; окружающим не доверяют, ждут от них вреда, склонны постоянно быть настороже, присматриваться к другим, испытывать в их адрес недовольство и обиду, быть привычно недоброжелательными и ждать аналогичного отношения. Отсюда формируется особая позиция личности в мире, созвучная той, которая в клинике определяется как паранойяльная. Даже при небольших осложнениях взаимоотношений, подростки-сироты склонны раздражаться, становиться вспыльчивыми, гневливыми, негативистичными. Такой характер установок по отношению к другим и такие поведенческие паттерны исключают возможность компромисса и сотрудничества; закрепляют соперничество, что, в свою очередь, усиливает переживание враждебности, а при неудаче в соперничестве - вновь увеличивает вероятность агрессивных реакций. Таким образом, складывается порочный круг усиливающих друг друга неадаптивных тенденций, расширяется зона переживания конфликта (из локального, ситуационного, он становится межличностным),

растет его острота, что в сочетании с аффективной напряженностью приводят к дезинтеграции поведения.

Результаты вербального фрустрационного теста показали, что зона конфликта у подростков-сирот практически равномерно распределена между лицами из сферы ближайшего окружения, в то же время у подростков контрольной группы половина конфликтов (50%), вызывающих высокую агрессивность, по сравнению с подростками-сиротами (12,5%) происходит в сфере уличных контактов ($\chi^2 > 11,1$ $p < 0,001$). Исходя из этих данных, можно утверждать следующее: наличие значительного неблагополучия в отношениях с ближайшим социальным окружением у подростков-сирот, во-первых, и большее разнообразие, гибкость тактики поведения у подростков из контрольной группы, во-вторых. Действительно, если привычная конфликтность сопровождает отношения с близкими людьми то, это является четким сигналом неблагополучия этих отношений. Нам данный результат видится логичным с точки зрения ранее отмеченных в данной группе недоброжелательности, подозрительности и высокого уровня переживания обиды. Прослеживается опыт множества обид и претензий в адрес близких, аффективная заряженность этих отношений, что само по себе делает их хрупкими и нестабильными, препятствуя адаптации. Кроме того, относительная бесконфликтность при взаимодействии с ближайшим окружением и конфликты при случайных внешних контактах сигнализируют о хорошей адаптации подростков из полных семей в семье, школе, среди друзей. А также об их попытках более широкой социализации и отстаивании своего места в мире ровесников из числа малознакомых. К тому же это говорит о большем разнообразии стратегий поведения, включающих как адаптивные, так и конфликтные, неконвенциональные при необходимости.

Еще одним данным теста стало то, что стремление к импульсивному проявлению эмоций характерно ($\chi^2 > 4,2$; $p < 0,05$) для большинства - 58 (72,5%) подростков основной группы, по сравнению с контрольной - 19 (47,5%). Данное свидетельство слабого контроля над эмоциями, при уже известных нам особенностях позиции в межличностных отношениях у подростков-сирот, также свидетельствует о высокой вероятности дезадаптивного, дезорганизованного ситуативным аффектом поведения.

Статистически достоверно ($t > 2,7$ $p < 0,01$) наиболее агрессивную реакцию у подростков-сирот, вызывают такие значимые ценности как «характер» ($8,6 \pm 0,1$) и «внешний вид» ($8,4 \pm 0,2$), по сравнению с контрольной группой - $8,0 \pm 0,1$ и $7,6 \pm 0,2$ балла соответственно. Это может быть связано с тем, что условия проживания подростков-сирот ущемляют их интересы и потребности («хорошо выглядеть»), препятствуют реализации желаемого. Кроме того,

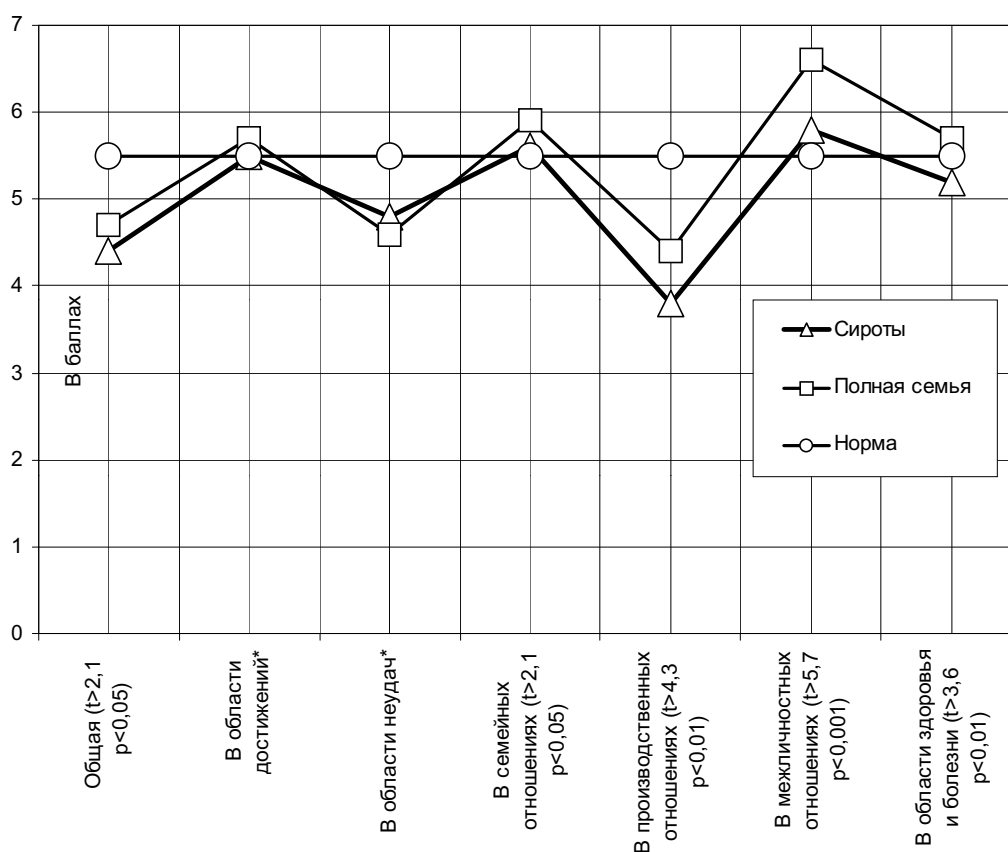
подростки-сироты болезненно реагируют на обвинения в морально-нравственных проступках, а агрессия часто возникает в ответ на замечания, подчеркивающие «плохой характер». Полагаем, что сама по себе такая картина уже свидетельствует о недостаточной включенности подростков-сирот в социальный контекст. Особая значимость «характера» и «внешнего вида», личностная окраска реакций в этом случае - подтверждение ранее выявленной позиции настороженности в контактах, готовность воспринимать окружающих как могущих обидеть, оскорбить. В то же время, проживание в условиях полного (в известной степени) материального обеспечения, которое одинаково для всех воспитанников, приводит к игнорированию такой важной ценности как материальное благополучие: значимым ($\chi^2 > 4,2$ $p < 0,05$) для воспитанников детского дома оно оказалось только в 6 (7,5%) случаях, по сравнению с контрольной группой - 11 (27,5%) случаев. Такая ценность как «социальный статус» оказалась значимой для 37,5% подростков-сирот и для 50% подростков из полных семей (различия статистически недостоверны), общая для обеих групп тенденция обусловлена возрастом, задачами развития, актуальными в пубертате.

Кроме того, результаты вербального фрустрационного теста показали, что статистически достоверно ($t > 3,0$ $p < 0,01$) более значимыми, чем для контрольной группы, лицами, в присутствии которых повышается самоконтроль, являются родители: отец ($8,1 \pm 0,2$ балла) и мать ($7,9 \pm 0,2$ балла). Показатели подростков из полных семей соответственно $7,4 \pm 0,1$ и $7,3 \pm 0,1$ балла. Данный факт, на первый взгляд, противоречит ранее выявленной конфликтности и неудовлетворительному характеру отношений с людьми из близкого окружения, в том числе с родителями, наблюдающихся в группе сирот. Однако, при более внимательном рассмотрении это противоречие снимается, поскольку сам по себе неудовлетворительный характер отношений не только не исключает, но, напротив, фиксирует зависимость от значимых лиц. При таком сочетании установок наличие благоприятного опыта отношений с родителями имело бы огромное воспитательное значение для подростков-сирот. Отсутствие таких отношений закрепляет существующие неадаптивные поведенческие паттерны, а качество замены в виде отношений с другими людьми не является достаточным.

Результаты исследования уровня субъективного контроля представлены на диаграмме 1 (*обозначены статистически недостоверные различия).

Диаграмма 1

Сравнительные характеристики уровня субъективного контроля подростков-сирот и подростков из полных семей



Результаты теста Роттера (диаграмма 1) позволяют выявить не только общий показатель локуса контроля, как образования, которое активно формируется в подростковый период и определяет во многом позицию личности в мире, но и ее отношение к внешним событиям и своей роли в них. Данные показали, что уровень общей интернальности ниже средних значений и свидетельствует об умеренной экстернальности подростков как основной, так и контрольной групп. Общая возрастная незрелость, отсутствие достаточных оснований ощущать себя хозяином своей судьбы, сохраняющаяся зависимая позиция являются источниками снижения общего показателя интернальности. Однако следует отметить, что по отдельным показателям есть различия между исследуемыми группами. Так, значительно выше (и выше пределов средних значений) показатель интернальности в межличностных отношениях для подростков из полных семей. Полагаем, что это говорит об интенсивности приобретения ими опыта все более широких межличностных взаимодействий (в рамках ведущей деятельности) и ощущения себя активным творцом, инициатором этих взаимодействий. У подростков-сирот также

есть аналогичная тенденция, но она выражена значительно менее отчетливо. Низкие показатели интернальности «в области неудач» и «в производственных отношениях», характерные для обеих групп подростков, свидетельствуют лишь о возрастной незрелости, обуславливающей незрелость способности принятия на себя ответственности. В целом, неравномерность, флуктуирующий характер и некоторая противоречивость показателей интернальности по разным пунктам – это свидетельство несформированности этого личностного образования, находящегося в стадии становления. Это соответствует возрасту и является общей для обеих групп особенностью.

При анализе данных проведенного исследования нами также осуществлен факторный анализ. Анализ сделан с целью выявления скрытых закономерностей, причин возникновения и стабилизации дезадаптивных паттернов поведения и отношения к другим в ситуации конфликта. Удалось выделить 4 значимых фактора, определяющих разброс данных при исследовании особенностей поведения подростков-сирот в конфликтной ситуации (таблицы 3 и 4).

Таблица 3

Составляющие фактора 1 – «ИНТЕРНАЛЬНОСТЬ»

Переменная	r
Интернальность в области достижений	0,801
Интернальность в области неудач	0,708
Интернальность в межличностных отношениях	0,693
Общая интернальность	0,688
Интернальность в семейных отношениях	0,565
Интернальность в производственных отношениях	0,444

Таблица 4

Составляющие факторов «АГРЕССИЯ», «ОБИДА», «ПАРАНОЙЯЛЬНОСТЬ»

Фактор 2 АГРЕССИЯ		Фактор 3 ОБИДА		Фактор 4 ПАРАНОЙЯЛЬНОСТЬ	
Переменная	r	Переменная	r	Переменная	r
Вербальная агрессия	0,771	Обида	0,766	Интернальность в отношении здоровья и болезни	0,646
Соперничество	0,730	Раздражение	0,740	Избегание	0,579
Негативизм	0,655	Косвенная агрессия	0,730	Компромисс	- 0,562
Приспособление	- 0,547	Чувство вины	0,694	Сотрудничество	- 0,544
Физическая агрессия	0,496			Подозрительность	0,499

Фактор 1 - «Интернальность», включает в себя практически все шкалы теста Роттера. Кроме закономерного свидетельства однородной направленности шкал теста субъективного контроля (не

случайно он пользуется высокой популярностью как высоко надежная и валидная методика), эти данные позволяют увидеть некоторую независимость локуса контроля, как личностного образования, от

других, выявленных в ходе исследования черт. С учетом того, что собственно уровень субъективного контроля неравномерен и в целом несколько снижен для испытуемых обеих подгрупп, мы полагаем его второстепенную, вспомогательную роль как в понимании механизмов, так и при коррекции дезадаптивных стратегий межличностного поведения подростков.

Анализ следующего фактора, названного нами «Агрессия», показал, что его содержание представляет собой сочетание прямых агрессивных проявлений в поведении и тактики испытуемых в конфликтной ситуации. Само наличие такого комплексного фактора косвенно подтверждает обоснованность идеи нашего исследования, ставящего задачу выявления механизмов поведения в конфликтных ситуациях. В этой связи, очевидно, что механизмами являются не столько усвоенные паттерны стратегий поведения в конфликте, сколько особенности формирующейся личности подростков-сирот. Кроме того, наличие такого содержания фактора позволяет увидеть пути косвенного воздействия на стратегии поведения в конфликте через работу по преодолению повышенной агрессивности поведения в целом. То есть формирование более адаптивных вариантов поведения в конфликтной ситуации должно быть неразрывно с работой по научению подростков-сирот новым стереотипам доброжелательного, принимающего, дружественного и основанного на поддержке отношения между людьми. Только в контексте такой общей работы возможно избавить детей от стереотипов конфронтации, соперничества, негативизма.

Фактор 3, названный нами «Обида», также чрезвычайно интересен и имеет большой объяснительный потенциал для понимания поведенческого неблагополучия детей изучаемой группы. Он свидетельствует о высокой интенсивности переживаний негативного спектра, где отрицательные эмоции в адрес окружающих соседствуют с негативными чувствами по отношению к себе, с аутоагрессией в виде переживания своей вины и «плохости». Это усложняет картину свойственных сиротам негативных эмоций и позволяет описать еще один механизм стабилизации дезадаптивных поведенческих паттернов. Это механизм, основанный на ретрофлексии, обращении на себя отрицательных эмоций. Они, безусловно, след не только депривации и отсутствия образцов социально успешных и адаптивных форм реагирования, удовлетворительных отношений, но и результат опыта прямой агрессии в адрес ребенка, перенесенной, как мы полагаем, и в родительских семьях, и позже, в интернатных учреждениях. Исходя из наличия этого механизма, для преодоления деструктивных паттернов поведения обязательным элементом коррекционной программы должны стать мероприятия по повышению самооценки, уровню принятия себя детьми-сиротами,

по формированию зрелого самоуважения, уверенности в себе и личностного достоинства.

Третий фактор, сочетающий ряд различных параметров, нами определен как фактор «паранойальности», поскольку для нее характерны избегание при контакте, подозрительность, отказ от сотрудничества и взаимодействия. Мы полагаем, что данное сочетание установок также создает predisposition к конфликту с окружающими, обуславливает последовательный отказ от использования конструктивных форм поведения, способствующих преодолению конфликта. Полагаем, что наличие данного фактора есть предупреждение о вероятности высокого уровня сопротивления при попытке изменения поведения подростков изучаемой группы. Данное наблюдение, в связи с этим, требует особой работы с личностью, направленной на осознание ею своих проблем и формированию потребности в изменении себя, иначе любые коррекционные программы обречены на неуспех.

Таким образом, выделенные факторы: «агрессия», «обида» и «паранойальность», дополняют друг друга и обуславливают негативистическую позицию в межличностных взаимоотношениях, создающих predisposition к конфликту. Закрепление таких стереотипов поведения формирует социально-психологическую деформацию личности, затрудняющей социальную адаптацию. Если в подростковом возрасте расстройства поведения еще не достигают клинического уровня «расстройства личности» (по международной классификации болезней 10 пересмотра), то последующее закрепление указанного поведенческого стереотипа, сопутствующих личностных черт и опыт дезадаптации могут приводить к крайним формам расстройства личности – психопатологическим формированиям.

Выводы:

1. Преобладающей стратегией поведения в конфликтной ситуации у подавляющего большинства (90%) подростков-сирот является «соперничество». Выбор этой стратегии свидетельствует об эгоцентрической позиции, тенденции противопоставлять себя окружающим, невозможности поиска выходов из конфликта и его дезактуализации, а также о легкости его расширения и генерализации.

2. У подростков-сирот устойчиво и тотально преобладает паттерн агрессивного реагирования в ситуациях конфликта, причем очень высоким является показатель прямой физической агрессии. Такой стиль поведения отражает дезадаптивные модели, тесно связанные с общей неконвенциональной позицией сирот, а также областью их обширных негативных чувств к окружающим. Выявленные особенности стабилизируются по механизму порочного круга, не позволяя выработать более адаптивные формы реагирования.

3. Наиболее значимыми ценностями, фрустрация которых вызывает агрессивную реакцию у

подростков-сирот, являются «характер» и «внешний вид». Это отражает опыт фрустрации значимых потребностей при интернатном воспитании и проблематику их взаимодействия в социуме.

4. Интересным результатом стало доказательство того, что, несмотря на неудовлетворительный характер отношений с родителями, подростки-сироты сохраняют высокий уровень зависимости от них и готовности именно в присутствии родителей значительно лучше контролировать свое поведение. Кроме свидетельства неудовлетворительного характера замены родительских фигур при интернатном воспитании, это говорит о наличии высокого потенциала для изменения поведения при создании устойчивых авторитетных отношений с подростком в рамках коррекционной работы.

5. Воспитание в условиях депривации ведет к формированию особой позиции личности в мире, обнаруживающей себя в дистанцировании от окружающих, недоверии, подозрительности, с ощущением их враждебности, готовностью к конфронтации, обиде, гневу. Также с этим перекликается высокий уровень аутоагрессии, развившийся по механизму ретрофлексии как следствие перенесенной сиротами ранее агрессии в свой адрес.

6. Основными «симптомами-мишенями» для коррекционной работы являются:

- паранойяльная установка с подозрительностью, недоверием и недоброжелательностью к окружающим;
- привычные паттерны соперничества и конфронтации;
- слабый контроль эмоций, особенно отрицательного спектра переживаний;
- превалирование негативных эмоций в контакте и неумение строить основанные на позитивных чувствах взаимодействия;
- негативные эмоции в свой адрес, низкий уровень самопринятия;
- привычно агрессивные способы поведения при любом осложнении межличностных отношений;
- незрелость локуса контроля, особенно важного для данной группы в области межличностных отношений.

Очевидно, что при данном круге проблем и мишеней для работы, коррекция никак не может ограничиваться только бихевиоральным подходом в виде развития навыков конструктивного разрешения конфликтных ситуаций. Обязательным условием успешности коррекционной программы является работа с личностными проблемами, предполагающая использование психодинамического и гештальт-подходов в программе психокоррекции. Обоснование такой необходимости мы также считаем важнейшим выводом проведенного исследования.

Литература:

1. Боулби Дж. *Детям – любовь и заботу // Лишенные родительского попечительства: Хрестоматия: Учеб. пособие для студентов пед. ун-тов и ин-тов / Ред.-сост. В.С.Мухина. – М.: Просвещение, 1991. – С.144-154*
2. Буянов М.И. *Ребенку нужна родительская любовь. – М.: Знание, 1984, 80 с.*
3. Гришина Н.В. *Психология конфликта. – СПб, 2000, 464 с.*
4. Лангмейер Й., Матейчек З. *Психическая депривация в детском возрасте. – Прага: Мед. изд-во «Авиценум», 1984, 336 с.*
5. Лозовцева В.Н. *Роль учителя в преодолении конфликтов между подростками-одноклассниками // Вопросы психологии, 1986. - № 1. – С. 79-87*
6. Прихожан А.М., Толстых Н.Н. *Исследование психического развития младших школьников, воспитывающихся в закрытом детском учреждении // Лишенные родительского попечительства: Хрестоматия: Учеб. пособие для студентов пед. ун-тов и ин-тов / Ред.-сост. В.С.Мухина. – М.: Просвещение, 1991. – С. 77-80*
7. Ромек В.Г. *Поведенческая психотерапия: Учеб. пособие для студентов высших учебных заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2002, 192 с.*
8. *Российский статистический ежегодник, 2002. – С. 212*
9. Фурманов И.А., Аладьин А.А., Фурманова Н.В. *Психологические особенности детей, лишенных родительского попечительства. – Минск: «Тесей», 1999, 160 с.*

О РАБОТЕ ВРАЧА-ПСИХОЛОГА В СФЕРЕ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ

М.Ю.Новикова

г. Усть-Каменогорск

В качестве врача-психолога Перинатального Центра Восточно-Казахстанской области (г. Усть-Каменогорск) я работаю с пациентками на разных сроках беременности, а также с женщинами в послеродовом периоде. Амбулаторный контингент пациенток набирается в основном после занятий школы молодых матерей, традиционно проводящихся в центре раз в неделю. Эти занятия, хотя бы один раз за беременность, посещает каждая женщина города. Стационарный контингент составляют женщины из отделений патологии беременности и послеродового совместного пребывания матери и ребёнка, гораздо реже это бывают пациентки гинекологического отделения, где, наряду с гинекологическими пациентками, находятся женщины на ранних сроках беременности (до 28 недель).

Кабинет психолога находится в женской консультации перинатального центра. В нём имеются удобное кресло с высокой спинкой для занятий аутотренингом, материалы для песочной и арт-терапии. Кроме того, по договорённости в моё распоряжение в определённое время предоставляется физиокабинет, где имеется 4 кушетки для проведения группового аутотренинга с амбулаторными пациентками. К сожалению, занятий по арт- и песочной терапии мною было проведено мало, из-за недостаточной заинтересованности женщин. Сравнивая объём оказания различных видов психологической помощи, можно сказать, что 70% объема приходится на занятия аутогенной тренировкой.

Аутотренинг я использую в своей психотерапевтической работе с 1999 года. Обучал меня аутотренингу психотерапевт г. Усть-Каменогорска Музафаров Ринат Темиргалиевич. Впоследствии я модифицировала эту технику применительно к пациенткам акушерско-гинекологического профиля.

Следует заметить, что аутотренинг – простейшая психотерапевтическая методика, однако применять её может лишь медицинский психолог-врач, а не психолог с университетским или педагогическим образованием, т.к. она относится к разряду трансовых техник. Мне в этом отношении легче, т.к. я имею образование и медицинское (Карагандинский медицинский институт, 11 лет стажа врача-психиатра), и психологическое (профессиональная переподготовка по медицинской психологии на базе Санкт-Петербургского государственного университета). Это, несомненно, помогает мне в работе, т.к. я могу отличить психиатрическую патологию, которая требует медикаментозного лечения, от состояний пограничного и невротического уровня, при

которых можно обойтись без психотропных средств.

Мои пациентки – это именно женщины с невротическим уровнем расстройств. Особенно часто в психологической помощи нуждаются молодые женщины с первой беременностью; женщины, не имеющие стабильных отношений с отцом будущего ребёнка; женщины с угрозой прерывания беременности, что может быть обусловлено как эндокринно-соматическими, так и психологическими факторами; женщины с хроническим невынашиванием беременности; а также беременные с тазовым предлежанием плода. В послеродовом периоде это, в первую очередь, женщины с мертворожденным плодом и женщины, у детей которых после родов обнаруживают патологию и они наблюдаются в отделении детской реанимации. Естественно, помимо общего ослабления организма женщины после родов, эти факторы оказывают угнетающее действие на психологическое состояние рожениц.

Аутотренинговые занятия я провожу как индивидуально, так и в группе (с амбулаторными пациентками – в физиокабинете, на кушетках, со стационарными – в палатах, на кроватях). Классическое положение лёжа для беременных на поздних сроках не подходит, т.к. живот мешает долго лежать на спине. Я предлагаю женщинам занять максимально удобное положение, в котором они смогут находиться, желательно неподвижно, в течение 30 минут. Чаще всего это положение на боку (в зависимости от нахождения спинки плода), но так, чтобы руки и ноги лежали свободно, ничем не сдавленные и не перекрещенные. Подушка под головой должна быть не слишком высокой. Заколки, резинки и зажимы с волос я прошу снять. С учётом развития современной техники прошу отключить сотовые телефоны. Комнату в последнее время я не затеняю (это не очень важно). Если я провожу аутотренинг у себя в кабинете, то это классическое положение сидя, откинув голову на подголовник, руки находятся на подлокотниках кресла. Женщины в обуви на высоком каблуке обычно обувь снимают. В послеродовом периоде положение пациенток классическое, руки лежат вдоль туловища ладонями вниз, ноги не скрещены. Голова свободно лежит на подушке.

Когда пациентки удобно устраиваются, я говорю: “Ну вот, все легли свободно. Вы будете слушать музыку, слушать мой голос. Хотите – повторяйте про себя мои слова, хотите – просто слушайте. Закрывайте глаза. Приготовьтесь полчаса отдохнуть.”.

Я включаю магнитофон с записью шума прибоя океана и на этом фоне проговариваю текст. Текст идёт примерно в течение 20 минут, затем в течение 5-7 минут идёт музыка, после чего я начинаю выводить пациенток из релаксационного состояния следующим образом: "Я постепенно начинаю выходить из дремотного состояния. Сознание проясняется. Голова ясная, светлая, лёгкая. Думаю только о хорошем, настраиваюсь на лучшее. Тело хорошо отдохнуло. Тело зарядилось силой, энергией, здоровьем. Тело молодое, крепкое, здоровое, бодрое, энергичное, всё как бы наполнено пузырьками прохладной воды. Голова ясная, светлая. Сожмите руки в кулаках. Раз – два – три... Согните руки в локте три раза. Раз – два – три... Глубоко вдохните – выдохните. Открывайте глаза."

После того, как женщины открывают глаза, я подхожу к каждой и спрашиваю их о том, как они себя чувствуют. Обычно состояние пациенток после сеанса улучшается, они говорят, что хорошо отдохнули.

Если я вижу, что женщины не реагируют на инструкции и продолжают спать, и им не нужно куда идти – я убавляю громкость звука до нуля, вынимаю вилку из розетки (чтобы не было щелчка) и тихо ухожу из палаты, прикрыв за собой дверь. Естественный сон после аутотренинга может длиться до 2 часов. Если женщины предупреждают меня, что их нужно разбудить через полчаса занятий, то это можно сделать обычным похлопыванием по телу.

При тазовом предлежании плода требуется помощь в исправлении положения плода в полости матки на нормальное, головное. В нашем центре тазовое предлежание при доношенной беременности и весе плода более 3 килограммов является показанием к проведению плановой операции кесарева сечения. Естественным, что разворот плода до родов в полости матки головкой вниз является крайне желательным. Лучше всего это делать в периоде с 28 по 34 неделю беременности (т. е. когда положение плода уже выносится в диагноз беременной) и при предполагаемом весе плода до 3 кг. Маловодие, большой вес плода и поздние сроки беременности осложняют процесс разворота. Однако при небольшом весе плода и сильной мотивации женщины разворот становится возможен.

Так, с моей помощью за неполных 2 месяца с начала работы было проведено успешное разворачивание 2 плодов с весом до 3 кг при сроках 34-35 недель.

Психологическая помощь при тазовом предлежании ведётся в двух направлениях: 1) специфический аутотренинг и 2) музыкальная терапия плода.

Аутотренинг при тазовом предлежании плода
Начинается стандартно (см. выше).

Я настраиваюсь на занятие аутогенной тренировки....

Делаю спокойный, глубокий вдох...И выдох...
Все посторонние мысли отбрасываю...

Каждая фраза занятия становится ощущением...

Мой мысленный взор медленно скользит по моим рукам...Мышцы моих рук расслабляются и теплеют...Мышцы рук тёплые, вялые, неподвижные, тяжёлые, расслабленные...Руками не хочется двигать...Руки как будто опущены в тёплую воду...Тёплая волна пробегает по моим рукам...От кончиков пальцев...Через кисти...Предплечья...Плечи...И откатывается назад...До самых кончиков пальцев...И снова поднимается вверх...

Я спокойна...Я совершенно спокойна...Я уверена в себе...и здоровых возможностях...своего организма...и своей психики...

Организм хорошо отдыхает...Готовится к родам... Которые произойдут совершенно естественным путём...В срок...Назначенный природой...Мой ребёнок тоже готовится к родам...И разворачивается в полости матки...В положении...Естественном для родов...Головкой вниз...Чтобы, родившись, сразу открыть свои глазки...И увидеть меня...

Я спокойна...Я совершенно спокойна...

Мой мысленный взор медленно переключается на мои ноги...Ноги тоже теплеют и расслабляются...Ноги тёплые, тяжёлые, вялые, неподвижные, расслабленные, словно уставшие, как будто я долго-долго шла пешком...Ногами не хочется двигать... Ноги как будто опущены в тёплую воду...Тёплая волна пробегает по моим ногам...от кончиков пальцев...через стопы...голени...бёдра...и спускается назад...к самым кончикам пальцев...и снова поднимается вверх...Тепло и тяжесть разливается по моим ногам...

Я спокойна...Я совершенно спокойна...Я уверена в себе...и здоровых возможностях...своего организма... и своей психики...

Организм хорошо отдыхает...готовится к предстоящим родам...которые произойдут совершенно естественным путём...в срок...назначенный природой...

Мой ребёнок тоже готовится к предстоящим родам...и разворачивается в полости матки естественным образом – головкой вниз....

Я спокойна, я совершенно спокойна...

Тёплая волна, пробегая от кончиков пальцев ног через стопы, голени, бёдра, поднимается ещё выше...омывает ягодицы, промежность, половые органы, низ живота...Всё это становится мягким, тёплым, расслабленным... Организм спокойно и естественно... готовится к предстоящим родам...которые произойдут в срок...назначенный природой...

Я спокойна, я совершенно спокойна...

Тёплая волна поднимается от ягодиц выше...по спине...по позвоночнику...омывает лопатки...плечи... Спина становится тёплой, мягкой, расслабленной...Позвоночник – гибким и подвижным...

Плечи закругляются...становятся мягкими...женственными...и в то же время очень сильными... Я знаю...что смогу вынести всё на своём жизненном пути... Мне хватит для этого сил, здоровья, душевного спокойствия...Я спокойна, я совершенно спокойна...

Тёплая волна от низа живота поднимается выше... и охватывает весь мой большой и круглый живот...и ребёнок в нём устраивается в естественном и удобном для родов положении... головкой вниз... За время беременности мы с ребёнком станем всё ближе друг другу...всё больше учимся понимать и любить друг друга...помогать друг другу во всём... Я и мой ребёнок очень хотим, чтобы наши роды прошли спокойно и естественно... Мой ребёнок помогает мне и разворачивается в полости матки головкой вниз, чтобы маме было легче родить его...

Я спокойна, я совершенно спокойна... Я уверена в себе и здоровых возможностях своего организма и своей психики...

Живот прогревается глубинным теплом... Солнечное сплетение начинает струить волны покоя и нежности по всему организму...Дышится легко и приятно...Сердце бьётся спокойно и ровно...Волны любви и нежности укутывают моё сердце... Я думаю о своём ребёнке... Я спокойна, я совершенно спокойна...

Грудь тёплая, мягкая, нежная... Грудь готовится к кормлению малыша... Я с радостью буду кормить своего ребёнка грудью... Молока будет много, чтобы он вырос сильным, крепким, здоровым...

Я спокойна, я совершенно спокойна...

Тёплая волна от груди поднимается выше... Шея моя расслабляется и теплеет...Шея становится гибкой и подвижной... Я попеваю про себя...А О У МММ...И дыхание становится глубже и свободнее...

Я спокойна, я совершенно спокойна...

Тёплая волна поднимается от плеч через затылок и темя... спускаясь на лоб, становится приятно прохладной...В лицо мне дует чистый, свежий, приятно прохладный ветерок...он щекочет мне ноздри...Дыхание свободное, естественное, полноценное. Я спокойна, я совершенно спокойна... На лице словно лежит приятная прохладная маска. Расслабляются мышцы лба...Расслабляются веки...Расслабляются щёки...Расслабляются губы и зубы во рту...Расслабляются мышцы подбородка... Всё лицо расслабленное, мягкое, спокойное, доброе...Я думаю о своём ребёнке...Я спокойна, я совершенно спокойна... Организм хорошо и полноценно отдыхает, готовится к предстоящим родам, которые произойдут совершенно естественным путём в срок, назначенный природой...

Постепенно руки мои становятся очень лёгкими и начинают всплывать в воздухе...Лёгкими становятся ноги мои...Они тоже начинают всплывать

в воздухе...Всё моё тело становится лёгким и невесомым и начинает парить в воздухе...Мы с моим ребёнком парим в воздухе...окунаясь в волны Океана...вновь поднимаясь в небо...и это состояние полёта, парения, невесомости очень приятно...

Далее продолжает звучать музыка шума прибоя. Выход из состояния релаксации – см. выше.

Музыкальная терапия плода

При тазовом предлежании оказалась достаточно эффективной. За заочное обучение этой методике я благодарю акушеров Эстонии (узнала я об этом из книги Т.С.Качалиной, Е.В.Третьяковой и О.М.Стрельниковой “Психологическая и физическая подготовка беременных к родам”). Однако я несколько модифицировала применение этой методики. После определения тазового предлежания плода, когда гинеколог указывает женщине, с какого бока находится спинка (многие женщины знают это сами по шевелениям плода), я предлагаю женщинам использовать плеер с наушниками, располагая их (при нормальной громкости) на уровне спинки ближе к плечикам со стороны головки на обнажённый живот беременной в положении лёжа либо сидя в удобном кресле. Время прослушивания не ограничивается (в отличие от регламентации акушеров Эстонии – по 1 часу 2 раза в неделю). В наборе мелодий – ритмическая музыка в мажорном ключе – классическая, джазовая, инструментальная, этническая (африканские барабаны, вальсы Штрауса, произведения Глинки, Шопена, Вивальди, Мендельсона ...)

Будущие матери с тазовым предлежанием плода отмечают, что во время музыкальной терапии и аутотренинга происходят интенсивные движения ребёнка (часто это бывает заметно на поверхности передней брюшной стенки). Не следует пугаться этого – идёт процесс разворота. В отличие от плодов с тазовым предлежанием, плоды с головным предлежанием во время проведения аутотренинга затихают и засыпают. При проведении аутотренинга родильниц их дети, находящиеся в одной с ними палате, даже если на первом сеансе проявляли беспокойство, то на последующих сеансах тоже успокаивались и засыпали.

Аутотренинг в послеродовом периоде

Я настраиваюсь на занятие аутогенной тренировки...Делаю спокойный, глубокий вдох...и выдох...Все посторонние мысли отбрасываю...Каждая фраза занятия становится ощущением...

Мой мысленный взор медленно скользит по моим рукам... Руки мои расслабляются и теплеют...Руки тёплые, вялые, неподвижные, расслабленные...Руками не хочется двигать...Руки как будто опущены в тёплую воду...Тёплая волна пробегает по моим рукам... от кончиков пальцев... через кисти... предплечья... плечи... и откатывается вниз до самых кончиков пальцев... и снова поднимается вверх... Тепло и тяжесть разливается по моим рукам...

Я спокойна... Я совершенно спокойна... Я уверена в себе и здоровых возможностях своего организма и своей психики... Организм хорошо отдыхает, восстанавливается после родов... Набирается сил... энергии... здоровья... душевного спокойствия...

Мой мысленный взор медленно скользит по моим ногам... Ноги мои тоже расслабляются и теплеют... Ноги тёплые, тяжёлые, вялые, неподвижные, расслабленные... словно уставшие... как будто я долго-долго шла пешком... Ногами не хочется двигать... Тёплая волна пробегает по моим ногам... от кончиков пальцев... через стопы... голени... бёдра... и спускается вниз до самых кончиков пальцев... и снова поднимается вверх... Тепло и тяжесть разливаются по моим ногам...

Я спокойна... Я совершенно спокойна... Организм хорошо отдыхает, восстанавливается после родов...

Тёплая волна, пробегая от кончиков пальцев ног... через стопы... голени... бёдра... становится приятно прохладной... и омывает мои ягодицы... промежность... половые органы... низ живота... Застывают и заживают все ранки... Матка хорошо сокращается после родов... принимает первоначальные размеры и форму... как до беременности... Я спокойна... Я совершенно спокойна...

Волна поднимается от ягодиц выше... по спине... по позвоночнику... омывает лопатки... плечи... Спина становится тёплой, расслабленной... Позвоночник – гибким и подвижным... Плечи закругляются, становятся женственными... и в то же время очень сильными... Я знаю, что смогу вынести всё на своём жизненном пути... мне хватит для этого сил, энергии, здоровья, душевного спокойствия...

Я спокойна... Я совершенно спокойна...

Приятно прохладная волна поднимается от низа живота выше... омывает весь мой живот... живот становится приятно прохладным и упругим... Матка хорошо сокращается после родов... принимает первоначальные размеры и форму, как до беременности... Солнечное сплетение начинает струить волны покоя и нежности по всему организму... Дышится легко и приятно... Сердце бьётся спокойно и ровно... Волны любви и нежности окутывают моё сердце... Я думаю о своём ребёнке... Я спокойна... Я совершенно спокойна...

Грудь становится тёплой, мягкой, расслабленной... Молоко прибывает с каждым днём... Я с

радостью буду кормить своего ребёнка грудью... чтобы он вырос здоровым, крепким и сильным... Молока будет много... Я спокойна... Я совершенно спокойна...

Тёплая волна от груди поднимается выше... Становится гибкой и подвижной шея моя... Шея моя расслабляется и теплеет...

Я припеваю про себя А О У МММ... и дыхание становится глубже и свободнее... Я спокойна... Я совершенно спокойна...

Тёплая волна от плеч поднимается выше... через затылок, темя... спускаясь на лоб, становится приятно прохладной... Свежий, чистый, приятно прохладный ветерок дует мне в лицо, щекошет мне ноздри... Дыхание свободное, естественное, полноценное... Дышится легко и приятно... Я спокойна... Я совершенно спокойна... На лице словно лежит лёгкая прохладная маска... Расслабляются мышцы лба... расслабляются веки... расслабляются губы... и зубы во рту... расслабляются мышцы подбородка... Лицо спокойное, доброе... Я думаю о своём ребёнке... Я спокойна... Я совершенно спокойна...

Постепенно руки мои становятся необычайно лёгкими... и начинают всплывать в воздухе... Очень лёгкими становятся ноги мои... Они тоже начинают всплывать в воздухе... Всё моё тело становится лёгким и невесомым и начинает парить в воздухе... Я словно парю в воздухе... опускаясь в волны Океана... вновь поднимаясь в небо... и это состояние полёта, парения, невесомости очень приятно... Я хорошо отдыхаю, набираюсь сил, энергии, здоровья, душевного спокойствия...

Далее играет музыка, и через 5-7 минут я вывожу пациенток из состояния релаксации.

После проведения аутотренинга женщины отмечали улучшение настроения, снижение тревожности, слезливости, нормализовался ночной и послеобеденный сон. Число сеансов обычно составляло 4-5, но даже проведение 2-3 сеансов оказывало хорошее лечебное воздействие. Я не практиковала в своей работе назначение седативных средств и транквилизаторов, т.к. мы вполне обходились без этого.

Таким образом, методика аутотренинга очень проста, но достаточно эффективна в сфере акушерства и гинекологии, и я рекомендую её для применения психотерапевтам родильных домов и женских консультаций.

Литература:

1. В.С.Лобзин, М.М.Решетников. Аутогенная тренировка. - Л., 1986
2. А.А.Александров. Современная психотерапия. – СПб., 1997
3. Т.С.Качалина, Е.В.Третьякова, О.М.Стрельникова. Психологическая и физическая подготовка беременных к родам. - Нижний Новгород, 2003

ЛИЧНОСТНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ: СОДЕРЖАТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОПАСЕНИЙ И СТРАХОВ СОВРЕМЕННОГО ШКОЛЬНИКА

Н.Г.Путимцева

г. Сочи

В связи с происходящими изменениями в жизни общества, порождающими неопределенность и непредсказуемость будущего, в последнее десятилетие в психологической науке и практике значительно усилился интерес к изучению тревожности, её проявлений, характеристик, влияния на общее развития человека. Именно тревожность лежит в основе целого ряда психологических трудностей детства, в том числе многих нарушений поведения, коммуникативных контактов, служит источником негативного поведения.

В целом, данное психическое образование может выступать одновременно и показателем внутреннего состояния человека, и характеристикой его поведения и межличностных коммуникативных контактов. Известно, что некоторый уровень тревожности в норме свойственен всем людям и является необходимым для оптимального приспособления человека к действительности. Однако наличие тревожности как устойчивого образования свидетельствует о нарушениях в личностном развитии, которые проявляются в когнитивном, эмоциональном и операциональном аспектах её жизнедеятельности.

В настоящее время выделяются два вида источников устойчивой тревожности: внешние; например, такие как длительные стрессовые ситуации; и внутренние – как невротические и преневротические образования, порождаемые внутриличностными конфликтами. Внешние и внутренние причины взаимообуславливают друг друга и способствуют закреплению длительного тревожного состояния.

Понимание тревожности, как относительно устойчивой личностной характеристики, заставляет обратить особое внимание на её содержательную наполненность, содержание и характер страхов и опасений, обеспечивающих общее состояние тревоги. Тревожность может быть вызвана, по сути, любым внутренним конфликтом. Определяющим ее является не содержание конфликта и не степень осознанности или неосознанности его составляющих, а

внутреннее смысловое отношение к стрессогенным факторам. Именно внутренняя значимость определяет силу конфликтующих переживаний, создает эмоциональное напряжение, которое переживается, как тревожность. Длительное сохранение внутриличностного конфликта способствует сохранению и усилению тревожности.

Содержание тревожности представляет исключительный интерес для изучения в отношении подросткового и юношеского возраста, так как именно в этот период закладывается базовый фундамент психической активности и социальной адекватности зрелой личности.

Изучение содержания и области проявления страхов и тревог школьников проводилось у 166 учащихся 5–11 классов СШ № 82 п. Дагомыс Лазаревского района г. Сочи.

На первом этапе, с помощью методики неоконченных предложений, выявлялись наиболее остро переживаемые детьми страхи. По результатам этого этапа был создан «общий перечень» страхов и опасений школьников.

В соответствии с общепринятыми статистическими критериями условием, свидетельствующим, что эта категория страха характерна для детей данного возрастного периода, явилось наличие данной категории не менее чем у 80% испытуемых школьников. Те явления или сферы действительности, которые вызывали тревогу у большинства школьников, вне зависимости от наличия общей устойчивой тревожности, условно были обозначены как возрастные «пики» тревожности.

На втором этапе данный «перечень» предлагался для оценки другим учащимся 5–11 классов. Анализ данных проводился как в отношении критерия возраст школьника: подростковый – юношеский возраст, так и по половому признаку: девушки – юноши. На основании полученных данных были выделены следующие зависимости между возрастом школьника и областью проявления и категорией страхов.

Возрастные «пики» тревожности и страхов

Возраст и пол испытуемых	Область проявления тревожности, содержание страхов
11-12 лет, девочки	Школа: непонимание материала, неуспех, контрольные, насмешки учителей и одноклассников Социальные страхи: «опасные» люди Визуально-социальные страхи: физическое насилие «Архаические» страхи: темноты, крови, внезапных резких звуков

Возраст и пол испытуемых	Область проявления тревожности, содержание страхов
11-12 лет, мальчики	Школа: неуспех, наказания, замечания, оценки, насмешки учителей и одноклассников Сверстники: неприятие, насмешки Витальные страхи: смерть, травма Витально-социальные страхи: физическое насилие, ограбление Семья: болезнь и смерть родителей
13-14 лет, девочки	Школа: непонимание материала, неуспех, насмешки учителей и одноклассников «Я»: внешность, неуспех, непохожесть на других «Магические страхи»: потусторонних сил, судьбы, «сглаза» Витальные страхи: смерть, смертельные болезни Семья: болезнь и смерть родителей
13-14 лет, мальчики	«Я»: неудачи, непопулярность Взрослые: ссоры, конфликты, непонимание «Архаические» страхи: боязнь темноты, высоты, огня и др.
15-17 лет, девушки	«Я»: внешность, будущее: личное и профессиональное Сверстники: отвержение «Магические» страхи: потусторонних сил, судьбы, «сглаза»
15-17 лет, юноши	Социальные страхи: будущее, армия «Я»: внешность, оказаться смешным, будущее, несостоятельности, боязнь затруднительных положений

Прежде всего, следует отметить, общий высокий уровень страха у школьников всех рассмотренных возрастов. В отношении как возрастного, так в полового признаков уровень страха у всех школьников имеет примерно равную выраженность.

В анализе результатов исследования обращают на себя внимание ряд моментов:

- высокий уровень «школьных» страхов, «архаических» и «магических» страхов;
- высокая выраженность страхов относительно будущего. Данная направленность опасений и страхов характерна преимущественно для раннего юношеского возраста. У юношей опасения за будущее отражено как в традиционной категории «Я»-страхов, так и касается широкого круга вопросов, связанных с социальными опасениями, например со службой в армии;
- наличие боязни морального унижения, возможной как со стороны взрослых, так и со стороны сверстников;

- практически во всех возрастах представлена боязнь физического насилия, причем как у мальчиков, так и у девочек.

Нужно отметить, что боязнь физического насилия приобретает в ответах школьников ярко выраженную социальную окраску. Страх за свою жизнь, за свое здоровье отражает состояние социальной незащищенности школьников.

Значимость полученных данных определяется возможностью оказания превентивной психологической поддержки по «пиковым» областям личностной тревожности школьников до возникновения у детей тревожных переживаний. С другой стороны, полученные результаты свидетельствуют о достаточной распространенности случаев морального и физического унижения детей. Становится очевидным, что изменившаяся социальная обстановка определяет области страхов школьников, определяющих состояние тревожности, требует незамедлительных социальных и психологических мер.

КРИМИНАЛИЗАЦИЯ РАЗГОВОРНОЙ РЕЧИ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ, ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ

М.С.Соковнина

г. Санкт-Петербург

Один из величайших людей прошлого времени сказал в своем поэтическом произведении:

«Я ловчим соколом летел с ладони Всеблагого,
Туда, куда вело меня Божественное Слово.....»

Куда же ведет современное слово современно-го человека?

В настоящее время в русской языковой культуре происходит опасный процесс, который может быть назван криминализацией разговорной речи.

Это означает, что в активный словарь разговорного языка внедряется все больше и больше слов и идиоматических оборотов, пришедших из преступной субкультуры. Некоторые из этих слов и оборотов стали настолько общеупотребительными, что их происхождение забыто, а иногда забыто и первоначальное значение. Процесс криминализации языка происходит сейчас не только со взрослой речью, но также и с детской речью. А для детей это более опасно, так как у них идет процесс формирования системы ценностей и отношений с окружающим их миром.

Почему происходит криминализация языка? К тому есть несколько причин. Один из важных факторов – это «криминализация» сообщений, идущих из средств массовой информации. Особенно – из печати и телевидения, которому дети отводят очень много времени, зачастую больше, чем взрослые. В газетах пишут о преступлениях, о жизни преступного мира, о наркомафии, и т.п. Художественные фильмы, новости дня рассказывают о преступлениях. Романы, продающиеся в магазинах, ларьках и на открытых лотках – о том же. И даже комиксы, мультфильмы и игрушки посвящены преступлениям, погоням за преступниками, разнообразным злодеям, звездным войнам, цивилизациям из далекого космоса, нападающим на человечество, и так далее. Стремясь быть «ближе к правде жизни», а точнее говоря, авторы в погоне за прибылью, стараются привлечь читателя и зрителя любыми средствами. Авторы этих «произведений» зачастую излишне подробно воспроизводят преступную субкультуру, в том числе посредством языка, при этом искусство подменяется натурализмом. И ребенок, проводя время перед телевизором, невольно впитывает то, что идет к нему с экрана. Последние несколько лет интенсивно развивается компьютерный бизнес, в котором также активно эксплуатируется данная тематика.

Второй фактор криминализации языка – это дворовые детские субкультуры, влияние которых тем больше, чем меньше ребенок находится под присмотром, и чем слабее его связь с семьей. Переносчиками этой субкультуры являются дети из

так называемых «маргинальных» семей и дворовые компании. Сначала дети слышат «выражения», о которых здесь идет речь, от своих родителей, а затем они приносят их в свой детский сад, в школу, и передают их детям из других семей. Определенное место занимают в этом процессе дети, не имеющие достаточной заботы и контроля времени со стороны заботящихся о них взрослых, и поэтому попадающие в различные «компании» и пополняющие лексикон из этой среды. Опыт общения с родителями в образовательных учреждениях (школах, детских садах) показывает, что за последние десять лет объем внимания и времени, уделяемого родителями детям, уменьшился (по-видимому, в связи с экономическими проблемами и необходимостью больше работать). В школе дети делятся своим словарем с другими детьми.

Приведу пример из школьной практики. На перемене ко мне подошел мальчик, ученик второго класса. «А я вчера Петю (имя изменено) опустил», – радостно сообщил он мне. Тогда я поинтересовалась, что же произошло. Оказалось, что он у своего приятеля выиграл много фишек. Между тем, у меня это сообщение вызвало легкое потрясение. Глагол «опустить» в криминальном и тюремном жаргоне означает «совершить насильственный акт мужеложества», то есть оно означает акт сексуального оскорбления. Осуществляется оно в преступном мире с целью понижения социального статуса изнасилованного в рамках группировки. И это слово было произнесено устами восьмилетнего ребенка по отношению к другому ребенку.

Неизвестно, какими путями пришло это слово к ребенку из культурной, благополучной семьи, никак не связанной с антисоциальным миром, но речь его, благодаря этому слову, содержала антисоциальное мироотношение и мироощущение. Один из компонентов антисоциального мироотношения – это отношение к человеку как к предмету, как к материальному объекту, лишенному индивидуального сознания. Поэтому по отношению к человеку в антисоциальных субкультурах часто используются глаголы, которые в русском языке обозначают действия человека по отношению к неодушевленным предметам. Например, такие глаголы как:

Бортануть – взять что-либо и не вернуть (первоначально – толкнуть бортом чужой корабль при пиратском налете).

Колоть – допрашивать, добываясь правдивых показаний (колют дрова).

Клеить – приставать, знакомиться с женщиной (клеют бумагу, древесину, другие материалы).

Кинуть – ограбить, отобрать, обмануть (кидают камни, палки).

Компостировать мозги – обманывать, вводить в заблуждение (компостируют билеты).

Молотить – избивать (молотят зерно).

Состыковаться – договориться (стыкуются вагоны, космические корабли, соединяемые детали какой-либо вещи).

(Здесь и далее основная часть толкований слова приведены из книги: «Словарь воровского языка. г. Тюмень. НИЛПО, 1991»).

Другой пример из школьной практики. Я спрашиваю ученика 2 класса (8 лет): «Как ты сам себя хвалишь, когда получаешь в школе пятерку?» «Ну, ты пахан молодец», – отвечает ребенок. Слово «пахан», использованное ребенком во внутренней речи к себе, означает «старый вор, хорошо знающий обычаи и пользующийся у воров авторитетом, в ряде случаев разрешающий конфликты, содержатель воровского притона, притона азартных игр; главарь преступной группировки...» [5].

Психологическая причина криминализации детской речи – это стремление ребенка быть «сильным» и «взрослым» и не владение другими, более адекватными средствами для достижения этой цели. Зачастую это бывает с мальчиками, которым не хватает мужского воспитания (из-за отсутствия отца в семье, или же из-за сильного дефицита времени у папы, который фактически сыном не занимается). Для таких мальчиков характерно выбирать для построения своей мужской модели поведения сверстника или старшего мальчика с негативной, демонстрирующей силу, моделью поведения. Одна из важных функций «криминального» языка – это демонстрация силы, превосходства над другим человеком, что в свою очередь является неадекватным средством преодоления комплекса неполноценности.

Есть еще социальная причина изменения нашего лексикона, связанная с особенностями нашей государственности. В том государстве, где законная власть не имеет фактической силы реализации законности, т.е. достаточно сильной исполнительной власти, там начинает процветать и властвовать физическая сила. Этот процесс протекает в равной степени одинаково как на уровне малых групп (например, школьного класса), так и в рамках всего государства в целом. Поскольку законная власть слаба, то каждый индивидуум начинает понимать, что для удовлетворения его потребностей необходимо пользоваться силой, расталкивать других локтями, так как нет механизма, устанавливающего «очередность», или порядок. Одним из символов владения этой силой является использование лексикона той социальной группы, которая этой силой владеет, и которая, именно при помощи силы, решает возникающие проблемы.

Почему же является настолько важным, какие именно слова мы употребляем в своей речи? Почему

так важно голову называть головой, но не башкой, кочаном или тыквой (котелком, кочаном, арбузом)? Словарь и слова отражают систему ценностей, отражают отношение человека к тем предметам и явлениям, о которых идет речь. Поэтому и взрослый человек, и ребенок, употребляя в речи определенные слова, сначала впитывает, а затем и реализует ту систему ценностей, которую они (эти слова) несут. А та система ценностей, которую несет язык преступного мира, ведет к цинизму, к потере идеалов и ценностей, выработанных передовой частью человечества, ведет к потребительскому и манипулятивному отношению к другому человеку.

Язык отражает структуру ценностей того или иного народа, той или иной субкультуры, которую он «обслуживает». Полного тождества понятий в языках различных народов нет. Например, у гренландцев имеется более 20 понятий, отражающих состояние снега. В русском языке такого количества этих понятий нет. Это связано с тем, что для гренландцев, для выживания в их географическом ареале состояние снега имеет огромное значение. Мы живем в другой географической зоне и в других бытовых условиях, созданных цивилизацией, для нас состояние снега не имеет такого значения.

В языке преступного, воровского мира наличествует не менее 17, а возможно и более слов, обозначающих принятие спиртных напитков (кирять, бухать, и так далее). И примерно такое же количество выражений, обозначающих употребление наркотиков. Некоторые из этих слов перешли в наш повседневный словарь. Например, слово «кайфовать», первоначально означающее «принимать наркотики, наслаждаться опьянением» теперь используется в самом общем смысле «получать удовольствие от чего-либо». Аналогичный процесс произошел со словом «прикол» (слово «прикол» происходит от слова «укол», так как укол иглой шприца необходим для введения наркотика).

Вместе с этими словами из воровского и преступного лексикона в сознание человека, взрослого или ребенка, внедряется и скрытая за ними система ценностей, а именно – физическое удовольствие, наслаждение как главная ценность бытия.

Набор содержащихся в языке понятий отражает особенности мироотношения, характерного для той среды, в которой он используется.

Например, обозначение женщины словом «телка» пришло в язык из преступной среды, и оно уже стало обычным для анекдотов, которые печатаются в газетах и журналах, оно стало привычным в устах молодых людей. Это слово отражает отношение к женщине как к объекту, используемому для получения удовольствия, глупому и беззащитному, как корова, и в котором воспринимаются лишь физические качества, присущие животному.

Две наиболее представленные и наиболее сильные темы в жаргоне криминального мира – это тема

удовольствия и тема превосходства одного индивидуума над другим. Обратная сторона последней темы – это тема унижения другого человека, так как единственным средством превзойти другого является унижение, попрание человеческого достоинства (чужого, разумеется).

По отношению к мальчикам, подросткам часто используются слова, пришедшие из той же сферы, и их явная или скрытая цель – принизить другого, унижить его достоинство как человека. Это слова, многие из которых Вам известны: шкет, сывка, шибзик, жук, кадр, кореш, шушера, малолеток, молоток, мужик, пацан, хмырь, субчик, фрукт, фуфло, чайник. По отношению к девочкам используются слова оторва, шмакодявка, промокашка. Первоначальное значение многих из этих слов забыто.

Вот значение некоторых:

Субчик – сводник, сутенер (в разговорной речи можно услышать: «Ну ты и субчик» - как упрек в чем-либо). Шкет – вор-подросток, маленький. Сывка – вор-подросток, голодранец, проститутка. Шибзик – маленький. Жук – игрок на бильярде, преступник, пройдоха (часто мы говорим о другом: «он еще тот жук»), понимая по этим хитрого человека, себе на уме, обманщика, преследующего свои скрытые интересы). Кадр – парень. Кореш – участник (преступного дела). Сейчас этим словом часто называют приятеля. Шушера – вор, совершающий мелкие кражи, болтун и др. В простой речи теперь этим словом обозначают ничего не значащих людей, подобно тому, как и в преступном мире на низкой ступеньке социальной лестницы находится человек, совершающий мелкие кражи. Малолеток – несовершеннолетний преступник, совершающий преступления вместе с взрослыми. Молоток – положительный, молодец.

Также в языке преступного мира присутствует большое число слов, обозначающих части человеческого тела. Это связано с тем, что в криминальном мире метод физического воздействия на другого человека является основным методом решения проблемы. Вот некоторые из сих слов, уже давно перешедшие в молодежный лексикон:

Рот – варежка, фонтан, сопло («Заткни свой фонтан», «Закрой сопло»- можно услышать вместо «Замолчи»).

Голова – чан, бестолковка, сообразировка, тыква, котелок, чердак, арбуз, и много других.

Нос – клюв, паяльник. Шея – Холка. Пальцы – грабли («Убери свои грабли», - вместо «Не трогай»).

Каждая часть тела имеет в преступном мире много названий, но не все они ассимилировались бытовым языком. Однако все они выполняют задачу принижения человека в целом. Также их функция – профанация основного значения той или иной части тела. Например – голова выполняет функцию мышления, а значит принятия решения человеком о своей жизни. Называя голову чаном, котелком,

арбузом или чердаком (куда люди обычно складывают хлам, и где никто не живет), мы автоматически принижаем способность человека мыслить и принимать ответственные и адекватные решения в своей жизни.

Последствия приписывания человеку, особенно ребенку, названий, принижающих его или не соответствующих его действительным качествам, описаны и детально рассмотрены в таком направлении психологической науки, как транзактный анализ. Эти приписываемые качества названы в транзактном анализе «атрибутами» [7]. Ребенок усваивает приписываемые ему «атрибуты», формирует представление о себе самом, и далее соответственно этому представлению формирует сценарий или неосознаваемый план жизни, в котором он действует в соответствии с приписанными ему «атрибутами». Именно по этой причине важно создавать вокруг детей среду, в которой мальчики не называют своего сверстника «козлом», а девочку – каким-либо другим неподходящим словом. И не менее важно, чтобы «атрибуты» не приписывались ребенку в семье и в детском учреждении значимыми взрослыми. Даже те «атрибуты», которые вроде бы с точки зрения родителей и учителей соответствуют качествам ребенка, например, такие часто употребляемые, как «лентяй» или «драчун», приносят огромный вред, так как формируют у ребенка образ самого себя, за который ему потом трудно выйти. И, так как эти «атрибуты» являются одновременно негативными актами признания («поглаживаниями», как принято называть в транзактном анализе), то есть формами, в которых ребенок привыкает получать знаки внимания, то впоследствии он начинает своим поведением неосознанно провоцировать окружающих на то, чтобы они уделяли ему внимание именно в этой форме.

Наряду с тем, что бытовая речь в настоящее время изобильно насыщена «атрибутами», которыми взрослые характеризуют детей, дети – друзьями и одноклассниками, родителей («мои предки»), наряду с этими разнообразными способами обесценивания важности человека, человеческих отношений, человеческих чувств, качества человеческой жизни, есть и еще одна особенность молодого современного поколения: чрезвычайно обедненный запас слов, используемых для описания внутренней жизни человека и его личностных качеств. Таким образом, обнаруживается, что нет того, что можно было бы противопоставить, что можно было бы использовать в речи и в мышлении вместо понятий, предлагаемых преступной субкультурой. Зачастую ученик первого класса, когда его спрашивают о том, какая его мама, затрудняется что-либо сказать, кроме того, что она «хорошая». А «свято место», как говорят, «пусто не бывает». Вот и заполняется оно всякой «чертовщиной».

Система ценностей и структура взаимоотношений в группировках преступного мира доступно, популярно и вместе с тем высокопрофессионально описана психотерапевтом Добровичем А.Д. в его книгах «Воспитателю о психологии и психогигиене общения» и «Общение: наука и искусство» в разделе, посвященном так называемому «примитивному уровню общения» [2, 3]. В ряде случаев эта структура и эта система ценностей повторяется в подростковых группировках.

Имеет смысл ознакомиться с этой системой ценностей и структурой взаимоотношений по книге, с тем, чтобы иметь возможность осознанно противостоять ей, предлагая иной иерархически более высокий стиль взаимоотношений.

Возможные направления решения проблемы для родителей состоят в следующем:

1. Прежде всего, самовоспитание и контроль за собственной речью в общении с детьми и с другими людьми в присутствии детей.

2. Контроль телепередач, просматриваемых ребенком, с их содержательной стороны.

3. Реагирование на речь ребенка, на употребляемые им слова, объяснение их смысла и назначения, нравственной позиции.

4. Помощь ребенку в формировании его круга общения (вместо запрета на те отношения, которые не нравятся родителям) – начиная с дошкольного возраста.

5. Участие отца в воспитании мальчиков.

6. Помощь мальчикам в освоении занятий, связанных в нашей культуре с образом мужественности; в частности - мужских видов спорта: футбола, борьбы, регби, шахмат и т.п., а также мужских видов мастерства: моделирования, строительства, рыболовства, охоты, работы с техникой, и других.

7. Расширение кругозора и повышения культурного уровня семьи и ребенка.

8. Расширение активного и пассивного словаря ребенка через чтение литературы.

9. Беседы родителей с ребенком о внутреннем мире человека, о своих собственных переживаниях, отношениях, с тем, чтобы у детей формировался набор понятий для описания переживаний, для понимания других людей, их особенностей.

10. Участие ребенка в коммуникативных тренингах под руководством психолога или психотерапевта.

11. Участие родителей или одного из родителей в коммуникативных тренингах под руководством психолога или психотерапевта

Однако данная проблема является не только личной проблемой родителей, но и общественной, социальной проблемой, требующей общественного

решения. Эта проблема была в определенной степени спровоцирована неправильным пониманием «свободы слова». «Свобода слова» была истолкована, как «свобода говорить все, что угодно». Но свобода слова - это не свобода оскорблять, а **свобода выражать свое мнение, взгляды и позиции в достойной, уважительной по отношению к человеку и к обществу форме.**

Исследования, наблюдения, сделанные транзактными аналитиками за последнее время, говорят о том, что «сценарное программирование» осуществляется не только родителями ребенка, но и его более широким окружением. Так, транзактные аналитики Джеймс Р. Аллен и Барбара А. Аллен (James R. Allen, M.D. was Associate Professor of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Oklahoma Health Center. Barbara A. Allen, M.S.W., M.P.H. was Instructor, Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Oklahoma Health Center) пишут об этом в своей статье «Сценарий. Роль Разрешения»: «Из наблюдения младенцев и более старших детей в обстановке раннего питомника и детской психиатрии, авторы были поражены двумя факторами, которые не были еще достаточно подчеркнуты в литературе по транзактному анализу. Прежде всего, ребенок не обязательно приобретает разрешения и приказания от воспитывающих его значимых фигур. Некоторые дети активно ищут альтернативы программирования от дежурных детского сада, родителей других детей, или даже от фантазируемого родителя (от родителя, которого они создают в своей фантазии)» [12]. Другие транзактные аналитики, предлагают для описания сценарного программирования со стороны социума модель «Культурального Сценария» и «Культурального Родителя» [13, 14, 15, 16]. Таким образом, рядом исследователей в области психологии признается факт, что на формирование сценария оказывает влияние не только семья ребенка, но и его более широкое окружение. Частью этого окружения и средства программирования является язык, используемый обществом для коммуникации с ребенком.

К сожалению, социальный аспект проблемы состоит в том, в погоне за прибылью средства массовой информации, кино, реклама, стремятся привлечь внимание людей к своим сообщениям любой ценой, любыми средствами – в том числе, используя разрушительный жаргон. Я думаю, что профессиональные сообщества психологов должны устанавливать этические принципы для работы не только с индивидуальными клиентами, но и для тех случаев, когда психологи работают со средствами массовой информации и рекламой.

Литература.

1. Бок Ф.К. Структура общества и структура языка. В сб. *Новое в лингвистике*» выпуск УП, Социоллингвистика. Под общей редакцией Н.С.Чемоданова. – М., 1975
2. Добрович А.Б. *Воспитателю о психологии и психогигиене общения.* – М., 1987
3. Добрович А.Д. *Общение: наука и искусство.* – М., 1996

-
-
4. Леонтьев А.А., Шахнарович А.М., Батов В.И. Речь в криминалистике и судебной психологии. – М., 1977
 5. Словарь воровского языка. – Тюмень, 1991
 6. Столярова И. Забудьте «Блатную музыку», если хотите, чтобы вас понимали окружающие // Журнал «Класс» № 4 за 2001 год. – С. 24-25
 7. Стюарт Ян, Вэнн Джойнс Современный транзактный анализ: перевод с английского. – СПб, 1996
 8. Шварц Е. Дракон. Студенческий театр // Библиотечка «В помощь художественной самодеятельности». – № 24. – М., 1998
 9. Эрвин-Трипп С.М. Язык. Тема. Слушатель // В сб. «Новое в лингвистике» выпуск УП, Социолингвистика. Под общей редакцией Н.С.Чемоданова. – М., 1975
 10. Шкапенко Т., Хюбнер Ф. Русский тусовочный как иностранный. – Калининград, 2003
 11. Ирано-таджикская поэзия: перевод с фарси. – М., 1974
 12. James R.Allen.Barbara A. Allen. Scripts: The Role of Permissions // Transactional Analysis Journal. - vol. 2, no. 2, April 1972. P. 72-74
 13. White, Jerome D.; White, Terri. Cultural Scripting // Transactional Analysis Journal, 1975-1. - P. 12-23
 14. Roberts, Denton L.Treatment of Cultural Scripts // Transactional Analysis Journal, 1975-1. - P. 29-35
 15. James Muriel. Cultural Scripts Historical Events: vs. Historical Interpretation // Transactional Analysis Journal, 1983-3. P. 217-223
 16. Batts, Valerie Alayne Knowing and Changing The Cultural Script // Transactional Analysis Journal, 1983-3. - P. 255-257

Литература, рекомендуемая для родителей и педагогов:

1. «Азбука волшебных слов» в кн. Латохина Л.И. Хатха-йога для детей. – М., 1993. – С. 26-27
2. «Азбука волшебных слов» и другие разделы в книге: Латохина Л.И. Творим здоровье души и тела. – СПб, 1997. – С. 413-420
3. Добрович А.Б. «Воспитателю о психологии и психогигиене общения». – М., 1987
4. Добрович А.Д. Общение: наука и искусство. – М, 1996
5. Стюарт Ян, Вэнн Джойнс Современный транзактный анализ. Перевод с английского. – СПб, 1996

РЕЗЮМЕ

РОЛЬ СЕМЕЙНОГО ПСИХОТЕРАПЕВТА НА ЭТАПЕ ПЕРЕХОДА СЕМЬИ ОТ ДИАДЫ К ТРИАДЕ

Е.А.Зуева

Настоящая статья посвящена целям и методам психотерапевтической работы с «беременной» семьей, то есть, с системой, в которой доминирует беременность.

Цели работы с семьей определяются согласно актуальным запросам с учетом кризиса новой стадии жизненного цикла семьи, сложность которого определяется тем, что качественное (психологическое) и количественное (диада-триада) изменение системы (семьи) происходит на фоне выраженных физиологических изменений в теле женщины. Оптимальными являются работа в группе, с парой и индивидуальное консультирование. Используются техники когнитивной, рационально-эмоциональной терапии, работа с речью, гаптономия, обучение способам релаксации, интервью, телесно-ориентированные и поведенческие методики, работа с семейным сценарием, построение генограммы семьи и др. Результатами являются позитивный настрой на предстоящие роды, снижение осложнений в родах и послеродовом периоде, установление оптимального уровня близости/отдаленности между супругами, определение и успешное выполнение родительских функций.

МИССИЯ ПСИХОТЕРАПИИ В КОНТЕКСТЕ ИДЕИ НОВОГО ВРЕМЕНИ

А.Л.Катков

В статье Каткова А.Л. «Миссия психотерапии в контексте идеи Нового Времени» уточняется определение понятия «миссия психотерапии», рассматриваются различные подходы к выведению данного понятия. На основании многолетних научных исследований формируются основные социальные категории, представляющие миссию психотерапии. Презентируется концепция и основные положения идеи «Нового Времени» и сопоставляется с миссией психотерапии.

Ключевые слова: психотерапия, миссия, Новое Время.

СИСТЕМНО-ИНФОРМАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕОДОЛЕНИЯ СЕМЕЙНЫХ КРИЗИСОВ

Н.М.Лаврова, В.В.Лавров

Цель данной работы заключалась в разработке методов оценки семейных кризисов и усовершенствовании способов помощи семейной системе в преодолении кризисного состояния. Для достижения цели требовалось расширить понимание принципов системной организации семьи. Поэтому решение исследовательских задач по определению критериев оценки характера и выраженности кризиса, а также поиска оптимальных способов мобилизации членов семьи в условиях кризиса, дополнили решением теоретических задач формирования информационно-эмоциональной модели семейной системы.

Результаты проведенных наблюдений показали, что семейные кризисы имеют универсальные свойства – сопровождаются напряжением отрицательных эмоций и снижением функционального состояния членов кризисных семей. Сделанные наблюдения позволили расширить набор критериев для оценки степени кризиса. Отмечены 2 кризиса, которые ранее не выделяли при работе с семейной системой – эмоциональный разлад и включение в семью взрослого человека в качестве нового члена семьи. Кризисы семьи, ранее рассматривавшиеся как кризисы развития системы, классифицированы более детально – выделены кризисы становления, собственно кризисы развития и кризисы дегенерации. Наиболее эффективным способом преодоления системных семейных кризисов является групповая психотерапия с группой, состоящей из представителей семей с разными типами кризисов. Предложена информационно-эмоциональная модель семейной системы, которая расширяет представления о принципах семейной саморегуляции.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ГРУППОВОГО ПСИХОАНАЛИЗА

Т.Ф.Потапова

В настоящем сообщении приводится анализ работы с динамическими психоаналитическими группами в период с 1991 года. Участниками групп были студенты второго и третьего курсов медицинского института и курсанты, обучающиеся психотерапии на кафедрах психиатрии, психологии и психотерапии КрасГМА. Опробованную модель можно отнести к краткосрочному курсу динамической психоаналитической психотерапии и обозначить как «психоанализ посредством группы». Ее цель – анализ социального, межличностного бессознательного. Сделаны выводы, касающиеся особенностей современного российского психоанализа и отношения к нему среди профессионалов.

ПЯТНАДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ УСПЕШНОЙ ПСИХОКОРРЕКЦИИ ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА

А.В.Ротов

Мировая статистика утверждает, что за последние 20 лет человечество «пополнило» на 16 килограмм! Это вызывает серьезную тревогу и озабоченность специалистов, а также ведет к резкой вспышке сопутствующих избыточному весу и ожирению заболеваний.

В настоящее время алиментарное ожирение является одной из самых распространенных форм патологии среди населения, приводящей к появлению и развитию многих заболеваний, сокращающих продолжительность жизни человека. Этому способствуют выраженный дисбаланс пищевого рациона и низкая физическая активность, сочетающаяся со все возрастающей психологической нагрузкой. Проблема лечения ожирения становится еще более актуальной в связи с низкой эффективностью существующих и широко рекламируемых методов лечения ожирения.

В цивилизованных странах борьба с ожирением является государственной программой, в которую вкладываются большие средства. Это снизило заболеваемость, увеличило продолжительность жизни населения, пролонгировало работоспособность, сексуальную и двигательную активность людей, принесло много других хороших плодов.

В ряде современных работ указывается на приоритетное значение психологических факторов в генезе ожирения и психосоматический характер данного заболевания. В данной статье описывается целью наших, более чем 10-летних исследований - изучение личностных психологических особенностей у больных ожирением, формирование психотерапевтической стратегии лечения ожирения и установление закономерностей адаптации организма человека к снижению веса.

«КАРАОКЕ-ТРЕНИНГ» - МЕТОД ПСИХОТЕРАПИИ

Н.Н.Свидро

Понимание значения и использования влияния музыки и слова на состояние человека, мы находим на протяжении всей истории психотерапии. Караоке, скорее должен быть отнесен к одному из вариантов личностного тренинга, возможно, следует обозначить его, как личностный тренинг с использованием караоке-машины, это - метод поведенческой терапии. Караоке-машина выступает в роли многофункционального тренажера личности.

Нами использовался караоке-тренинг у пациентов, неуверенных в своих ораторских способностях, имеющих страх перед аудиторией, страх перед публичными выступлениями, перед выступлениями с использованием микрофона, людьми с жалобами на ощущение несоответствия себя определенному идеалу, а так же пациентов с застенчивостью.

Наиболее значимыми моментами при работе с караоке необходимо назвать: работу с микрофоном, дыханием, телом; осознание образа заложенного в песне, вхождение в образ, или работу с образом.

Караоке-тренинг прекрасно дополняется работой по улучшению внешнего облика пациента, по поиску имиджа и осознанию собственной харизматичности.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ИГРОВЫХ МЕТОДИК В КОРРЕКЦИИ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ У ЛЮДЕЙ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Е.И.Семкина

В прикладной психологии разработан ряд игровых методик, направленных на коррекцию межличностных отношений. Из них группы транзактного анализа и психодрамы позволяют проводить глубокую коррекцию межличностных конфликтов у людей средней возрастной группы. Проведенный анализ этих теорий позволяет определить основные психотерапевтические возможности игры.

В описаниях различных проблем межличностных отношений, мы часто встречаем следующие выражения: привязался, связал по рукам и ногам, навязался на мою голову и т.п. Проанализировав эти факты, я подумала: а что если предложить клиенту в прямом смысле слова привязаться к кому-нибудь так крепко и настолько прочными нитями, как он того желает, попутно проводя коррекцию данных взаимоотношений. Таким образом, родилась идея тренинга «Терапия привязанностей».

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕНДЕНЦИИ К САМОАКТУАЛИЗАЦИИ КЛИЕНТА ПРИ СИСТЕМНО-СИНЕРГЕТИЧЕСКОМ ПОДХОДЕ

Е.А.Уваров

В статье дается представление о системно-синергетическом подходе в работе с клиентом. Сущность данного подхода базируется на представлении о человеке как открытой, самоорганизующейся системе, в основе развития которой лежат законы нелинейности и неустойчивости, перехода от хаоса к порядку и наоборот. Самоорганизация системы «Человек» сопряжена с его активным внутренним началом, с тенденцией к самоактуализации и самореализации.

К ПРОЕКТУ ОТРАСЛЕВОЙ ПРОГРАММЫ «ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН» НА 2005-2010 ГОДА

С.Р.Мусинов

Развитие человеческих ресурсов, в том числе физических, интеллектуальных, способностей казахстанцев определены ключевыми задачами в Послании Президента народу Казахстана «К конкурентоспособному Казахстану, конкурентоспособной экономике, конкурентоспособной нации».

Для реализации этих задач Указом Президента Республики Казахстан от 29 сентября 2004 года № 1438, утверждена Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы.

Представленный проект отраслевой программы «Психическое здоровье населения Республики Казахстан» на 2005-2010 годы является одним из механизмов реализации Государственной программы и направлен на решение проблем психического здоровья населения Республики Казахстан.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПСИХИАТРУ

Е.В.Терещенко

В данной статье освещаются актуальные проблемы психологической помощи врачам-психиатрам. Обсуждаются вопросы личности, здоровья, качества жизни, эмоционального выгорания, творческой активности врачей. Представлены результаты исследования психиатров г. Твери и Тверской области в возрасте 25-60 лет в количестве 100 человек. Исследование посвящено изучению взаимосвязи возраста испытуемых, показателей уровня эмоционального выгорания и креативности. Особое внимание уделено психологическим профилактико-коррекционным мероприятиям, необходимости создания психологической службы, нацеленной на поддержание психологического здоровья.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОТВАРА ИЗ КОРНЯ И КОРНЕВИЩ ЛЕВЗЕИ САФЛОРОВИДНОЙ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ АЛКОГОЛЬНОГО АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА

В.С.Арыстанова, А.Н.Ибатов

Исследование позволяет считать, что отвар из корня и корневищ левзеи сафлоровидной является высокоэффективным средством для лечения алкогольного абстинентного синдрома: он улучшал настроение, подавлял патологическое влечение к алкоголю, оказывал вегетостабилизирующее действие, восстанавливал сон и способствовал возникновению устойчивых ремиссий. Следует признать целесообразным использование препарата в медицинской практике.

ОПЫТ СОЧЕТАННОЙ ФИТО- И ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

В.С.Арыстанова, А.Н.Ибатов

Обобщен опыт амбулаторного лечения 47 больных алкоголизмом II стадии настоем из травы майорана садового (по полстакана 2 раза в день в течение 2 месяцев) в сочетании с рациональной психотерапией.

Такое комбинированное лечение подавляло патологическое влечение к алкоголю, оказывало седативный эффект, способствовало восстановлению сна, исчезновению признаков патологии внутренних органов и возникновению устойчивых ремиссий.

ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ, КОМОРБИДНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ АДАПТАЦИОННОГО ОБРАЗА БОЛЕЗНИ НА ДИАГНОСТИЧЕСКИ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ МАРШРУТ ПАЦИЕНТА

А.В.Вичкапов

Обоснованием данной работы явилась широкая распространённость сочетания артериальной гипертензии и тревоги, причём современная диагностически-терапевтическая ситуация таких коморбидных состояний неблагоприятна, выявляемость остаётся крайне низкой. Это во многом определяется системой обслуживания подобных пациентов, на которую воздействуют специфические особенности адаптационного образа болезни (АОБ). Такой АОБ формируется при отсутствии адекватного психического образования врачей и населения, участии различных, в том числе этнокультуральных феноменов соматизации тревожных расстройств и страха больных перед стигматизацией как психически больного.

Целью исследования, описанного в статье, стало изучение вариантов коморбидности тревожных расстройств с гипертонической болезнью, разработка методов улучшения диагностики и оптимизации диагностически-терапевтического маршрута пациентов.

ЕЩЁ НЕМНОГО О СОЦИОФОБИИ

Б.Б.Джарбусынова

В статье Б.Б.Джарбусыновой «Ещё немного о социофобии» дается краткий теоретический экскурс проблеме синдрома социофобии.

СОЦИАЛЬНАЯ ФОБИЯ КАК РАССТРОЙСТВО КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Б.Б.Джарбусынова

В статье Б.Б.Джарбусыновой «Социальная фобия как расстройство качества жизни» по результатам эпидемиологического исследования 2001 проводится анализ социально-демографических и социально-психологических характеристик различных групп населения РК. Проиллюстрирована существенная разница практически по всем изучаемым параметрам. Аргументируется необходимость установления достоверной разницы по каждому параметру между исследуемыми группами населения РК.

ДЕЗАДАПТИВНЫЕ СТРАТЕГИИ ПОВЕДЕНИЯ В КОНФЛИКТНОЙ СИТУАЦИИ ПОДРОСТКОВ, ЛИШЕННЫХ РОДИТЕЛЬСКОГО ПОПЕЧИТЕЛЬСТВА, КАК «СИМПТОМЫ-МИШЕНИ» ДЛЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

В.А.Руженков, М.Б.Тужилова, О.В. Рычкова

Проблема девиантного поведения в подростковом возрасте на сегодняшний день является одной из наиболее актуальных для психологии и психиатрии. Несмотря на наличие большого числа подходов к пониманию механизмов и генеза девиантного поведения, доминирующим становится понимание его как комплексного, сложного явления на стыке психиатрии и психологии, а сама специфика данного возраста повышает вероятность проявления отклоняющихся форм поведения. Возрастная психология давно открыла, что в числе новообразований подросткового возраста формируется чувство взрослости. Однако, ориентация на ценности взрослых и сравнение себя с ними, зачастую заставляют подростка снова видеть себя относительно маленьким, несамостоятельным. Пренебрежение взрослого к новому уровню самосознания подростка, игнорирование его важнейших потребностей, усугубляют конфликтную ситуацию, в которой живет подросток. Воспитание в условиях детских домов, где однообразие среды дополняется недостатком простого человеческого общения, сенсорная и информационная депривация препятствуют тому, чтобы растущий человек научился связывать плохие и хорошие поступки с плохими и хорошими последствиями, не способствует формированию навыков конструктивного поведения в ситуации конфликта у детей, воспитывающихся в условиях лишения родительского попечительства.

Целью исследования, проведенного на базе детских домов-интернатов Белгородской области, описанного в статье, является верификация дезадаптивных стереотипов поведения в конфликтной ситуации подростков, воспитывающихся в условиях детского дома-интерната для разработки дифференцированной программы психологической коррекции.

О РАБОТЕ ВРАЧА-ПСИХОЛОГА В СФЕРЕ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ

М.Ю.Новикова

В статье обобщается опыт работы врача-психолога Перинатального центра. Приводится текст аутотренинга при беременности и в послеродовом периоде, а также тактика психологической помощи у беременных с тазовым предлежанием плода. Использованная литература – 3 источника.

ЛИЧНОСТНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ: СОДЕРЖАТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОПАСЕНИЙ И СТРАХОВ СОВРЕМЕННОГО ШКОЛЬНИКА

Н.Г.Путимцева

В связи с происходящими изменениями в жизни общества, порождающими неопределенность и непредсказуемость будущего, в последнее десятилетие в психологической науке и практике значительно усилился интерес к изучению тревожности, её проявлений, характеристик, влияния на общее развитие человека. Именно тревожность, лежит в основе целого ряда психологических трудностей детства, в том числе

многих нарушений поведения, коммуникативных контактов, служит источником негативного поведения. Содержание тревожности представляет исключительный интерес для изучения в отношении подросткового и юношеского возраста, так как именно в этот период закладывается базовый фундамент психической активности и социальной адекватности зрелой личности.

В данной работе описывается проведенное с учащимися 5–11 классов СШ № 82 п. Дагомыс Лазаревского района г. Сочи исследование содержания и области проявленности страхов и тревог школьников.

Значимость полученных данных определяется возможностью оказания превентивной психологической поддержки по «пиковым» областям личностной тревожности школьников до возникновения у детей тревожных переживаний. Полученные результаты свидетельствуют о достаточной распространенности случаев морального и физического унижения детей. Становится очевидным, что изменившаяся социальная обстановка определяет области страхов школьников, определяющих состояние тревожности, требует незамедлительных социальных и психологических мер.

КРИМИНАЛИЗАЦИЯ РАЗГОВОРНОЙ РЕЧИ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ, ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ

М.С.Соковнина

В настоящее время в русской языковой культуре происходит опасный процесс, который может быть назван криминализацией разговорной речи.

Это означает, что в активный словарь разговорного языка внедряется все больше и больше слов и идиоматических оборотов, пришедших из преступной субкультуры. Некоторые из этих слов и оборотов стали настолько общеупотребительными, что их происхождение забыто, а иногда забыто и первоначальное значение. Процесс криминализации языка происходит сейчас не только с взрослой речью, но также и с детской речью. А для детей это более опасно, так как у них идет процесс формирования системы ценностей и отношений с окружающим их миром.

В данной статье описаны факторы, влияющие на криминализацию разговорной речи.

SUMMARIES

ROLE OF FAMILY PSYCHOTHERAPIST AT A STAGE OF TRANSITION OF FAMILY FROM DIAD TO TRIAD

E.A.Zueva

The present article is devoted to the purposes and methods of psychotherapeutic work with «pregnant» family, that is, with system in which pregnancy dominates.

The purposes of work with family are defined according to actual inquiries in view of a new stage crisis of family life cycle which complexity is determined with that qualitative (psychological) and quantitative (diad - triad) change of system (family) occurs on a background of the expressed physiological changes in a body of the woman. Work in group, with pair and individual consultation is optimum. Techniques of cognitive, rational-emotional therapy, work with speech, aphepnomy, relaxation training, interviews, body-focused and behavioral techniques, work with the family script, construction of families genogram etc are used. Results are positive adjust on forthcoming childbirth, reduction of complications in childbirth and postnatal period, an establishment of an optimum level of affinity/remoteness between spouses, definition and successful performance of parental functions.

MISSION OF PSYCHOTHERAPY TO A CONTEXT OF IDEA OF NEW TIME

A.L.Katkov

In Katkova A.L.'s article «Mission of psychotherapy to a context of idea of New Time» is specified definition of concept «mission of psychotherapy», various approaches to deducing of the given concept are considered. On the basis of long-term scientific researches the basic social categories representing mission of psychotherapy are formed. The concept and substantive provisions of idea of «New Time» are presented and compared to mission of psychotherapy.

Key words: psychotherapy, mission, New Time.

SYSTEM-INFORMATION ASPECTS OF OVERCOMING OF FAMILY CRISES

N.M.Lavrova, V.V.Lavrov

The purpose of the given work consists in development of methods of an estimation of family crises and improvement of ways of an aid to family system in overcoming of a crisis condition. For achievement of the purpose it was required to expand understanding of principles of the family system organization. Therefore the decision of research problems on definition of criteria of an estimation of character and expressiveness of crisis, and also search of optimum ways of mobilization of members of family in conditions of crisis, have added to the decision of theoretical problems of formation of information-emotional model of family system.

Results of the carried out observations have shown, that family crises have universal properties - are accompanied with a pressure of negative emotions and decrease of a functional condition of members of crisis families. The made observations have allowed to expand a set of criteria for an estimation of a degree of crisis. 2 crises which did not allocate at work with family system - emotional dissonance and inclusion in family of the adult person as a new member of family are marked. The crises of family earlier considered as crises of development of system, are classified in more details - crises of becoming, actually crises of development and crises of a degeneration are allocated. The most effective way of overcoming of system family crises is the group psychotherapy with the group consisting of representatives of families with different types of crises. The information-emotional model of family system which expands representations about principles of family self-control is offered.

THEORETICAL ASPECTS AND PRACTICAL EXPERIENCE OF REALIZATION OF A GROUP PSYCHOANALYSIS

T.F.Potapova

In the present message the analysis of work with dynamic psychoanalytic groups in the period since 1991 is resulted. Participants of groups were students of the second and third courses of medical institute and the cadets training to psychotherapy on faculties of psychiatry, psychology and psychotherapy. The tested model can be related to a short-term course of dynamic psychoanalytic psychotherapy and to designate as "psychoanalysis with help of group». Its purpose - the analysis of social, interpersonal unconscious. The conclusions concerning features of a modern Russian psychoanalysis and the attitude to it among professionals are made.

FIFTEEN-YEAR EXPERIENCE OF SUCCESSFUL PSYCHOCORRECTION OF EXCESS WEIGHT

A.V.Rotov

The world statistics asserts, that for last 20 years the mankind «has grown stout» on 16 kg! It causes serious alarm and concern of experts, and also conducts to sharp flash accompanying excess weight and adiposity of diseases.

Now alimentary adiposity is one of the most widespread forms of pathology among the population, resulting to occurrence and development of many diseases reducing life expectancy of the person. Expressed disbalance of a diet and the low physical activity combined with growing psychological stress promote to it. The problem of treatment of adiposity becomes even more actual in connection with low efficiency of existing and widely promoted methods of treatment of adiposity.

In civilized countries struggle against adiposity is the state program which is invested very well. It has lowered disease, has increased life expectancy of the population, prolonged a capacity for work, sexual and impellent activity of people, has brought many other good fruits.

In a number of modern works priority value of psychological factors in genesis of adiposity and a psychosomatic character of the given disease is underlined. In the given article it is described the purpose of our, more than 10-years researches - studying of personal psychological features at patients with adiposity, formation of psychotherapeutic strategy of treatment of adiposity and an establishment of laws of adaptation of an organism of the person to weight reduction.

«KARAOKE -TRAINING» - A METHOD OF PSYCHOTHERAPY

N.N.Svidro

We find understanding of value and use of influence of music and word on a condition of the person, during all history of psychotherapy. Karaoke should be faster referred to one of variants of a personal training, probably, it is necessary to designate it as a personal training with use of the karaoke-machine, it is a method of behavioral therapy. The karaoke-machine acts in a role of a multipurpose simulator of the person.

We used a karaoke-training at patients, uncertain in the oratorical abilities having fear before an audience, fear before public performances, before performances with use of a microphone, people with complaints to sensation of discrepancy of to the certain ideal, and as patients with shyness.

It is necessary to name the most significant moments at work with karaoke: work with a microphone, breath, a body; comprehension of an image incorporated in a song, entry in an image, or work with image.

The karaoke -training is perfectly supplemented with work on improvement of external shape of the patient, on search of image and comprehension of own charismaticness.

PRACTICAL APPLICATION OF GAME TECHNIQUES IN CORRECTION OF INTERPERSONAL RELATION AT MIDDLE-AGED PEOPLE

E.I.Semkina

In applied psychology a number of the game techniques directed on correction of interpersonal relations is developed. Groups of the transact analysis and psychodrama allow to carry out deep correction of interpersonal conflicts at people of middle-age group. The carried out analysis of these theories allows to define the basic psychotherapeutic opportunities of game.

In descriptions of various problems of interpersonal relations, we frequently meet the following expressions: has caviled, has bound hand and foot, it was imposed on my head etc. Having analysed these facts, I have thought: if to offer the client to become attached to somebody so strong and with so strong strings as he wishes, at the same time realizing correction of the given mutual relation. Thus, the idea of a training «Therapy of attachments» was born.

USE OF THE TENDENCY TO SELF-ACTUALIZATION OF THE CLIENT AT THE SYSTEM-SYNERGETIC APPROACH

E.A.Uvarov

In the article representation about the system-synergetic approach in work with the client is given. The essence of the given approach is based on representation about the person as to open, self-organizing system in which basis of development laws of nonlinearity and instability, transition from chaos to the order and on the contrary lay. Self-organizing of system «person» is connected to his active internal beginning, with the tendency to self-actualization and self-realization.

TO THE PROJECT OF THE BRANCH PROGRAM «MENTAL HEALTH OF THE POPULATION OF REPUBLIC OF KAZAKHSTAN» IN 2005-2010

S.R.Musinov

Development of human resources, including physical, intellectual, abilities of Kazakhstan citizens are determined by key problems in the Message of the President to people of Kazakhstan «To competitive Kazakhstan, competitive economy, competitive nation».

For realization of these tasks with the Decree of the President of Republic of Kazakhstan from September, 29, 2004 №1438, the State program of reforming and development of public health services of Republic of Kazakhstan for 2005-2010 years is authorized.

The submitted project of the branch program «Mental health of the population of Republic of Kazakhstan» for 2005-2010 years is one of mechanisms of realization of the State program and is directed on the decision of problems of mental health of the population of Republic of Kazakhstan.

PSYCHOLOGICAL AID TO A PSYCHIATRIST

E.V.Tereshchenko

In given article actual problems of a psychological aid to doctors-psychiatrists are covered. It is discussed questions of the person, health, quality of life, emotional burning out, creative activity of doctors. Results of research of psychiatrists of Tver and the Tver region in the age of 25-60 years in amount of 100 people are submitted. Research is devoted to studying of interrelation of age of examinees, parameters of a level of emotional burning out and creativeness. The special attention is given to psychological prophylaxis-correctional actions, necessity of creation of the psychological service aimed at maintenance of psychological health.

EXPERIENCE OF COMBINATION PHYTHO AND PSYCHOTHERAPY OF ALCOHOLIC'S PATIENT WITH CHRONIC PATHOLOGY OF INTERNAL ORGANS

V.Arystanova, I.Ibatov

Generalized the experiment of outpatient treatment of 47 alcoholic's patient of the II stade infusion herbal potions of cultivated majorans [in half an twice in a day during 2 moths] in combinations with rational psychotherapy.

Such combination treatment suppressed pathological inclination for alcohol, rendered sedative effect, promoted restoration of dream, disappearance sings pathology of internal organs and beginnings steady majorans recovery.

FEATURES OF DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF DISTURBING DISORDERS, COMORBID WITH HYPERTONIC ILLNESS AND STUDYING OF INFLUENCE OF AN ADAPTABLE IMAGE OF ILLNESS ON A DIAGNOSTIC-THERAPEUTIC ROUTE OF THE PATIENT

A.V.Vichkapov

Substantiation of the given work was wide prevalence of a combination arterial hypertension and anxieties, and the modern diagnostic-therapeutic situation of such comorbid conditions is unsuccessful, detectability is still the lowest. In many respects it is determined with system of service of similar patients which specific features of an adaptable image of illness influence. Such an adaptable image of illness is formed at absence of adequate mental education of doctors and the population, participation various, including ethnocultural phenomena of somatization of disturbing disorders and fear of patients to stigmatization as mentally ill patient.

The purpose of the research, described in the article, began studying variants of a comorbidity of disturbing disorders with hypertonic illness, development of methods of improvement of diagnostics and optimization of a diagnostic-therapeutic route of patients.

A LITTLE MORE ON SOCIOPHOBIA

B.B.Dzharbusynova

In B.B.Dzharbusynova's article «A little more on sociophobia» brief theoretical digression to a problem of a sociophobia syndrome is given.

SOCIAL PHOBIA AS QUALITY OF LIFE DISORDER

B.B.Dzharbusynova

In B.B.Dzharbusynova's article «Social phobia as quality of life disorder» the analysis of social-demographic and social-psychological characteristics of various groups of Kazakhstan population are carried out with results of epidemiological research of 2001. The essential difference practically on all investigated parameters is illustrated. Necessity of an establishment of an authentic difference on each parameter between researched groups of population is given reason.

DISADAPTIVE STRATEGY OF BEHAVIOR OF THE TEENAGERS IN A CONFLICT SITUATION, DEPRIVED PARENTAL GUARDIANSHIP, AS «SYMPTOMS - TARGETS» FOR PSYCHOLOGICAL CORRECTION

V.A.Ruzhenkov, M.B.Tuzhilova, O.V.Rychkova

The problem of deviant behavior at teenage age for today is one of the most actual for psychology and psychiatry. Despite of presence of the big number of approaches to understanding of mechanisms and genesis of deviant behavior, the understanding as complex, difficult phenomenon on a joint of psychiatry and psychology is dominant, and specificity of the given age raises probability of display of deviating forms of behavior. The age psychology has found, that among teenage age new formation the feeling of adulthood is formed. However, orientation to values of adults and comparison with them, frequently force the teenager to see himself again rather small, dependent. Neglect of the adult to a new level of consciousness of the teenager, ignoring of his major needs, aggravate a disputed situation in which the teenager lives. Education in conditions of children's homes where the monotony of environment is supplemented with lack of a simple human intercourse, a touch and information deprivation interfere with that the growing person has learned to connect bad and good acts to bad and good consequences, does not promote formation of skills of constructive behavior in a situation of the conflict at children, formed in conditions of deprivation of parental guardianship.

The purpose of the research which has been carried out on the basis of children's homes of boarding schools of the Belgorod region, described in the article, is verification of disadaptive stereotypes of behavior in a disputed situation of teenagers, formed in conditions of children's home of a boarding school for development of varied programs of psychological correction.

ABOUT WORK OF A PSYCHOLOGIST IN SPHERE OF OBSTETRIC AID

M.Ju.Novikova

The article summarizes the experience work of psychologist physician of Perinatal Centre. The auto-training text is presented under pregnancy and post-delivered period as well as methods of psychological help for pregnant women with pelvis fetus position are given. Used bibliography is taken from three sources.

PERSONAL ANXIETY: THE SUBSTANTIAL ANALYSIS OF ANXIETIES AND FEARS OF THE MODERN SCHOOLCHILDREN

N.G.Putimtseva

In connection with occurring changes in life of the society, inducing uncertainty and unpredictability of the future, last decade in a psychological science and practice interest to studying an anxiety, its displays, characteristics, influences on general development of the person has considerably amplified. The anxiety, underlies a lot of psychological difficulties of the childhood, including many disturbances of behavior, communicative contacts, is a source of negative behavior. The maintenance of an anxiety represents exclusive interest for studying concerning teenage and youthful age as in this period the base foundation of mental activity and social adequacy of the mature person is pawned.

Research of the maintenance and field of survival of fears and anxiety of schoolchildren carried out with pupils of 5-11 classes of Dagomys secondary school of Lazarevsk area in Sochi is described in the given work.

The importance of the received data is determined with an opportunity of rendering of preventive psychological support on «peak» fields of a personal anxiety of schoolchildren before occurrence at children of disturbing experiences. The received results testify to sufficient prevalence of cases of moral and physical humiliation of children. It becomes obvious, that changed social conditions determines fields of fears of schoolchildren determining a condition of an anxiety, demands immediate social and psychological measures.

CRIMINALIZATION OF INFORMAL CONVERSATION: PSYCHOLOGICAL, PEDAGOGICAL AND SOCIAL ASPECTS OF THE PROBLEM

M.S.Sokovnina

Now in Russian language culture there is a dangerous process which can be named criminalization of informal conversation.

It means, that into the active dictionary of a spoken language takes root more and more and more words and the idiomatic revolutions which have come from criminal subculture. Some of these words and revolutions became so common, that their origin is forgotten, and initial value is sometimes forgotten also. Process of language criminalization occurs now not only to adult speech, but also and with children's speech. And it is more dangerous to children, as they have process of formation of system of values and relations with the world environmental them.

In given article the factors influencing on criminalization of informal conversation are described.

Подписано в печать 17.06.2005 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