

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

Том XI

№ 3

2005

Москва-Павлодар

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Кандидат медицинских наук С.А.Алтынбеков; кандидат медицинских наук Г.Х.Айбасова; профессор, доктор медицинских наук А.А.Аканов; Е.В.Денисова (ответственный секретарь); профессор О.Т.Жужжанов; 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); кандидат медицинских наук Ю.А.Россинский; академик РАМН В.Я.Семке; А.К.Тастанова; кандидат медицинских наук В.Ф.Трубецкой; кандидат медицинских наук А.И.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

ПСИХОТЕРАПИЯ

УЧРЕДИТЕЛИ:

Николаев В.М., Петрова Е.В., Петров О.А.

Когнитивно-поведенческая терапия больных с алкогольной зависимостью

7-9

ПСИХИАТРИЯ

Профессиональная Психотерапевтическая Лига

Бойко В.С.

Деонтология в судебно-психиатрической практике

10-11

Едигенова М.Б., Сандыбаева Р.К.

Анализ структуры органических психических расстройств у сотрудников системы МВД

11-14

Жаркова Н.В.

Анализ современных тенденций в психиатрической помощи

14-18

Жаркова Н.В.

Дифференциация психиатрической помощи по группам «экономического риска»

18-20

Жаркова Н.В.

Экономические аспекты лечения шизофрении

20-22

Кудьярова Г.М., Джарбусынова Б.Б., Бойко В.С.

Применение препарата «Иксел» при лечении депрессивных состояний в инволюционном возрасте

22-23

Кудьярова Г.М., Кудайбергенова А.

Особенности комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы (КСППЭ) несовершеннолетних

23-25

Марашева А.А.

Клинико-психопатологический аспект, влияющий на формирование свойств антинаркотической устойчивости в младшем школьном возрасте

25-30

Шахметов Б.А.

Два клинических случая психосоматических расстройств

30-31

НАРКОЛОГИЯ

Марашева А.А.

Клинико-психологический аспект, влияющий на формирование свойств антинаркотической устойчивости у детей младшего школьного возраста

32-42

Россинский Ю.А., Нуралиев Б.Ж., Алтынбекова Г.И.

Мотивации аддиктивного поведения у больных опийной наркоманией (сравнительный анализ субъективной оценки)

42-45

Том XI
№ 3

2005 год

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

выходит
4 раза в год

Россинский Ю.А., Россинская О.В., Нуралиев Б.Ж.

Взаимосвязи некоторых характеристик психологического здоровья с агрессивными и эгрессивными формами поведения у подростков мужского пола

46-49

<i>Соковнина М.С.</i> Профилактика неуспеваемости в начальной школе. Дети с синдромом дефицита внимания	50-54
---	-------

ИНФОРМАЦИЯ, ОБЗОРЫ

<i>Пак Т.В.</i> Проблема эффективности психотерапии (литературный обзор)	55-72
--	-------

ДИСКУССИОННАЯ ТРИБУНА

ДИСКУССИЯ О МИССИИ ПСИХОТЕРАПИИ

<i>Бурно М.Е.</i> О роли-назначении Психотерапии в сегодняшней и за- втрашней жизни	73-77
<i>Попов Л.М.</i> Психотерапия как отрасль психологии	78-80
<i>Прохоров А.О.</i> Реплика по поводу «миссии психотерапии»	80-81
<i>Сибгатуллина И.Ф.</i> Транскультуральная миссия психотерапии	81-83
<i>Стенограмма профессорской конференции</i>	83-93
<i>Тукаев Р.Д.</i> К вопросу о миссии психотерапии	93-94
<i>Хусаинова Н.Ю.</i> Миссия психотерапии в контексте национально-полити- ческих и социально-психологических проблем (на при- мере Татарстана)	94-99
<i>Ядринкин В.</i> О психотерапии, рационализме, иррационализме, мис- сии и миссионерстве (размышления психотерапевта по материалам апрельского 2005 года номера П.П.Г.)	99-100

ПИСЬМА

<i>Фридрих С.</i>	101-103
<i>Резюме</i>	104-113

VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

TABLE OF CONTENTS

PSYCHOTHERAPY

FOUNDERS:

- Nikolaev V.M., Petrova E.V., Petrov O.A.*
Cognitive-behavioral therapy of patients with alcoholic dependence 7-9

PSYCHIATRY

Professional Psychotherapeutic League

- Boiko V.S.*
Deontology in judicial-psychiatric practice 10-11
Edigenova M.B., Sandybaeva R.K.
The analysis of structure of organic mental disorders at employees of the Ministry of Internal Affairs system 11-14
Zharkova N.V.
The analysis of modern tendencies in psychiatric aid 14-18
Zharkova N.V.
Differentiation of psychiatric aid according to the groups of "economic risk" 18-20
Zharkova N.V.
Economic aspects of treating schizophrenia 20-22
Kud'yarova G.M., Dzharbusynova B.B., Boiko V.S.
Application of preparation «Ixell» at treatment of depressions in involution age 22-23
Kud'yarova G.M., Kudaibergenova A.
Features of complex judicial psychological-psychiatric examination of minors 23-25
Marasheva A.A.
The clinic-psychopathological aspect influencing formation of properties of antinarcotic resistance at younger school age 25-30
Shahmetov B.A.
Two clinical cases psychosomatic disorders 30-31

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

NARCOLOGY

Volume XI № 3 2005 Published 4 times in a year

- Marasheva A.A.*
The clinic-psychopathological aspect influencing formation of properties of antinarcotic resistance at younger school age 32-42
Rossinsky Yu.A., Nuraliev B.Z., Altynbekova G.I.
Motivations of addictive behavior at patients with a thebaic addiction (the comparative analysis of value judgment) 42-45

PSYCHOLOGY OF HEALTH. VALEOLOGY.

- Rossinsky Yu.A., Rossinskaya O.V., Nuraliev B.Z.*
Interrelations of some characteristics of psychological health with aggressive and eggressive forms of behavior at male teenagers 46-49
-
-

Sokovnina M.S.

Prevention of poor progress in an elementary school.
Children with a syndrome of deficiency of attention 50-54

THE INFORMATION, REVIEWS

Pak T.V.

Problem of efficiency of psychotherapy (the literary review) 55-72

DEBATABLE TRIBUNE

DISCUSSION ABOUT MISSION OF PSYCHOTHERAPY

Burno M.E.

About role-purpose of Psychotherapy in today's and
tomorrow's life 73-77

Popov L.M.

Psychotherapy as branch of psychology 78-80

Prohorov A.O.

Retort concerning «mission of psychotherapy» 80-81

Sibgatullina I.F.

Transcultural mission of psychotherapy 81-83

The stenogram of professorial conference 83-93

Tukaev R.D.

To a question on mission of psychotherapy 93-94

Husainova N.Yu.

Mission of psychotherapy to a context of national-political
and social-psychological problems (on an example of
Tatarstan) 94-99

Yadrinkin V.

About psychotherapy, rationalism, irrationalism, missions
and missionary work 99-100

LETTERS

Fridrik S. 101-103

The summary 104-113

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

В.М.Николаев, Е.В.Петрова, О.А.Петров

г. Пенза

В настоящее время когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) является одним из наиболее перспективных современных психотерапевтических подходов в лечении алкоголизма. В процессе КПТ возможно достижение комплексных терапевтических целей – становление критической оценки своей болезни, убеждение необходимости и возможности лечения, желание активной борьбы со своим недугом, выработка положительных ценностно-смысловых установок, нормативного общественного поведения, что способствует формированию длительных и качественных ремиссий (Карвасарский Б.Д., 1999, Валентик Ю.В., 2001, А.П.Федоров, 2002). Стационарные поведенческие психотерапевтические антиалкогольные программы достаточно хорошо описаны в зарубежной и отечественной литературе и применяются специалистами. В амбулаторной практике лечения больных алкоголизмом использование конкретных когнитивно-поведенческих психотерапевтических методов и их научная оценка пока весьма незначительны (Schneider, 1982, M.Perrez, U.Baumann, 2002.), что и определило наш научный интерес.

Целью нашей работы было изучение возможностей амбулаторного когнитивно-поведенческого подхода при лечении больных алкоголизмом в зависимости от их личностных особенностей на этапе становления терапевтической ремиссии и во время длительной поддерживающей терапии в течение двух лет.

В исследовании участвовали пациенты со сформировавшейся зависимостью от алкоголя (в соответствии с критериями МКБ-10), подписавшие информированное согласие. Исключались больные с острыми и хроническими психотическими состояниями; больные с клиническими признаками конечной 3 стадией алкоголизма, алкогольной деградацией; больные с хроническими соматическими заболеваниями в стадии обострения.

В течение первого года проводилось 16 психотерапевтических сеансов по 60 минут каждый. В первый месяц терапия проводилась в более интенсивной форме - 1 сеанс в неделю. Кратность сеансов в последующие месяцы составила: 2 сеанса во втором месяце терапии, затем по 1 сеансу в месяц. На второй год противорецидивной терапии кратность обращения к врачу-наркологу составила 1 раз в 3 месяца.

В структуре проведения и исследования программы амбулаторной когнитивно-поведенческой

терапии было выделено 4 этапа – этап показаний; этап создания терапевтических отношений и прояснение проблемы и целей терапии; проигрывание терапевтического научения; оценка эффективности терапии. Этапы различаются по промежуточным целям, процедурам и срокам.

Схематическое изображение этапов КПТ представлено в таблице.

В комплексные мероприятия становления ремиссии и профилактики алкогольных рецидивов входили следующие когнитивно-поведенческие техники и тренинги:

- Когнитивное переструктурирование – это техника, которая позволяла пациентам понять, что они могут управлять своими чувствами, мыслями, а, следовательно, и поведением. При этом выяснялось, что неприятные чувства и эмоции вызываются негативной самовербализацией и нереалистическими ожиданиями.

- Техника самоконтроля – это, когда формировалось сознательное сопротивление желаниям и попыткам относительно алкоголя, больные обучались эффективному поведению в ситуациях, когда предлагаются или навязываются алкогольные напитки.

- Тренинг уверенности в себе - это упражнения с моделированием ситуаций, требующих навыков самоутверждения, совладания с перегрузками, умения общаться с окружающими и вступать в контакты. Особое внимание уделялось возникающим чувствам как индикаторам релевантных для поведения, нерациональных установок.

- Релаксационные техники.

На всех этапах амбулаторной программы КПТ с родственниками пациентов проводилась ежемесячно психокоррекционная работа по следующим направлениям:

- преодоление созависимости;

- обучение навыкам общения с больными алкогольной зависимостью, создание реабилитационной среды в семье.

Основными показателями эффективности терапии являлось отсутствие рецидива и длительность ремиссии, дополнительными показателями – изменение личностных особенностей (ценностные установки, социальные факторы – семья, профессия, карьера).

Проведенный клинико-психопатологический и клинико-психологический анализ 116 пациентов (все лица мужского пола в возрасте от 21 до 56 лет), участвовавших в исследовании, позволил выделить

Этапы КПТ	Цели	Процедуры	Сроки
1. Показания:	- Постановка диагноза - Выбор когнитивно-поведенческих методов - Информация о терапии - Информированное согласие	- Интервью - Диагностические методы: клинико-психопатологический, клинико-психологический.	1-2 сеанс
2. Создание терапевтических отношений и прояснение проблемы и целей терапии	- Ролевое структурирование (объяснение пациенту его роли, прояснение ролей других членов семьи) - Формирование ожидания позитивных изменений - Создание терапевтических отношений	- Терапевтический контакт - Применение конкретных психотерапевтических методов и техник в зависимости от личностных особенностей больных - Психотерапевтическая работа с членами его семьи	1-3 сеанс терапии
3. Проигрывание терапевтического научения:	- Систематическое овладение навыками и умениями - Реструктурирование образа Я	- Применение конкретных психотерапевтических техник - Наблюдение и промежуточная оценка течения терапии - Психотерапевтическая работа с членами его семьи	3-18 сеанс терапии
4. Оценка эффективности терапии:	- Психодиагностика достижения терапевтической цели, сверка с критериями эффективности - Формальное окончание терапевтических отношений	- Диагностические методы: клинико-психопатологический, клинико-психологический методы	19-20 сеанс терапии

4 группы больных с различными характерологическими особенностями, к которым применялись дифференцированные когнитивно-поведенческие методики.

Эпилептоидный преморбидный склад характера был выявлен у 26 человек (22,3%). Для этих больных было характерно изначальное отсутствие контроля или быстрая его утрата на этапе злоупотребления алкоголем, высокая толерантность к алкоголю. Влечение к опьянению резко усиливалось в ответ на психотравмирующую ситуацию, ущемляющую авторитарную ролевую позицию пациентов (Гофман А.Г., 2003). Исходя из личностных особенностей больных данной группы, акцент противорецидивной терапии был сделан на освоение релаксационных техник с десенсибилизацией к психотравмирующей ситуации.

По истечению двух лет наблюдения результаты лечения в данной группе оказались следующими: 19 человек (73,5%) – имели ремиссию 2 года, 5 человек (20,6%) – свыше 1 года, 2 человека (5,9%) – менее одного года.

Для больных с шизоидными особенностями характера (14 человек - 11,9%) алкоголь являлся своеобразным адаптогеном для социальной коммуникации. Поэтому во время ремиссии наиболее «слабым местом» в возникновении рецидивов было

возникающее, весьма мучительное, чувство ущемленности в связи с неспособностью к полноценному общению. Применительно к данным личностям использовалась когнитивное переструктурирование с изменением дезадаптивных мыслительных паттернов.

В конце второго года амбулаторной терапии 9 человек (64,5%) – имели ремиссию 2 года, 3 человека (28,1%) – свыше 1 года, 2 человека (7,4%) – менее одного года.

У гипертимных личностей (49 человек - 42,1%) доминировали гедонистические установки, отражающие стремление получить психическое и физическое удовольствие, психосоматический комфорт, а также опыт переживания алкогольной эйфории. Возобновление алкоголизации у этих пациентов было связано со стремлением выйти из состояния «сенсорной депривации». В терапии с данными больными применялись поведенческие методы – техника самоконтроля и моделирования.

Результаты лечения после двух лет наблюдения показали, что 29 человек (59,4%) – имели ремиссию 2 года, 13 человек (26,8%) – свыше 1 года, 7 человек (13,8%) – менее одного года.

В группе неустойчивых (27 человек - 23,8%) на первый план выступала неспособность иметь собственное мнение, защищать его, и, как следствие, пассивная подчиняемость с неспособностью отказаться от

«давления» алкогольного окружения. Из когнитивно-поведенческих техник у этих больных наиболее успешно применялись тренинги самоконтроля и уверенности в себе с развитием асертивного поведения.

Результаты были следующими: 13 человек (47,4%) – имели ремиссию 2 года, 10 человек (36,8%) – свыше 1 года, 4 человека (15,8%) – менее одного года.

В целом из 116 исследованных больных двухгодичная ремиссия отмечалась у 70 человек

(60,4%), у 31 человека (26,7%) наблюдалась ремиссия свыше 1 года и у 15 человек (12,9%) менее года.

Таким образом, разработанная нами долгосрочная амбулаторная программа поддерживающей противорецидивной когнитивно-поведенческой терапии больных с алкогольной зависимостью и дифференцированное использование специальных когнитивно-поведенческих методов психотерапии с учётом личностных особенностей больных алкоголизмом позволяет формировать более качественные и длительные ремиссии.

Литература:

1. Валентик Ю.В. Реабилитация в наркологии. - М. Прогрессивные биомедицинские технологии, 2001. - С. 36
2. Федоров А.П. Когнитивно-поведенческая психотерапия. - СПб., 2002
3. Карвасарский Б.Д. (общая редакция) Психотерапевтическая энциклопедия. - СПб., 1999. - С. 200, 203-206, 495-500
4. Лекции по клинической наркологии под ред. Н.Н.Иванца. - М., 2001. - С. 244-268
5. Перре М., Бауманн У. Клиническая психология. - СПб., 2002. - С. 577-582
6. Гофман А.Г. Клиническая наркология. - М., 2003. - С. 46-54

ДЕОНТОЛОГИЯ В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

В.С.Бойко

Английский философ Бентам в начале 19 века предложил вычленить из этики особый раздел, который назвал «деонтология» (от «деон» - необходимость, долг и «логос» - учение). Этим понятием обозначают науку о долге, о моральной обязанности, профессиональной этике. Значение деонтологии оказалось особенно важным в тех разделах профессиональной деятельности, которые наиболее широко используют формы сложных межличностных взаимоотношений и ответственных взаимодействий.

Судебная психиатрия – специальный раздел психиатрии, задачей которого является изучение различных психических расстройств в специальном отношении их к правовым нормам, к вопросам уголовного и гражданского права и процесса. Судебная психиатрия сформировалась на стыке медицинских, правовых и философских наук, служит правосудию и содействует укреплению законности и правопорядка. Современная судебная психиатрия занимается кругом проблем, которые невозможно правильно решить без специальных психиатрических знаний. Цель, которую ставит судебная психиатрия, делает необходимым выделить её в особую отрасль знаний, так как она, прежде всего, заключается в оказании максимальной помощи органам суда и следствия в решении вопросов, которые как раз таки невозможно правильно решить без наличия специальных психиатрических знаний. Работа судебного психиатра вплотную связана с сотрудниками правоохранительных органов, с судьями, с представителями обвинения и защиты. Поэтому здравоохранение и органы правосудия всегда уделяли большое внимание на защиту прав психически больных, совершивших общественно опасные действия, и соблюдение правовых гарантий личности. Но, к большому сожалению, порой на практике бывают такие эпизоды, когда в здании суда происходит «допрос эксперта с пристрастием», когда судьи не дослушивая ответ врача-эксперта, начинают, не только комментировать и задавать перекрёстные вопросы, не дослушивая, ответа, но и «проявлять глубокие познания в области общей психиатрии». При этом в практике были эпизоды, когда судьи позволяли себе достаточно неэтичное отношение к эксперту, подэкспертному. Они демонстрировали своё пренебрежительное отношение к правовым нормам государства, да и к самому председательствующему на суде. И в этом случае обращение «Ваша честь» теряло своё величественное звучание. Кошунственно и нелепо звучали в

«храме правосудия» фразы, умаляющие достоинство и профессиональную пригодность врача-эксперта. Всё это «действие» происходило в присутствии самого подэкспертного, его родных и лиц, представляющих потерпевшую сторону. Таким образом, были нарушены все правовые гарантии подэкспертного. Любая попытка донести до уважаемого суда необходимость соблюдения норм общей этики и нравственности, именуемые в медицине деонтологией, заканчивалась «экзаменацией» профессиональных знаний эксперта. При этом эксперт, отвечая на «шквал» вопросов, начинает с уважительного обращения к суду - «Ваша честь». Вот тут сразу начинаешь ловить себя на мысли, а что же это тогда такое «честь»? Может, мы уже не правильно понимаем, значение такого ставшего не модным и не престижным слова, как «ЧЕСТЬ», совсем уже не беря во внимание «ВАША». Так вот перелистав «Толковый словарь живого великорусского языка» (том 4) Владимира Даля, находим следующую трактовку. Не могу не процитировать: **«честь – внутреннее нравственное достоинство человека, доблесть, честность, благородство души и чистая совесть»**. К концу цитаты появляется ещё больше вопросов. Теперь уже хочется посмотреть трактовку многих других слов, как будто до этого и не знал их значение, так как после участия в заседании суда кажется, что что-то и где-то спутали. Не останавливаясь, листаю дальше этот же том толкового словаря. «Судить – понимать, мыслить и заключать; разбирать, соображать и делать выводы; доходить от данных к последствиям до самого конца; сравнивать, считать и решать», далее больше «толковать, рассуждать, выслушивать мнения, советы, убеждения». Владимир Даль подкрепляет все истолкования народной мудростью. Одна из них звучит так: «не зная дела, не суди». Особенно запомнилось такое изречение «где суд там и суть», наверное, потому, что всегда хочется верить в то, что если и случаются эпизоды с нарушениями в «Храме правосудия», то это нелепые и редкие исключения из нормы жизни и поведения. Любая профессия предъявляет к людям, избравшим её, определённые моральные требования. Однако есть особый круг профессий, в компетенции которых находится жизнь и судьба человека. Представители таких профессий «обречены» на умение анализировать личность как целостность, для того чтобы с максимальной точностью прогнозировать влияние наказания на будущее поведение лиц, преступивших закон. Необходимо обладать умением определить

оптимальную программу исполнения наказания, так как только лишь полное знание свойств личности позволяет учесть «степень иерархизации побуждений в мотивационной сфере некоторой части... преступников является сравнительно устойчивой, отражающей сложившееся установочное, привычное поведение, трудно поддающееся критическому пересмотру.» Несмотря на то, что мы живём в обществе, взаимосвязаны и взаимозависимы, в сущности, живём мы именно так, как сами себя определили, как сами себе позволили. Как писал Л.Е.Владимиров: «Драматичность производства в уголовном деле ставит и подсудимых и свидетелей в разные положения, обнаруживающие психологические признаки, раскрывающие характеры, чувства, думы участвующих лиц. В суде как бы опять переживается драма, и в этом новом переживании исторгаются у людей секреты, глубоко запрятанные, проявляющиеся, если не в признаниях, то в невольном выражении ощущений, над которыми не властны самые испытанные лицемеры и лицедеи». В применении психологических знаний нуждаются и правоохранительные органы, органы правосудия, представители обвинения и защиты. Так как существуют люди «зло различающие», это можно понять, доказать лишь «прожив долгую жизнь натуры», и получив после осознания, «нравственные улики» (Ф.В.Плевако).

В период судебного разбирательства, когда оглашается судебно-психиатрическое заключение, судебному эксперту могут быть поставлены дополнительные вопросы. Учитывая это, следует предусмотреть, чтобы в мотивировочной части акта и ответах эксперта не содержалось какое-либо дискредитирующие личностное достоинство испытуемых положение. Эксперт обязан выступать, как защитник интересов и прав больного, согласуя свои рекомендации и заключение с интересами общества. Важно при этом помнить, что в зале заседания могут находиться родственники больного, с которыми ему в дальнейшем придётся совместно жить. Поэтому, например, даже обосновывая необходимость направления на принудительное лечение в

психиатрическую больницу специального типа, эксперт не должен вызывать чрезмерно настороженного отношения родственников, что может затруднить социальную реабилитацию больного после возвращения домой.

В случаях симулятивного поведения подсудимого эксперт должен пояснить суду, что предъявляемые им нелепые высказывания и неправильное поведение не содержит признаков истинных психопатологических расстройств, не соответствуют динамике и клинической картине какого – либо психического заболевания и поэтому являются симулятивными. При этом при всей однозначности и прямолинейности заключения эксперта в нём не должно содержаться дискредитирующих личность подсудимого положений.

Заключение эксперта – это лишь одно из доказательств, оно не является обязательным для органа, ведущего процесс, однако его несогласие с заключением экспертизы должно быть мотивированным (ст. 120 УПК РК), что естественно, может быть сделано лишь юристами, обладающими судебно-психиатрическими знаниями. В случае судебно-психиатрической экспертизы мотивом несогласия суда и следствия с актом (заключением СПЭ) могут быть внутренние недостатки заключения (противоречия между его исследовательской и заключительной частью, недостаточная убедительность заключения), а также игнорирование экспертами некоторых сведений, содержащихся в материалах уголовного дела, или появление после проведения экспертизы новых, неизвестных экспертам сведений. Как правило, в таких случаях суд или следствие назначают повторную экспертизу, поручая её (при возможности) более квалифицированным специалистам.

Судебная экспертиза в нашей стране проводится на основе принципов сформулированных в Законе о судебной экспертизе. Этими принципами являются: законность, процессуальная независимость судебного эксперта и органов судебной экспертизы, научная обоснованность, компетентность, всесторонность, полнота, объективность, соблюдение профессиональной этики.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СОТРУДНИКОВ СИСТЕМЫ МВД

М.Б.Едигенова, Р.К.Сандыбаева

г. Костанай

В общей структуре психической патологии населения Республики Казахстан органические психические расстройства занимают одно из ведущих мест и прослеживается устойчивая тенденция к их

дальнейшему росту. К 2003 году их доля возросла до 30% (1). Среди сотрудников МВД по ОБВК Костанайской области этот показатель за последние годы составил 34%.

Термин «органические» отражает исторически сложившееся мнение о биологической природе данной группы психических расстройств. В классических трудах К.Бонхoffer (1912) было разработано учение о реакциях экзогенного типа в форме основных пяти синдромов - делирии, эпилептическом возбуждении, сумеречном состоянии, аменции, галлюцинозе. Он высказывал убеждение, что маниакальноподобные, кататонические и параноидные синдромы вполне могут входить в картину экзогенного типа психических реакций, и выдвинул гипотезу об этиологическом «промежуточном звене» между болезнетворным фактором (Noxe) и синдромом, возникновение которого следует искать и в самом организме (2). По современному определению Б.Н.Пивень органические психические расстройства (ОПР) - это нарушения, «обусловленные органическим поражением головного мозга, сформировавшимся в результате перенесенных ранее экзогенных факторов» (3).

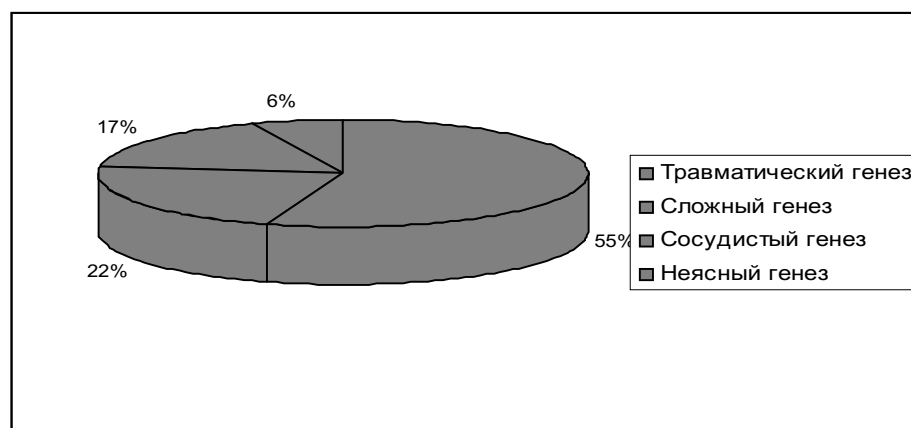
Церебрально-органические поражения по своей природе полиэтиологичны. В последнее время наряду с хорошо изученными экзоцеребральными вредностями, такими, как черепно-мозговые травмы, инфекции, интоксикации, в психиатрической практике все чаще приходится сталкиваться с новыми формами экзогенных реакций, ранее неизвестными:

СПИД, атипичная пневмония, посттравматическая стрессовая болезнь, новые токсические вещества, экзопатогенные факторы (4).

Анализ структуры психической патологии среди сотрудников МВД за последние годы свидетельствует о высоком удельном весе органических заболеваний мозга, что обуславливает необходимость более тщательного анализа данной тенденции. В задачу исследования не входил анализ решений ОВВК на предмет годности или негодности к службе в органах внутренних дел (ОВД), предметом данной статьи явился структурный анализ органических психических расстройств, его причинных факторов.

Все больные были обследованы в пограничном отделении КОПБ (Костанайской областной психиатрической больницы), лишь в отдельных случаях допускалось амбулаторное освидетельствование врачом-психиатром ОВВК (например, после перенесенной острой сосудистой катастрофы, когда неврологический диагноз являлся ведущим и предполагал решение о негодности к службе в ОВД со снятием с воинского учета).

За неполные пять последних лет (1999-2004 г.г.) среди сотрудников ОВД было выявлено 36 больных с органическим заболеванием мозга. В соответствии с этиологическим фактором органическая патология была представлена следующим образом:



По возрастным категориям распределение всей органической патологии мозга указано на рисунке.

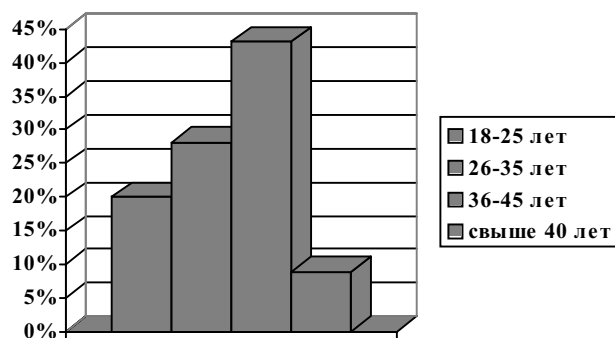
Низкий процент органической патологии у лиц свыше 45 лет объясняется тем, что общее число сотрудников ОВД старше 45 лет резко сокращается в связи с выходом на пенсию. Кроме того, возрастной контингент от 18 до 25 лет полностью приходится на травматический фактор (7 человек).

При сравнении генеза органических расстройств у обследованного контингента наибольший удельный вес составили органические психические расстройства травматического характера (55% - 20 человек). Однако, лишь 2 случая черепно-мозговых травм возникли непосредственно при исполнении служебных обязанностей, остальные

случаи травм возникли в следствие несчастных случаев в период прохождения службы в ОВД. В синдромологическом плане органические заболевания головного мозга травматического генеза представлены наличием следующих синдромов:

1. астенический синдром, включая вегетативные проявления;
2. неврозоподобный синдром;
3. синдром эмоционально-волевой неустойчивости.

Отсутствие грубого снижения личности и интеллектуально-мнестических расстройств в структуре органического поражения ЦНС травматического генеза объясняется своевременным освидетельствованием на ОВВК и принятием соответствующего решения о дальнейшей службе в ОВД, а также



ранним выходом на пенсию (45 лет). Кроме того, часто оформление на пенсию проходит без обязательного освидетельствования на ОВБК, поэтому часть больных с данной патологией (обычно на уровне расстройств легкого регистра) не выявляется.

Сложный генез органических психических расстройств представлен, в основном, наличием травматического и сосудистого факторов (22% - 8 человек). Данная группа расстройств синдромологически представлена следующим образом:

1. астенический синдром, включая вегетативные проявления;
2. синдром снижения личности (нерезко выраженного и умеренно выраженного);

3. психопатизация личности.

Следует отметить случай смешанного генеза, вызванного сосудистым фактором и тяжелым течением аутоиммунного тиреоидита, приведших к умеренно выраженному личностному снижению (у больного была достигнута лишь стадия медикаментозной компенсации).

Сосудистый генез органических психических расстройств представлен 6 случаями (17%), 4 из которых - это последствия острого нарушения мозгового кровообращения с различной степенью снижения личности и интеллекта.

По возрасту случаи с последствиями ОНМК представлены следующим образом:

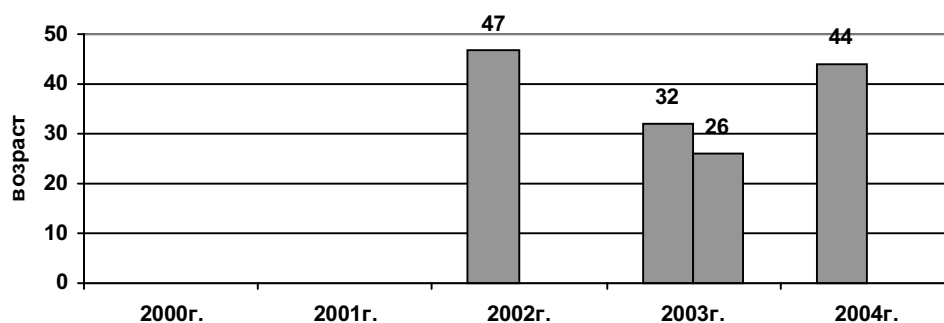
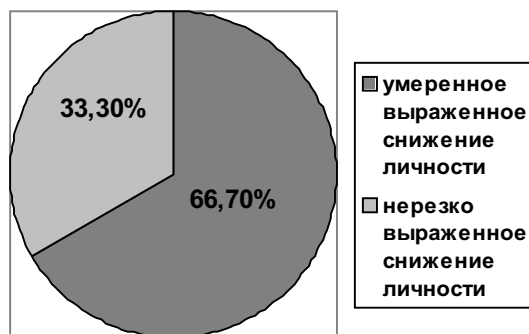


Диаграмма показывает, что в 2000-2001 гг. случаев острого нарушения мозгового кровообращения у сотрудников ОВД не наблюдалось. В дальнейшем отмечается общая тенденция к омолаживанию

сосудистых катастроф и их учащению. Удельный вес по степени личностного и интеллектуально-мнестического снижения всех сосудистых расстройств представлен следующим образом:



Неясный генез органической патологии головного мозга представлен двумя случаями (6%), ведущий синдром – стойкий астенический с нерезко выраженными изменениями личности.

Таким образом, приведенные данные предварительного анализа этиологии органических

психических расстройств у сотрудников ОВД определяют направленность дальнейших исследований в плане выявления и изучения дополнительных факторов, влияющих на развитие и течение ОНР. Это позволит разработать дифференцированные подходы к своевременному выявлению, лечению и профилактике ОНР.

Литература:

1. Толстикова А.Ю., Распопова Н.И., Каткова А.Л., Загидуллина В.Ф., Мецркулова А.А., Попов А.О. *Этиология органических психических расстройств в южном регионе РК // Психиатрия, психотерапия жэне наркология. - № 2, 2004*
2. Груле Г., Юнг Р., Майер-Гросс В., Мюллер М. *Клиническая психиатрия. - М., Медицина, 1967. – С. 249*
3. Пивень Б.Н. *Экзогенно-органические заболевания головного мозга. – М., Медицина, 1998. – С. 144*
4. Асимов М.А., Нурмагамбетова С.А. *Эволюция взглядов на органические психические расстройства // Сборник материалов международной конференции. - Алматы, 2004. – С. 18-20*

АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ ТЕНДЕНЦИЙ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Н.В.Жаркова

г. Костанай

Настоящая работа представляет попытку анализа материалов, посвященных поиску более экономически выгодных форм оказания психиатрической помощи «длительно болеющим» пациентам.

В зарубежной и отечественной психиатрии наблюдается обеспокоенность, вызванная спиральным увеличением стоимости лечения психических болезней [21].

«Стоимость» психических болезней для общества «ужасна». Общеэкономические потери общества делят на прямые (затраты на больничные и внебольничные службы, оплату труда медицинских работников и вспомогательного персонала, расходы на медикаменты и оборудование, научные исследования, профессиональную подготовку кадров, то есть расходы, связанные с предупреждением, диагностикой и лечением, реабилитацией больных, исследовательской работой, обучением и капитальными вложениями в медицинские учреждения) и косвенные (потери в заработной плате больных, рыночной продукции, бытовом обслуживании и неоплачиваемой работе, например, домохозяек, вызванные снижением или потерей трудоспособности больных) [9]. При этом мало учитывается «бремя» семьи и моральные издержки при содержании душевнобольного. Отмечается, что независимо от уровня социально-экономического развития той или иной страны, создание психиатрических служб отвечает интересам и нуждам любого общества, поскольку психическое здоровье является предпосылкой для нормального социально-экономического развития. Населению следует ясно показать, что сама психическая болезнь стоит чрезвычайно

дорого, если ее измерять в потерях производительности и полезности для общества. Поэтому, планирование службы должно основываться на задаче снижения социальных затрат, а не на ориентации на неотложную и скорую помощь [29]. Очевидно, до настоящего времени этот аспект ассигнования материальных ресурсов является следствием отношения населения к психическим больным [15].

Большая часть национального бюджета здравоохранения в развивающихся странах совершенно справедливо отводится на ликвидацию инфекционных болезней, с которыми связаны высокие заболеваемость и смертность населения. Однако, тот факт, что нуждам психиатрии придается наименьшее значение, не имеет оправдания и отчасти связан с недостаточной осведомленностью о заболеваемости в этой области планирующих органов. Они редко принимают во внимание огромные издержки, связанные с психическими болезнями [11]. Программы по охране психического здоровья должны стать приоритетными для большинства стран, тем более, что психические болезни (включая алкоголизм и наркоманию) рассматриваются некоторыми исследователями в качестве одной из основных угроз здоровью и продуктивности человечества вообще [10, 14]. В связи с этим интересными представляются данные о капиталовложениях в здравоохранение в различных странах мира и доля отчислений на психиатрию. В 1950 году расходы на лечение и содержание психических больных в США составили 1,7 млрд. долларов. В 1965 г. США тратили на службу психического здоровья уже 2,8 млрд. долларов. Национальный институт психического

здоровья США в 1968 году оценил стоимость лечения всех форм психических болезней в 3,7 млрд. долларов. Половина суммы расходовалась на стационарное лечение. Четверть всех госпитализаций, 1/10 всех амбулаторных визитов приходилось на больных шизофренией. На лечение таких больных тратилось 40% отпущенной суммы или 1,5 млрд. долларов [19]. «Цена» шизофрении для общества в середине 70 годов XX века определялась по всем видам расходов в 11,6 – 19,5 млрд. долларов ежегодно. Около 2/3 суммы расходов сложились за счет потери продуктивности больных, и только 1/5 средств расходовалась фактически на лечение. Суммы были бы значительно большими, если бы удалось более точно оценить затраты общества на поддержку таких больных вне стен больницы. В 1983 г. «цена» психически больных для общества в США (исключая токсикоманов и больных алкоголизмом) составила почти 7,3 млрд. долларов, около 1/2 суммы относится к прямым расходам (лечение и поддержка больных) и 1/2 - к косвенным (потери трудоспособности и квалификации) [29].

Рост отчислений на психиатрию составил 1,7% в год и к 70 годам XX века достигал приблизительно 7,7% от всего бюджета на здравоохранение США [7].

Для сравнения следует отметить, что в СССР в 1971 – 1975 г.г. расходы государственного бюджета на здравоохранение были около 52 млрд. рублей, что составило 6% всех расходов по госбюджету и свыше 4% национального дохода [2].

В 1980 году сотрудники отдела эпидемиологии Института клинической психиатрии АМН СССР (В.Г.Ротштейн, В.С.Ястребов, А.Н.Богдан и др.) установили, что в 1980 году расходы на здравоохранение в СССР достигли 12,4 млрд. рублей. При этом общие – прямые и косвенные – это затраты, связанные с нарушениями психического здоровья, составляли сумму, равную примерно 4 – 4,5 млрд. рублей в год. Выделение ассигнований на психиатрию в США продолжает увеличиваться с каждым годом. В 1990 году предусмотрено их возрастание до 9,1% от всего бюджета на здравоохранение [14]. Rubin [24] представил информацию о стоимости психиатрической помощи в 3 видах учреждений США: государственной больнице, частном стационаре, общественном центре психического здоровья (ОЦПЗ). В государственной больнице расходы на обеспечение 1 пациента составили 56,47 доллара в сутки в 1978 году, 85 долларов в 1982 году. В частных психиатрических больницах в 1978 году эти показатели равнялись 96 долларов, а в 1982 году расходы возросли вдвое. Стоимость 1 койкодня пребывания в общем психиатрическом стационаре в системе ОЦПЗ достигла 214,52 долларов в 1979 году и 300 долларов в 1982 году. В ФРГ стоимость лечения в психиатрической больнице в 1980 году в течение года составила 20100 долларов США, стоимость внебольничного лечения – 8577 долларов

[20]. Представляют интерес и данные советских авторов. Стоимость 1 дня пребывания в психиатрической больнице в 70-80 годах составляла около 4,5 рублей [5], а в 1980 – 1990 – 7,5 рублей – 9 рублей. Крайне низкая стоимость свидетельствует о недостаточно высоком качестве медицинской помощи и низком научно-техническом потенциале больниц.

В США в системе финансирования здравоохранения идут поиски обуздания быстрого повышения цен на медобслуживание. Значительное давление оказывает страховая система. Следует подчеркнуть существование двух основных способов финансирования медицинской службы. Первый из них основывается на оплате непосредственно оказанной помощи. Денежные средства в виде гонораров поступают непосредственно от пациентов или чаще, через государственные или частные страховые агентства. Второй способ финансирования основывается на предварительной оплате медицинской помощи. При этом денежные средства поступают через специальные программы, организации, с которыми отдельные лица заключают контракт на оплату и обеспечение медицинских нужд. Другой вариант перспективной оплаты основывается на учете особенностей заболевания курируемых пациентов. За лечение каждого больного медицинское учреждение получает определенную сумму в зависимости от диагностической категории, к которой относится тот или иной случай заболевания. Эта форма финансирования является наиболее перспективной, так как в ее основе лежит конкретная оплата в зависимости от тяжести расстройства. Перспективная оплата для психиатрической больницы системы стала революцией во всей сфере охраны психического здоровья [23].

Все современные национальные планы сокращения стоимости медицинской помощи основаны на усилиях урезать страховое возмещение, а также на перспективных платежах и стимуляции развития соревновательных систем страхования [31]. Однако, осуществление этих планов порождает ряд сложных проблем. Сокращение страховых возмещений в первую очередь бьет по длительно болеющим и тем лицам, эффект лечения, которых трудно предсказать и в свою очередь может увеличить расходы служб [23]. В связи с этим, изучаются прямые и косвенные затраты на группу «тяжелых и дорогостоящих» больных в психиатрии [30]. Выделены группы по принципу частоты посещения лечебного учреждения. У некоторых больных этот показатель достигал 25 раз в году. Затраты на них составили 50% от всех учтенных больных несмотря на то, что доля этих «дорогостоящих» больных составила лишь 9,4%. Дифференциация видов психиатрической помощи и ее финансирование в зависимости от нужд выделяемых групп больных позволяет более полно использовать возможности

существующих психиатрических служб [29]. Frank, Lave [16] также считают, что трудно разделить пациентов по необходимой им доле использования ресурсов системы (в зависимости от диагноза, возраста, пола). Считается принципиальным выделение относительно малой группы длительно болеющих, которая поглощает непропорционально высокую долю средств и ресурсов системы. Имеет значение стоимость ежедневного лечения больного, которая, вероятно снижается по мере сокращения пребывания пациента в стационаре [16]. О приоритетности выделения определенных групп пациентов в психиатрии с разработкой подспециализаций и более дифференцированного лечения, сообщает [32]. Отечественные авторы Ушаков Ю., Калугина Л., Мирзоян М. [7] в работе выделяют группы «экономического риска». Это больные, сформированные на основе дифференциального показателя «тяжелых и дорогостоящих».

По мнению авторов, наиболее приоритетными в работе с этими больными в настоящее время должны быть мероприятия, направленные на уменьшение продолжительности и частоты госпитализации (профилактика рецидивов, попытки купировать в амбулаторных условиях, интенсивное лечение в стационарах с ранней выпиской и долечиванием в дневных стационарах). Абрамова Л. приводит данные о высоком выходе на инвалидность (до 30%) при заболевании приступообразной шизофренией. Это делает необходимым оптимизировать медикаментозные и социареабилитационные подходы. Процент ремиссий с дефектом средней и выраженной степени возрастает после каждого из первых трех приступов, а затем после 4-5 приступа отчетливо снижается. Поэтому медикаментозные мероприятия должны строиться преимущественно с учетом продуктивной симптоматики. Исходя из этого, можно планировать социально-трудовой прогноз и выбирать для пациента аспекты трудовой направленности [1]. Затраты, связанные с шизофренией, занимают основное место в психиатрии [26]. Так, прямые затраты на лечение больных шизофренией составили в 1975 году в США от 2 до 4 млрд. долл., а косвенные – от 8,5 до 11,4 млрд. долларов. При сложении прямых и косвенных затрат и прочих расходов получилась общая сумма 11,6 – 19,5 млрд. долларов. По наиболее осторожным оценкам затраты на лечение шизофрении в США составили 2% валового национального продукта за 1975 год [18]. Hall [36] и соавторы использовали при оценке затрат на лечение шизофрении подход, основанный на показателях заболеваемости. Их данные подтвердили предположение о том, что шизофрения – это «дорогостоящее» заболевание. Согласно оценке авторов, затраты, связанные с новыми случаями шизофрении в расчете на всю продолжительность жизни, приближаются в 138,95 млн. долларов США, т.е. 29 долларов на душу населения. Проведенный

анализ показывает, что затраты на шизофрению, которой болеет на 10% меньше людей, чем болеют сердечными заболеваниями, составляют в пересчете на 1 человека 50 центов по сравнению с 1 долларом, расходуемым на лечение кардиологического больного. По мнению исследователей только расчет экономических затрат, связанных с шизофренией, позволит установить насколько в весьма приблизительных оценках затрат, опирающихся на распространенность заболевания и смертность, недооценивались последствия такой болезни, как шизофрения, которая влечет за собой чаще инвалидность, нежели смерть [20].

Процессы, приводящие к сокращению числа госпитализаций и продолжительного пребывания в стационаре и возрастанию числа амбулаторных больных, охватившее многие страны мира, продолжают распространяться. Медицинские, организационные, экономические, социально-правовые, этические проблемы, возникающие в связи с этим, широко обсуждаются [28]. Многочисленные сравнительные данные показали, что внебольничное лечение имеет значительное преимущество в экономическом, клиническом и социальном плане по сравнению со стационарным [23].

В документах ВОЗ указывалось, что большинство развитых стран движется двумя путями к основным целям в психиатрическом обслуживании. Первый путь – от открытых учреждений, которые были распространены еще в XIX веке, к менее крупным отделениям, находящимся в районных общих больницах и к разным формам внебольничного обслуживания типа амбулаторных клиник, дневных и ночных стационаров, центров или приютов.

Второй путь – в сторону от недифференцированного типа закрытого обслуживания, когда больные всех возрастов и заболеваний помещаются вместе, к отдельному лечению психически больных и умственно отсталых лиц [3]. Согласно выводам рабочей группы Европейского регионального бюро ВОЗ за последнее десятилетие произошел сдвиг от традиционной стационарной службы в сторону внебольничной, амбулаторной. В результате этих изменений стационарные больные составляют лишь небольшой процент нагрузки, которую несет современная служба охраны психического здоровья [4]. Пребывание в неполных стационарах в экономическом плане более выгодно; по наиболее распространенной оценке оно обходится в 1/3 стоимости круглосуточного больничного содержания [17]. По мнению некоторых авторов различные виды амбулаторной помощи психически больным не только более экономичны, но и могут принести прибыль. В статье Wiersma [33] рассматривается стоимость лечения и выгода от дневных стационаров для больных шизофренией. Для них была приемлема программа интенсивного амбулаторного лечения. Новый подход не улучшил прогноз в

отношении психиатрической симптоматики, социальной роли нетрудоспособности, но общая стоимость лечения была ниже, чем у обычных клинических больных [33]. Как инновацию рассматривают Dubin, Finlz [1] учреждения краткосрочного пребывания для психически больных. Оно может выступить, как пункт оказания экстренной психиатрической помощи. Эта лечебница не только решает финансовые проблемы оказания скорой помощи, но и обещает быть прибыльной в качестве круглосуточной лечебницы.

Учреждения полустационарного типа довольно разнообразны: воскресные стационары, стационары «конца недели», дневные отделения, дневные центры, дневные и ночные клиники и т.д. Наиболее распространена дневная помощь, которая признается успешной, альтернативной круглосуточному лечению [12]. Политика деинституционализации основывалась на мнении, что лечение больных в обществе при сохранении привычных условий жизни окажет положительное влияние на характер течения и прогноз психических заболеваний [25].

Считалось, что психически больные люди могут легко адаптироваться в обществе. Однако выяснилось, что пациенты, живущие в обществе, различались не только по способности противостоять тяготам реальной жизни, но и по стремлению и возможностям к реадaptации. Для одних пациентов возможно восстановление их прежнего социального статуса, другие вынуждены функционировать на более

низком уровне и им требуется определенная помощь, а третьи не могут выжить без значительной общественной поддержки. Понимание границ возможностей каждого отдельного пациента во многом считается залогом успеха в его лечении. Напротив, предъявление к нему чрезмерных и нереальных требований приводит, по мнению автора, к декомпенсации [25]. В настоящее время считается, что социальные меры играют важную роль в лечении и реабилитации психически больных. Однако некоторые авторы отмечают значительную переоценку «средовых факторов». В частности Hansell [35] указывает, что хотя улучшение окружающей обстановки и уменьшает опасность рецидива шизофренического процесса, но не меньшее значение имеет «биологический компонент», а обострение заболевания далеко не всегда связано со стрессом. Не отрицая возможности социального обслуживания и помощи в разрешении кризисных ситуаций, автор подчеркивает необходимость длительной медикаментозной терапии, зачастую в течение всей жизни. При этом допускается возможность саморегуляции дозы. В таком случае пациенту назначается максимально допустимая доза, которая может быть увеличена им самим при ухудшении состояния. Это стремление к сотрудничеству с пациентом в отношении его лечения имеет довольно широкую популярность, несмотря на появление работ, указывающих на невозможность адекватной оценки больным своего психического состояния [27].

Литература:

1. Абрамова Л.И. О некоторых клинических особенностях ремиссии у больных приступообразной шизофренией // Журн. Неврологии и психиатрии им. Корсакова. - № 1. - 1991. - Т. 91. - С. 94
2. Венедиктов Д.Д. // Международные проблемы здравоохранения. - М.: 1977. - С. 91-94
3. Европейское региональное бюро ВОЗ // Классификация видов деятельности службы психического здоровья. - Копенгаген, 1968
4. Европейское региональное бюро ВОЗ // Классификация видов деятельности службы психического здоровья: Первый предварительный отчет рабочей группы. - Копенгаген, 1969
5. Гусев О.А. // Вопросы экономики и планирования здравоохранения. М.: 1976. - С. 84-87
6. Кекелидзе З., Кучеров А., Локосина Н. // Журн. невропатологии и психиатрии. - № 3, 1990. - С. 107-110
7. Ушаков Ю., Калугина Л., Мирзоян М. // Журн. невропатологии и психиатрии. - № 11, 1991. - Т. 91. - С. 45-47
8. Факторы, препятствующие развитию служб охраны психического здоровья: Копенгаген, 1980. - С. 47
9. Barehes J., Elliot G. // Berger Ph. A. et. al. The ultimate stigma: inadequate funding for research on mental illness and addictive disorders // Amer. J. Psychiat., 1985. - Vol. 142. - № 7. - P. 838-839
10. Sartorius H. // J. Psychiat., 1990. - № 3. - P. 150-152
11. Dubin W., Finlz P. The psychiatric short procedure unit a cost - saving innovation // Hosp. - Community Psychiatry, 1986. - Mar. 37131. - P. 227-9
12. Dick P., Cameran L. Day and full time psychiatry treatment; a controlled comparison // Bret J. psychiat., 1985. - Vol. 147. - № 9. - P. 246-250
13. Diskey D., Cannou N., McGuire Jh. G. et. al. The quarterway house: A two - years cost study of an experimental residential program // Hosp. commun. psychiat. - Vol. 37. - № 11. - P. 1136-1146
14. Forstenzer H. Seminar on Social Welfare and Community Mental Health - Princeton; New Jersey, 1966. - P. 57-64
15. Frank R., Kamlet M. // Hosp. Commun Psychiat., 1985. - Vol. 36. - № 2. - P. 165-162
16. Frank R., Lave J. A plan for prospective payment for in patient psychiatric care // Hosp. Commun. Psychiat., 1988. - Vol. 36. - № 7. - P. 775-776

17. *Future of Psychiatric // Hospitals: Report of Working Group; Mannheim 2-3 Nov, 1976. – Copenhagen, 1979*
18. Gunderson J., Mocher L. // *The Amer. J Psychiatric*, 1975. – Vol. 132. – P. 901-906
19. Gunderson J., Mocher L. *The cost of Schizophrenia // Amer J. Psychiatric*, 1975. – Vol. 13. – № 9. – P. 901-906
20. Hafner H., der Heiden W., Buchond 2 W // *Ner Venarzi*, 1986. – Bd 57. – № 4. – P. 214-226
21. Mirin S., Namerow M. *Why study treatment outcome // Hosp. – Community Psychiatry*, 1991 oct. – 42 (10). – P. 1007-13
22. *NIMH Research Budget Dramatically Increased // Psychiat. News*, 1989. – Vol. 24. – 21 Nov 3
23. Pai S., Kapur R. *Acta psychiat scand*, 1983. – Vol. 67. – P. 80-88
24. Rubin J. // *Hosp. Commun Psychiat.*, 1983. – Vol. 33. – № 9. – P. 750-754
25. Lamb H., Mills M. Peele R. *The need for continuing asylum and sanctuary // Hosp Commun Psychiat.*, 1984. – Vol. 35. – № 8. – P. 198-801
26. Sharfstein S.S., Beigel A., Jbid., 1988. – Vol. 145. – № 6. – P. 723-727
27. Schultz S. *The Boston State Hospital case a confluent of civil liberties and liberalism // Amer J. Psychiat.*, 1982. – Vol. 139. – № 2. – P. 183-188
28. Tansella V. // *Soc Psychiat.*, 1987. – Vol. 22. – № 1. – P. 37-38
29. Talbott J., Sharfstein St. *A proposal for future funding of chronic and episodic mental illness // Hosp Commun Psychiat.*, 1986. – Vol. 37. – № 11. – P. 1126-1130
30. Teesson M., Hambridge J. *Jnnes City Mental Health Services, Sydney Australia / Psychiat.*, 1992, *Symmu.* – 63/2. – P. 119-27
31. Talbott J. *A proposal for future funding of chronic and episodic mental illness // Hosp Commun. Psychiat.*, 1986. – Vol. 37. – № 11. – P. 1126-1130
32. Vaglum S. *Criticism of psychiatric change / Jibsskrnor Laegeforen.* – 1990 May 20. – 110. – (13). – P. 1728-30
33. Wiersma D., Kluiters H. *Costs and benefits of day treatment with community care for schizophrenic patients Sch [20 phr] – Bull*, 1991. – (17)3. – P. 411-9
34. Widem P., Pineus H., Goldman H. *Prospective payment for psychiatric, hospitalization, context and background // Hosp Commun Psychiat.*, 1984. – Vol. 35. – № 5. – P. 447-451
35. Hansell N. *Servicus for schizopreniees. A life long approach to treatment // Hosp Commun Psychiat.*, 1978. – Vol. 29. – № 2. – P. 105-109
36. Hall W., Goldstein G // *Schizophrenia Bull*, 1985. – Vol. 11. – № 4. – P. 598-612

ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПО ГРУППАМ «ЭКОНОМИЧЕСКОГО РИСКА»

Н.В.Жаркова

г. Костанай

В развитых экономических странах уже 2-3 десятилетия уделяется внимание изучению клинко-экономических параметров в психиатрии. Появились работы, которые доказывают эффективность дифференцированного подхода при лечении психически больных. В основу включаются 3 аспекта: экономичность, адекватность медицинской помощи и эффективность. Все авторы, посвятившие свои работы экономическим аспектам в психиатрии, рассматривают шизофрению, как самое «дорогостоящее» заболевание. Hall.W и со авторы [6] использовали подход, основанный на показателях заболеваемости. Согласно их оценке, затраты, связанные с новыми случаями шизофрении в расчете на всю продолжительность жизни, приближаются к 138,95 млн. долларов США, т.е. 29 долларов на душу населения. Проведенный анализ показывает, что затраты на шизофрению, которой болеет на 10%

меньше людей, чем сердечными заболеваниями, составляют в перерасчете на 1 человека 50 центов по сравнению с 1 долларом, расходуемым на лечение кардиологического больного [6]. Taube G. и Goldman H. [8] выделили группу «тяжелых и дорогостоящих» пациентов, посещающих лечебные учреждения, не менее 25 раз в году. Затраты на них составили 50% от всех учтенных больных, несмотря на то, что доля этих дорогостоящих больных составила 9,4%. Дифференциация видов психиатрической помощи и ее финансирование в зависимости от нужд, выделенных групп больных, позволяет более полно использовать возможности психиатрических служб.

Другие авторы отмечают, что прямые затраты на лечение больных шизофренией составили в 1975 году в США от 2 до 4 млрд. дол., а косвенные от 8,5 до 11,4 млрд. дол. при сложении прямых и косвенных

затрат и прочих расходов получилась общая сумма 11,6 – 19,5 млрд. дол. По наиболее осторожным оценкам, затраты на лечение шизофрении в США составили 2% валового национального продукта за 1975 год [5].

Трудно разделить пациентов по необходимой им доле использования ресурсов системы (в зависимости от диагноза, возраста, пола). Считается принципиальным выделить относительно малой группы длительно болеющих, которые поглощают стоимость ежедневного лечения больного. Имеет значение сокращения пребывания в стационаре [7]. Психически больные, длительно болеющие и неимущие, составляют серьезную медико-экономическую проблему на фоне ограничения финансов. Пропорция таких пациентов в популяции психически больных относительно невелика 2-3%. Общее число длительно болеющих и нетрудоспособных составляет 1,7 – 2,4 млн. Среди 120 тыс. пациентов психиатрических больниц они составляют 72 тыс. (62%) по оценке за 1986 год Национального института психического здоровья США. Менее $\frac{3}{4}$ млн. находятся в частных лечебницах и в целом, значительно хуже обеспечиваются и финансируются. Около 1 млн. живут дома, чаще в домах призрения [7].

Отечественные исследователи Ушаков Ю., Калугина Л., Мирзоян М. [2]. Проводят изучение экономических и социально-экономических потерь в зависимости от пола, возраста, формы течения шизофрении, преобладающего позитивного симптома и уровня негативной симптоматики. Анализ расходов на больных шизофренией в зависимости от пола показывает, что при одинаковом количестве больных, средние затраты на 1 мужчину в 1,6 раз превышают таковые у женщин. В основном это связано с большими расходами на стационарное лечение у мужчин, которые в 1,4 раза превышают расходы на женщин и являются следствием более частых и продолжительных госпитализаций. Эти данные подтверждают известное мнение, что практически при всех формах течения шизофрении у мужчин заболевание протекает менее благоприятно. Исследования показали, что потери национального дохода, связанные с болезнью мужчин, были значительно, большими.

Распределение по возрасту: число мужчин значительно преобладает над женщинами в интервале 30-40 лет, тогда как женщин больше после 60 лет. Объясняется это разными возрастными шкалами: у 90,7% мужчин манифестация до 40 лет; у женщин 70,4% до 40 лет. После 40 лет женщины заболевают в 3 раза чаще, чем мужчины. Средние суммарные прямые и косвенные расходы на 1 пациента были максимальными при неврозоподобном и галлюцинаторно-бредовом синдроме. Если при неврозоподобной форме шизофрении затраты формировались в основном за счет длительной нетрудоспособности, то в случаях параноидных и

галлюцинаторно-параноидных вариантов течения они складывались из расходов, связанных с частыми и продолжительными госпитализациями. Затраты на больных, в зависимости от тяжести негативных расстройств, были наибольшими при астенической аутизации – (26%).

С эмоциональным объединением (24%); снижением ЭП – (25%). Соответственно, косвенные расходы (на инвалидность) составили 20, 28, 32%. С помощью экономических показателей, косвенно отражающих степень тяжести и особенно течения заболевания, можно качественно оценить различные проявления болезни в денежном выражении. Это может быть весьма полезным для квантификации последующей интегративной оценки состояния больных и выработки лечебных и реабилитационных мероприятий [1]. По мнению этих же авторов наиболее оптимальным критерием, положенным в основу разграничения контингентов больных шизофренией для образования более однородных по нуждаемости в различных видах помощи групп, являются экономические данные о суммарных затратах на 1 больного в течение года. В соответствии с этим критерием все обследуемые шизофренией распределялись на группы «Экономического риска». Затраты на больных первой группы отсутствовали; второй группы варьировали в интервале 1-1000 рублей в год; третьей от 1000 до 3000 рублей; в четвертой группе выше 3000 рублей. Максимальное число больных (50%) оказалось во второй группе; наименьшее – (7,5%) в четвертой группе. А суммарное распределение затрат было обратным. Доля расходов на больных 2 группы составляла 23,9% от общих затрат; тогда как на пациентов 3 и 4 групп – 76,1% или 38,9 и 37,2% соответственно. Наибольшие издержки были связаны с лечением в психиатрических стационарах и выплатами пособий по инвалидности. Наиболее тяжелые явления – больные четвертой группы, затраты на которых максимальны не только суммарно, но и в среднем на 1 больного. Они в 10 раз выше, чем таковые на 1 больного во второй группе и почти в 2,5 раза больше, чем в третьей группе, особенно отчетливы различия в затратах на лечение в психиатрических стационарах. По мнению авторов, это свидетельствует о том, что наиболее приоритетными в настоящее время должны быть мероприятия, направленные на уменьшение продолжительности и частоты госпитализации (профилактика рецидивов, попытка купирования их в амбулаторных условиях, интенсивное лечение в стационарах с ранней выпиской и долечиванием в дневных стационарах) [2]. Исследование показывает, что максимальные суммарные потери национального дохода на больных во всех группах обусловлены на 80-90% постоянной нетрудоспособности (инвалидности). Эти потери являются самыми значительными из всех статей прямых и косвенных затрат на больных шизоф-

рений. Абсолютные значения показателей косвенных расходов столь велики, что являются весьма существенными для государства в общей доле национального дохода. Это, несомненно, требует создания совместных медицинских и государственных программ для снижения уровня инвалидности у больных шизофренией [1]. В своей работе мы предприняли попытку выделить среди всех больных наиболее «дорогостоящие» группы пациентов, которые дают наибольшее число дней нетрудоспособности с последующим выходом на инвалидность. Дифференциация шла по принципу частоты обращений и длительности пребывания на больничном листе в течение года. Выделены три группы:

1. Часто болеющие (Ч.Б.) – лица, которые в течение отчетного года краткосрочно находились на больничном листе более 4-6 раз по поводу одного или различных заболеваний.

2. Длительно болеющие (Д.Б.) – лица, которые длительно были нетрудоспособны или находились в стационаре от 40 до 150 койкодней или несколько раз в году.

3. Часто и длительно болеющие (Ч.Д.Б.) – лица, имеющие по одному или несколько заболеваний,

более 4-6 случаев нетрудоспособности в течение года и дающих 40-150 дней нетрудоспособности.

Следует заметить, что выделение этих групп шло не по нозологическому принципу, а по частоте обращения и длительности пребывания на больничном листе или на больничной койке. Сюда вошли, в первую очередь, больные с непрерывно текущей и шубообразной формой шизофрении с позитивными синдромами в виде параноидных, галлюцинаторно-параноидных, аффективно – бредовых состояний. И с негативными расстройствами – с астенической симптоматикой, аутизацией с эмоциональным объединением и редукцией энергетического потенциала.

За три года наблюдения в количественном отношении это составляет свыше 500 человек. Строгий отбор, ведение больных по индивидуальному плану, применение методик интенсивного лечения, широкое использование пролонгов в амбулаторной и стационарной помощи, частые посещения больных на дому с постоянным контролем лечения позволяют удерживать обвальность выхода на инвалидность и сократить частоту регоспитализаций, что сокращает прямые и косвенные затраты национального дохода.

Литература:

1. Ушаков Ю., Калугин Л., Мирзоян М. Роль клинических и экономических показателей в формировании критериев учета больных шизофренией // *Невропатология и психиатрия*, 1991. - Т. 91. - № 11. - С. 44-47
2. Ушаков Ю., Богданова Е., Шипин С., Мирзоян М. Сравнительные результаты клинико-экономического и социально-экономического изучения 2-х популяций больных шизофренией в условиях различных организационных форм психиатрической помощи
3. Cook A. But is value for money? // *Health Soc. Serv. J.*, 1984. - Vol. 94. - № 4886. - P. 225-227
4. Frank R., Lave J. A plan for prospective payment for in patient psychiatry care // *Hosp. Commun. Psychiat.*, 1988. - Vol. 36. - № 7. - P. 775-776
5. Gunderson J. Mosher Jhe Amer. J. Psychiat., 1975. - Vol. 132. - P. 901-906
6. Hall W. Goldsntin G. // *Schizophrenia Bull*, 1985. - Vol. 11. - № 4. - P. 598-612
7. Talbott J. A proposal for future funding of chronic and episodic mental illness // *Hops Commun psychiat.*, 1986. - № 1. - P. 1126-1130
8. Taube C. Godman H. Borns B // *Amer J. Psychiat.*, 1988. - Vol. 145. - № 1. - P. 19-24

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ

Н.В.Жаркова

г. Костанай

По рекомендации ВОЗ для экономии финансов, а также трудовых затрат, необходимо поощрять в повседневной практике и развивать такие эффективные типы лечения, при которых максимально используются наименее трудоемкие методики (4). Экономические факторы все более влияют на лечебную стратегию, особенно при шизофрении. Акцент делается на краткосрочное стационарирование и

лечение в амбулаторных условиях, как на наиболее эффективные в стоимостном выражении в атмосфере финансовых ограничений, ощущаемые и частным, и общественным сектором системы охраны психического здоровья (4). Приводятся, в частности, следующие впечатляющие примеры: Э.С.Т. является более эффективным методом лечения, чем трициклические антидепрессанты.

Сокращение длительности пребывания больных на больничной койке дает не только терапевтическую выгоду, но и экономическую выгоду – по 6400 долларов на человека в связи с меньшим, в среднем на 13 дней, пребыванием пациента на койке (9). Психиатрические службы США сэкономили государству 4 млрд. долларов за 10 лет только за счет применения лития для профилактического лечения маниакально-депрессивных психозов (1). Через призму стоимости эффективности предпочтительно иметь дело с более эффективным методом лечения. Круг задач экономического плана, стоящих перед современной психофармакотерапией и психофармакологией сформулированы в работе М.Е.Вартаняна (1). Автор считает, что для того, чтобы наметить стратегические пути развития клинической психофармакологии, необходимо получить научно обоснованные сведения о том сколько может стоить полноценное (оптимальное) лечение и содержание хронически больных; какой из методов лечения при прочих равных условиях экономичнее (фармакотерапия, инсулиновая, электросудорожная терапия, психо или трудотерапия); во что обходится обществу вынужденное ограничение работоспособности членов семьи больных; и, наконец, как это можно подсчитать (1). В отечественной психиатрии исследования в области экономики психофармакотерапии единичны. Так, в работе Н.А.Демидова (2) приведены сведения о финансовых аспектах влияния психофармакотерапии на деятельность психиатрического стационара. Автор поставил вопрос о том, как влияет психофармакотерапия на улучшение использования коечного фонда, а также на общую экономику здравоохранения? Под влиянием психотерапии и увеличения количества применяемых средств, потребность в койках для больных психозами, пограничными состояниями и умственной отсталостью сократилась на 14%, для всех остальных контингентов больных на 12,8%. Проведенный расчет показал, что при распределении интенсивных методов психофармакотерапии на всю территорию Российской Федерации, высвободилось бы 16 тысяч коек в переполненных психиатрических стационарах, что равнозначно 32 психиатрическим больницам до 500 коек каждая. Если же не заполнять эти койки другими больными, то при стоимости психиатрической койки 4,7 руб. в день по РФ была бы достигнута экономия в 27 млн. рублей В.Е.Лернер показал, что внедрение во внебольничную практику методов интенсивной и адекватной психофармакотерапии (ранняя выписка из психиатрической больницы после курса интенсивной психофармакотерапии или амбулаторное купирование рецидивов) при приступообразной шизофрении дало существенный эффект за счет снижения суммарной длительности временной нетрудоспособности и времени пребывания в стационаре. Суммарный расчет показал, что денежные

затраты в среднем на 1 учтенного больного в год уменьшились на 186,39 руб. (4).

Выделено четыре аспекта оценки экономического эффекта в зависимости от того или иного метода лечения: стоимость лечения, полученный результат, выбор эффективного способа лечения, потребность в лечении. Первый и второй аспекты касаются анализа зависимости между затратами и результатами лечения. И дают лишь часть информации. Третий аспект касается экономического анализа разных методов лечения, например, лечения в дневных стационарах и лечения в больницах. Четвертый аспект наиболее труден для точных оценок. Отдельные авторы (5) считают, что дешевизна не является определяющим критерием для выбора лечения. Главным здесь является отдача, измеряемая не только производственными затратами, но и полученными результатами, а если оценить эффект трудно, то, по возможности, нужно учитывать все затраты (стоимость) и даже малоощутимые результаты. Соотношение затрат и отдачи есть достойное основание для применения того или иного метода лечения или отказа от него (11). Больше всего среди работ, посвященных экономике психофармакотерапии, исследований, в которых изучается экономичность того или иного препарата или метода лечения. Оценка экономической эффективности терапии антидепрессантами в сравнении с другими способами лечения (например, электрошоковой терапии), приведена в работе Brant и соавторов (6). На основе проведенного анализа сделан вероятный прогноз, что терапия антидепрессантами за 20 лет должна дать экономический эффект в 370 млн. швейцарских франков. (12). Отмечается, что применение нейролептиков – пролонгов сокращает длительность пребывания в психиатрической больнице и значительно снижает стоимость лечения. По мнению ряда исследователей, назначение психотропных средств приводит к реальной экономии и в практике общего здравоохранения. Актуальными являются исследования, применяющие экономический подход к оценке сравнительной эффективности психотерапии в психиатрии и в системе общего здравоохранения (10). Большинство исследователей отмечают, что психотерапия может сокращать число случаев госпитализации, предотвращать рецидивы, например при шизофрении, уменьшить срок пребывания больных в стационаре (6). Kagan B. и соавторы считают, что различия в экономии от применения психотерапии зависят от опыта, профессиональной подготовки персонала и оплаты его труда, что делает необходимым учет затрат на профессиональную подготовку таких специалистов. Подтверждается экономическая эффективность работы психотерапевтов в учреждениях общемедицинской практики – сокращение времени сочетанных расстройств – соматических и психических и т.д. (7).

Литература:

1. Вартанян М.Е. // Журнал невропатологии и психиатрии, 1989. - № 10. - С. 3-12
2. Демидов Н.А. Влияние психофармакотерапии на деятельность психического стационара. – Автореферат – дис... д-ра мед. наук. - М., 1975
3. Лернер В.Е. Приступообразная шизофрения и задачи внебольничного лечения // Автореферат – дис... канд. мед. наук. - М., 1983
4. Факторы, препятствующие развитию служб охраны психического здоровья. – Копенгаген, 1980
5. Bitther Jh. The industrialization of American psychiatry // Amer J. Psychiat, 1985. – Vol. 142. - № 2. – P. 149-154
6. Brant M., Escher M., Menzl A. // Kosten – Nutzeu – Analyse Antidepressia. – Berlin, 1975. - P 68
7. Bridges K., Goldberg D. // Bret. med. J., 1984. – Vol. 289. – P. 650-658
8. Drummond M.F. Principles of Economy Appraisal in Health large. – London, 1980
9. Gloss N.J., Goldberg D. // Psychol. Med., 1977. – Vol. 7. – P. 701-707
10. Hogerty G., Goldberg S. // A rch. gen. Psychiat, 1973. – Vol. 28. – P. 54-64
11. Karan B., Van den Bos // Profession Psychol, 1976. – Vol. 7. – P. 107-111
12. Liberman P., Strauss J. // Amer J Psychiat., 1986. - 143. - № 12. – P. 1557-1562

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ИКСЕЛ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ В ИНВОЛЮЦИОННОМ ВОЗРАСТЕ

Г.М.Кудьярова, Б.Б.Джарбусынова, В.С.Бойко

Депрессия у пожилых людей может проявляться симптомами когнитивных нарушений, обозначаемых термином «псевдодеменция». У многих пациентов с диагнозом деменции депрессия может возникнуть вследствие осознания ими прогрессирующих когнитивных нарушений. Больным с симптомами как деменции, так и депрессии с целью уточнения диагноза показаны пробный курс лечения антидепрессантами. Из клиники следует, что общими признаками депрессивных состояний при данном виде органической патологии считаются их длительность, торпидность течения, трудность терапии. Применяемые в клинической практике традиционные антидепрессанты обладают большим количеством побочных эффектов, которые плохо переносятся. Широко известны атропиноподобные побочные эффекты, описаны и более тяжелые осложнения: судорожные припадки, делириозные состояния, «амитриптилиновые старческие делирии».

Антидепрессант нового поколения «Иксел», ингибитор обратного захвата серотонина и норадреналина, сочетает в себе высокую эффективность в лечении депрессивных расстройств различного генеза с минимальным количеством побочных эффектов. Данное обстоятельство связано с отсутствием сродства к М-холинорецепторам, D₁- и D₂-допаминергическим рецепторам, а также H₁-гистаминовым рецепторам. Стойкий терапевтический эффект может быть достигнут при использовании

средних и малых доз препарата, что позволяет применять его в ходе амбулаторной терапии психических заболеваний.

Перед собой мы ставили цель – оценить эффективность антидепрессивного действия и безопасность препарата «Иксел» в лечении депрессивного синдрома различной степени выраженности у больных с деменцией. Вопросам формирования депрессивного синдрома, представленности его в клинической картине атрофических заболеваний коры головного мозга и, наконец, терапии уделено много внимания. Ряд авторов, в первую очередь Э.Я.Штернберг, говорят о «эндоформности» депрессий при деменции. Другие указывают на то, что структура депрессивного синдрома характеризуется большей тревожностью, эмоциональной лабильностью и повышенной соматической озабоченностью больных, формированием ипохондрической симптоматики. Обращается внимание на «однообразие, недостаток аффективного выражения и застревание на узком круге представлений», а также на фрагментарный и «мерцающий» характер симптомов. Нами были обследованы 7 (3 женщины и 4 мужчин) с сосудистой деменцией.

У пациентов с деменцией в структуре депрессии отмечены бред обнищания и сенесто-ипохондрические переживания.

Пациенты принимали препарат в дозе 25–50 мг. Для оценки устойчивости аффективного состояния проводили ежедневное клинко-амбулаторное

наблюдение. В ходе исследования, в динамике, удалось выявить положительный эффект терапии «Икселом» у пациентов. Немаловажно, что достоверно значимые положительные эффекты регистрировали уже через 2 недели от начала терапии. Выраженный терапевтический эффект наблюдали к концу 4-й недели терапии, максимальный – через 6 недель, наблюдалось снижение показателей, оценивающих выраженность аффективных нарушений, таких как угнетенное настроение, подавленность, пессимистические мысли о будущем.

Из побочных эффектов препарата нами отмечены: головокружение, сухость во рту, сердцебиение. Но, по тяжести проявлений указанные явления были не резко выражены, не продолжительны.

Таким образом, «Иксел» эффективен в терапии депрессивных расстройств инволюционного возраста; что препарат хорошо переносится пациентами, в среднетерапевтических дозах не имеет выраженных побочных эффектов; что положительный клинический эффект «Иксела» достигается к концу 2-й недели от начала терапии, максимальный лечебный эффект отмечается через 4–6 недель.

ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ СУДЕБНОЙ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ (КСППЭ) НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Г.М.Кудьярова. А.Кудайбергенова

Основные задачи КСППЭ несовершеннолетних обвиняемых вытекают из ч. 3 ст. 15 УК РК. Согласно этой норме в задачи экспертов – психологов и экспертов – психиатров входит установление наличия и причин отставания в психическом развитии несовершеннолетнего с целью ответа на вопросы: мог ли несовершеннолетний в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий в момент совершения инкриминируемого деяния; мог ли он в полной мере руководить ими? Решение этих задач требует уточнения границ и содержания понятия «отставание в психическом развитии» в юридической, медицинской (психиатрической) и психологической науках.

Согласно ч. 3 ст. 15 УК РК, «если несовершеннолетний достиг возраста, предусмотренного частями первой или второй настоящей статьи, но вследствие отставания в психическом развитии, не связанном с психическим расстройством, во время совершения преступления небольшой или средней тяжести не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, он не подлежит уголовной ответственности». Статья 15 УК РК устанавливает два возрастных предела уголовной ответственности – 16 лет и 14 лет. По юридическому критерию при совершении преступления несовершеннолетними должен быть точно установлен его «паспортный» возраст (число, месяц, год рождения).

Для того чтобы ответить используемые при этом критерии экспертной оценки, необходимо коснуться содержания понятия «возраст» в психологии. В отечественной психологии под «психологическим

возрастом» понимают качественно определенный возрастной период психического развития человека как индивида, и как личности. Темп психического развития и возрастные границы периодов имеют конкретно-исторический характер. Они достаточно изменчивы, во многом зависят от социально-экономических условий развития личности, особенностей воспитания, характера деятельности и общения, в которые вовлекается ребенок в процессе социализации. Развитие личности каждого ребенка индивидуализировано. Вместе с тем единство социальных законов психики определяет типичные психологические особенности, общие для людей одного возрастного периода. Это позволяет диагностировать «психологический возраст» на основании знания общих закономерностей развития психики и сопоставления с ними «реального уровня» развития несовершеннолетнего. Однако при этом возникают два принципиальных методологических ограничения. Во-первых, критерии такого сопоставления могут носить лишь качественный характер, так как развитие ребенка есть «единый, но не однородный, целостный, но не гомогенный процесс» (Выготский Л.С., 1983). Во-вторых, на основании такого качественного сопоставления можно диагностировать только сам период возрастного развития, иногда его фазу, но никак не паспортный возраст. Иными словами, принятое в отечественной психологии понятие «психологический возраст», эквивалентное периоду возрастного развития, принципиально не равноценно паспортному возрасту, существенно шире его границ.

«Психологический возраст» есть качественно определенный период развития личности

несовершеннолетнего, охватывающий хронологический промежуток в несколько лет и ограниченный критическими точками. Анализ психического развития должен начинаться с выяснения критического периода, открывающего диагностируемый возрастной этап.

Определение «психологического возраста» требует учета всей совокупности личностных и интеллектуальных особенностей, взятых в единстве и динамике с ситуацией социального развития.

Диагностика личностных и интеллектуальных новообразований имеет качественный характер. Результаты психометрических исследований играют вспомогательную роль и должны учитываться в общем контексте диагностируемого качества личностных структур и интеллекта.

Отставание в психическом развитии несовершеннолетних может быть установлено на основании отклонений в ходе их психического развития от соответствующих личностных и интеллектуальных норм педагогической и возрастной психологии. Существенное отставание реального уровня развития от этих норм позволяет говорить о различных вариантах задержки психического развития: умственной отсталости (при большей выраженности интеллектуального недоразвития) и личностном инфантилизме (при преимущественном недоразвитии личностных структур). Как правило, эти варианты психического недоразвития сочетаются, поэтому обязательно должны учитываться в едином комплексе. При этом следует постоянно иметь в виду, что во всех случаях «отставания в психическом развитии», как полностью (при сугубо социальной детерминации), так и преимущественно (при смешанной детерминации задержки) не связанной с патологией биологической основы психики, конечная цель экспертов заключается не в определении периода возрастного развития. Диагностика отставания в психическом развитии несовершеннолетнего есть лишь первый этап экспертной оценки. Второй ее этап состоит в определении ведущей причины, вызвавшей отставание. Третий этап составляет решение вопроса, мог ли несовершеннолетний с установленной психической отсталостью в актуальный период – в ситуации совершения инкриминируемого ему преступления – в полной мере осознавать фактическое значение и общественную опасность своих действий и мог ли он в полной мере руководить ими. Ответ на этот вопрос эксперты могут получить посредством анализа содержания и структуры сознания и самосознания несовершеннолетнего в момент деяния, рассмотрения уровня и качества произвольной регуляции им своего поведения.

Таким образом, в комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизе несовершеннолетних определение степени отклонения реального уровня развития подэкспертного от возрастных

стандартов всегда является не самоцелью, а средством решения главной задачи. Сама по себе диагностика возрастного периода даже тогда, когда она может быть выполнена методологически и методически корректно (в случаях отставания в психическом развитии, обусловленного социальной депривацией, педагогической запущенностью), еще не дает ответа на вопрос о мере способности несовершеннолетнего осознавать свои действия и руководить ими. В сравнительно простых ситуациях рефлексия и саморегуляция у него могут оказаться актуально достаточными, в других, более сложных, будут неполными. Диагностика отклонения от нормы соответствующего возрастного периода дает лишь общий ориентир, но не предпрещает экспертной оценки. Последняя выполняется обязательно с учетом внешних (сложность ситуации) и внутренних (динамическое состояние личности) условий совершения инкриминируемых деяний.

Как известно, мотив, побуждающий деятельность, определяет лишь «зону объективно адекватных целей» (А.Н.Леонтьев), через которые он может быть достигнут. Полнота субъективного отражения этой зоны зависит от социального опыта несовершеннолетнего, усвоенности им соответствующей сферы значений (ценностей, «образцов целей», возможных форм поведения, принятых в культуре). Окончательный выбор целей и средств их достижения обусловлен их оценкой, особенностями самосознания личности. При этом сознательным и свободным можно считать лишь тот выбор, который основан на адекватной оценке, учитывающей многообразные объективные обстоятельства и связи, знание своих возможностей, личностных ресурсов, ценностного отношения к самому себе. Поскольку оцениванию подлежат будущие действия, то необходимыми его элементами являются прогноз, способность предвидеть как непосредственные результаты, так и возможные последствия этих действий. Такая оценка осуществляется на основе операциональных, целевых и смысловых критериев и приводит к принятию решения, выбору целей и способов их достижения. В свою очередь реализация этих целей зависит от возможности несовершеннолетнего субъекта руководить своими действиями, его способности к организации целенаправленного поведения. Важнейшее значение в этом аспекте имеют особенности прогноза, планирования, контроля и коррекции действий. Прогноз на этапе целедостижения используется как основа плана, т.е. конкретного определения конечных и промежуточных результатов, а также последовательности выполнения действий и операций. Контроль выполняет функцию сличения субъективного образа потребного результата и реального положения вещей, оценки расхождения между ними, сигнализируя о необходимости коррекции. Коррекция направлена на устранение этого расхождения, на реализацию плана и достижение целей.

Достаточность и слаженность актуального функционирования рассмотренных звеньев при реализации преступного умысла, что зависит от созревания и сохранности личностных структур, динамического (эмоционального, группового и др.) модуса их организации, меры соответствия интеллектуальных и личностных ресурсов субъекта преступления требованиям ситуационной задачи, позволяют осуществлять адекватное полагание и эффективное достижение целей, полноценную саморегуляцию преступного поведения. Именно наличие такой степени зрелости, структурной организации и функциональной слаженности создает актуальную возможность несовершеннолетнего субъекта преступления сознавать фактическое значение и общественную опасность своих действий. Эта возможность должна пониматься как его способность в конкретной ситуации верно отражать в сознании в системе своих личностных смыслов объективные содержания, связи и отношения, заданные культурой, понимать требования нормативных (морально-нравственных и правовых) запретов. Полное осознание субъектом преступления значения своих действий включает в себя правильное понимание объективного содержания собственного поведения, целей совершаемых действий, предвидение их прямых и косвенных результатов, последствий

для себя и общества, оценку своего поведения с точки зрения действующих правовых норм и общепринятой морали. Возможность лица руководить своими действиями следует определить, как способность в конкретной ситуации совершать произвольные и осознанные поступки, как свободу выбора целей и средств их достижения. Необходимой предпосылкой этого является наличие объективных и субъективных альтернатив поведения (Кудрявцев И.А., 1988).

Таким образом, слаженность и полноценность работы всех звеньев системы целеполагания и целедостижения в составе преступного поведения может быть оценена как полная сохранность способности несовершеннолетнего к произвольной и сознательной регуляции инкриминируемых действий, что соотносится с признанием несовершеннолетнего субъектом преступления, способным к виновной ответственности.

Нарушения мотивации, недостаточность или дисфункция взаимодействия отдельных составляющих целевого действия при отсутствии или неразвитости у несовершеннолетнего компенсаторных процессов свидетельствуют о существенном ограничении возможности сознательной регуляции инкриминируемого деяния, т.е. о наличии экспертных критериев применения ч. 3 ст.15 УК РК.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ, ВЛИЯЮЩИЙ НА ФОРМИРОВАНИЕ СВОЙСТВ АНТИНАРКОТИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ В МЛАДШЕМ ШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

А.А.Марашева

г. Караганда

Наличие психопатологических проявлений в дошкольном и раннем школьном возрасте многими исследователями расценивается как фактор повышенного риска формирования зависимости от психоактивных веществ (Е.Н.Кривулин, С.А.Макаров, 2002; А.В.Надеждин, 2002; Д.Н.Сакеллион, А.Н.Арипов, 2003; А.С.Каражанова, 2004). Доказано, что раннее употребление ПАВ, взаимодействуя с процессами возрастного созревания систем мозга, с этапами общего и психического онтогенеза, приводит к нарушению индивидуального развития – дизонтогенезу, который развертывается по типу поврежденного психического развития. Основой такого дизонтогенеза является возникновение и прогрессирование признаков токсической энцефалопатии (Н.Е.Буторина, С.А.Макаров, Г.Г.Буторин, 2002; А.С.Каражанова, 2004).

Таким образом, достаточно важными представляются исследования двух групп дизонтогенетических факторов:

- первичных факторов риска, не имеющих прямого отношения к непосредственным проявлениям зависимости от ПАВ;
- вторичных факторов, являющихся следствием хронической интоксикации психоактивными веществами.

При этом мы исходим из того, что как первая, так и вторая группа факторов оказывают сходное деструктивное влияние на процесс формирования свойств психологического здоровья - антинаркотической устойчивости у детей младшего школьного возраста. В частности, вторая группа факторов, наслаиваясь на признаки раннего дизонтогенеза, несвязанного с хронической интоксикацией ПАВ,

усугубляет трудности развития интересующих нас свойств личности ребенка в соответствующих программах медико-социальной реабилитации.

Основные сложности в квалификации вышеуказанных состояний связаны с несомненными особенностями клинико-психопатологического оформления основных признаков химической зависимости у детей (клиническая незавершенность, неопределенность, рудиментарность многих психопатологических синдромов, свойственных взрослым); с сочетанием многих социальных и биологических обстоятельств, приводящих к формированию патологических радикалов психики, которые не всегда возможно идентифицировать; с выводимой отсюда особенностью диагностических подходов, которые необходимо использовать в детской наркологии.

В нашем случае эти сложности преодолевались за счет использования в качестве основного диагностического инструмента адаптированного варианта многоосевой классификации болезней (МКБ-10), применительно к психическим и поведенческим расстройствам детского возраста (Р.Никол, 2001). Использование настоящей классификации позволило адекватно раскрыть особенности собственно психопатологических симптомов и синдромов (ось I); оценить нарушения личностного развития по степени выраженности патологического личностного радикала – ось II; определить характеристики когнитивного статуса и уровень

интеллектуального развития (ось III); оценить аспекты физического (соматического) здоровья в аспекте коморбидной патологии, связанной и несвязанной с употреблением ПАВ (ось IV); оценить неблагоприятные психосоциальные факторы, в той или иной степени являющиеся причинами наркологических проблем – ось V; по оси VI (анализ психологического и социального функционирования с целью определения признаков инвалидности) оценки не проводилось, поскольку у детей исследуемой группы и группы сравнения отсутствовали признаки инвалидности и, следовательно, показания к такого рода оценке.

Таким образом, в настоящем разделе представлены результаты исследования по осям I, II (патологический личностный радикал), III, IV адаптированного варианта многоосевой классификации болезней (МКБ-10), применительно к психическим и поведенческим расстройствам детского возраста.

Психопатологический анализ первичных факторов риска формирования зависимости от ПАВ в исследуемой группе и группе сравнения показывает следующее.

Психопатологическая отягощенность алкоголизмом у родителей (являющаяся как биологической, так и социальной предиспозицией последующего специфического дизонтогенеза у детей) в исследуемой группе встречается в 1,8 раза чаще, чем в группе сравнения (таблица 1).

Таблица 1

Психопатологическая отягощенность алкоголизмом у родителей в исследуемой группе и группе сравнения

Наличие алкоголизма у родителей	Исследуемая группа	Группа сравнения	Уровень значимости по критерию Фишера χ^2
	%	%	
Да	66,7	38	$\chi^2=2,6$ $p<0,05$
Нет	33,3	62	$\chi^2=2,3$ $p<0,05$

Таблица 2

Варианты психопатологической отягощенности алкоголизмом у родителей в исследуемой группе и группе сравнения

Наличие алкоголизма у родителей	Наследственная отягощенность алкоголизмом		Уровень значимости по критерию Фишера χ^2
	в исследуемой группе n=40	в группе сравнения n=38	
	%	%	
Оба родителя	45%	7,9%	$\chi^2=1,5$ $p<0,05$
Только мать	10%	26,3%	$\chi^2=0,6$ $p<0,05$
Только отец	45%	65,3%	$\chi^2=1,28$ $p<0,05$

В таблице 2 приведены данные о распределении признака психопатологической отягощенности алкоголизмом в трех вариантах (оба родителя, только мать, только отец) в исследуемой группе и группе сравнения.

Как следует из таблицы 2, тенденции повышения риска вовлечения детей в зависимость от ПАВ отмечается в семьях, где алкоголизируются оба родителя. Эти данные приводятся с учетом абсолютного числа детей в исследуемой группе и группе сравнения, у которых выявлена наследственная отягощенность алкоголизмом у родителей.

Особенности протекания беременности у матери (токсикоз, инфекции, другие тяжелые заболевания), а также осложнения во время родов (асфиксия, родовые травмы) являются значимыми этиологическими факторами для формирования у детей психоорганического синдрома (С.С.Мнухина,

1968; В.В.Ковалев, 1985; E.Taylor, 1985; H.I.Kaplan, B.Y.Sadock, 1994; H.B.Levin, 1995), резидуально-органического психосиндрома (Г.Е.Сухарева, 1968; Н.Е.Буторина, 2002), или, так называемой, органической психической предрасположенности (А.В.Надеждин, 2002; Н.Я.Оруджев, 2002). Названные состояния отличаются степенью выраженности (и, соответственно, степенью компенсации) основных психопатологических составляющих органического симптомокомплекса, фиксируемых в сферах интеллекта, памяти, внимания, восприятия, эмоций, поведения, включая характеристики активности и развития соответствующих навыков (Б.С.Фролов, В.Э.Пашковский, 2004). В таблице 3 приведены данные относительно частоты осложнений во время беременности и родов в исследуемой группе и группе сравнения.

Таблица 3

Осложнения во время беременности и родов в исследуемой группе и группе сравнения

Наличие алкоголизма у родителей	Исследуемая группа	Группа сравнения	Уровень значимости по критерию Фишера χ^2
	%	%	
Имели осложнения во время беременности и родов	65	32	$\chi^2 = 2,8$ $p < 0,05$
Не имели осложнения	10	48	$\chi^2 = 2$ $p < 0,05$
Не установлено	25	20	$\chi^2 = 0,36$ $p < 0,05$

Как следует из таблицы 3, осложнения во время беременности и родов достоверно чаще отмечались в исследуемой группе, чем в группе сравнения (соотношение 2,0 при $p < 0,05$). В то же время отсутствие соответствующих осложнений достоверно чаще отмечалось в группе сравнения (соотношение 4,8 при $p < 0,05$). Таким образом, результаты, полученные по данному разделу исследования, подтверждают данные о повышенном риске формирования зависимости от ПАВ в связи с наличием органически неблагоприятного фона.

Наличие интеллектуальных нарушений в обеих группах исключалось условиями отбора детей, предусматривающими предварительное селективное исследование уровня интеллектуального развития тестом умственного развития Векслера. Также в обеих группах не было отмечено каких-либо, фиксируемых при клинко-психопатологическом исследовании, нарушений памяти, мышления, восприятия, внимания.

Существенная разница между детьми исследуемой группы и группы сравнения прослеживалась в отношении поведенческих параметров, характеризующих активность и развитие самоорганизующих

навыков. Параметры поведенческой активности мы исследовали по мимическим и двигательным реакциям, по особенностям речевого контакта, фиксируемым в исследуемой документации и на момент встречи с детьми, а также по описательным характеристикам, отраженным в анамнестических сведениях. О наличии самоорганизующих навыков можно было судить по внешнему виду (степень опрятности) ребенка.

В таблице 4 представлены данные, характеризующие мимические и двигательные реакции детей исследуемой группы и группы сравнения

Из данных, представленных выше, следует, что у здоровых детей активные мимические реакции отмечаются достоверно чаще, чем у детей с зависимостью от ПАВ (соотношение 1,54 при $p < 0,05$). Живые двигательные реакции и открытая поза в группе сравнения фиксируется достоверно чаще, чем в исследуемой группе (соотношение 1,71 при $p < 0,05$).

В таблице 5 приводятся данные относительно особенностей речевого контакта с детьми исследуемой группы и группы сравнения

Как видно из представленных данных по степени продуктивности достоверных отличий между

Мимические двигательные особенности детей исследуемой и группы сравнения

Признак	Исследуемая группа	Группа сравнения	Уровень значимости по критерию Фишера χ^2
	%	%	
Мимика живая	46,7	72	$\chi^2 = 2,2$ $p < 0,05$
Мимика скудная	53,3	28	$\chi^2 = 1,9$ $p < 0,05$
Живые реакции, поза открытая	35	60	$\chi^2 = 1,9$ $p < 0,05$
Скованность, поза закрытая	65	40	$\chi^2 = 2,2$ $p < 0,05$

двумя группами не найдено ($p > 0,05$). И в исследуемой, и в группе сравнения контакт достаточно продуктивный (соотношение 6,52 в исследуемой группе и 8,1 в группе сравнения), что косвенно подтверждает соответствие уровня интеллектуального

развития возрастным нормам. В то же время по признаку активности вербальных проявлений (инициатива, открытость, живая реакция) существенно выигрывают дети группы сравнения (соотношение 1,92 при $p < 0,05$).

Таблица 5

Особенности речевого контакта в исследуемой группе и группе сравнения

Признак	Исследуемая группа	Группа сравнения	Уровень значимости по критерию Фишера χ^2
	%	%	
Активный	31,7	61	$\chi^2 = 2,3$ $p < 0,05$
Пассивный	68,3	39	$\chi^2 = 2,7$ $p < 0,05$
Продуктивный	86,7	89	$\chi^2 = 0,23$ $p > 0,05$
Малопродуктивный	13,3	11	$\chi^2 = 0,09$ $p > 0,05$

В таблице 6 приведены данные относительно внешнего вида детей, дающего представление о степени развития навыков самообслуживания.

Из представленных данных следует, что достоверно чаще у детей в группе сравнения отмечается опрятный вид (соотношение 5,2, при $p < 0,01$) и, соответственно, достоверно реже – неопрятный внешний вид (соотношение 2,8, $p < 0,01$).

Из других характеристик поведения, отраженных в анамнестических сведениях, следует, что дети в группе сравнения в поведении были достаточно инициативны, в то время, как дети исследуемой группы – пассивно подчиняемы. Каких-то грубых нарушений поведения в виде асоциальных проявлений с агрессивно-деструктивными тенденциями ни в той, ни в другой группе отмечено не было.

Наиболее значимые психопатологические проявления, свидетельствующие о наличии органического фона (предиспозиции), были отмечены при исследовании эмоциональной сферы у детей исследуемой группы. Соответственно, по данному признаку фиксируются существенные различия между здоровыми детьми и детьми, зависимыми от ПАВ. Дети исследуемой группы характеризуются низкой способностью контролировать свои эмоциональные импульсы и выражать их в социально-допустимой форме. По незначительному поводу (слабые провоцирующие стимулы) у них могут возникать бурные эмоциональные реакции. В данной ситуации их поведение в значительной степени определяется эмоциональным состоянием. После эмоциональных разрядов дети с трудом успокаиваются и чувствуют себя разбитыми, усталыми. В

Оценка внешнего вида детей в исследуемой группе и группе сравнения

Признак	Исследуемая группа	Группа сравнения	Уровень значимости по критерию Фишера χ^2
	%	%	
Опрятен	13,3	69	$\chi^2=3,2$ $p<0,01$
Неопрятен	86,7	31	$\chi^2=2,7$ $p<0,01$

целом, для детей исследуемой группы характерны эмоциональная неустойчивость с преимущественно сниженным фоном настроения (не доходящим до уровня депрессии) с раздражительностью, негативным отношением к критике. Дети группы

сравнения, напротив, отличаются жизнерадостностью, оптимизмом, ровным фоном настроения.

В таблице 7 приведены сравнительные данные, относительно фиксируемого эмоционального фона в обеих группах.

Таблица 7

Особенности эмоционального фона детей в исследуемой группе и группе сравнения

Признак	Исследуемая группа	Группа сравнения	Уровень значимости по критерию Фишера χ^2
	%	%	
Ровный фон настроения	35	78	$\chi^2=3,6$ $p<0,05$
Сниженный фон настроения	65	22	$\chi^2=3,4$ $p<0,05$

Из представленных данных следует, что ровный фон настроения с адекватными эмоциональными реакциями в группе сравнения отмечается достоверно чаще (соотношение 2,23 при $p<0,05$). Соответственно, сниженный фон настроения (не доходящий до уровня депрессии) с гипертрофированными эмоциональными реакциями достоверно чаще отмечался в исследуемой группе (соотношение 2,95 $p<0,05$).

Таким образом, из первичных факторов профильного риска (психопатологических симптомов и синдромов по оси I адаптированного варианта МКБ-10), не имеющих прямого отношения к проявлениям зависимости от ПАВ, следует отметить эмоциональные нарушения и поведенческие особенности непсихотического характера. Данные психопатологические проявления в совокупности со сведениями о психопатологически отягощенной наследственности, осложнениях во время беременности и родов, следует квалифицировать как состояние с недостаточно четкой синдромальной структурой непсихотического расстройства органического круга (органический фон или органическая предрасположенность), соответствующее рубрике F06.9 – неуточненные психические расстройства вследствие

повреждения и дисфункции головного мозга и физической болезни, или рубрике F06.928 – неуточненные непсихотические расстройства в связи со смешанными заболеваниями (вариант МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации). Следует отметить, что вопрос дифференциальной диагностики описанных выше признаков органической дисфункции мозга резидуального характера и начальных проявлений токсической энцефалопатии в детском возрасте является крайне сложным, а при их сочетании – не всегда возможным.

Психопатологический анализ, проведенный по оси II адаптированного варианта многоосевой системы квалификации МКБ-10 применительно к психическим и поведенческим расстройствам детского возраста, не выявил каких-либо патологических личностных радикалов, позволяющих квалифицировать данные состояния рубриками F8x (нарушение психологического развития) и F9x (поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте).

Таким же образом не было зафиксировано задержек общего и интеллектуального развития у детей исследуемой группы и группы сравнения по оси III данной классификации.

Данные по оси IV (соматическое здоровье), имеющие отношение к формированию органической предрасположенности, нами излагались в начале раздела.

Психопатологический анализ вторичных факторов, непосредственно связанных с употреблением психоактивных веществ и оказывающих влияние на формирование свойств антинаркотической устойчивости у детей младшего школьного возраста, показывает следующее.

Практически все психопатологические проявления названного регистра, фиксируемые по оси I, в той или иной степени отмечались у детей исследуемой группы. К их числу относятся специфические для каждого типа зависимости проявления, так называемого, большого наркоманического синдрома, состоящего из: 1) синдрома изменения реактивности (исчезновение аверсивных реакций, повышение толерантности и т.д.), отражающего качественно новую реакцию организма на прием психоактивного вещества; 2) синдрома психической зависимости; 3) синдрома физической зависимости.

У детей исследуемой подгруппы с зависимостью от табака и насвая (n=49) отмечалась сравнительно легкая степень выраженности абстинентных проявлений, чем в подгруппы детей с алкогольной зависимостью (n=4) и употреблением летучих

растворителей (n=7). В тоже время у детей в двух последних подгруппах отмечался более выраженный астенический компонент в структуре абстинентных и постабстинентных проявлений, а также сравнительно более высокая степень эмоциональной лабильности в последующем. К возрастным особенностям оформления названного симптомокомплекса относились: клиническая незавершенность, неопределенность, рудиментарность всех трех компонентов большого наркоманического синдрома.

Каких-либо характерных изменений личности (синдром Бройтгама, специфический для всех видов зависимости), фиксируемых по оси II, в нашем случае отмечено не было.

Легкие когнитивные нарушения в виде быстрой утомляемости, отвлекаемости наблюдались у детей исследуемой группы в основном в структуре абстинентного синдрома. В тоже время каких-либо грубых нарушений интеллектуально-мнестической деятельности, характерной для прогрессирующей токсической энцефалопатии в нашем случае не отмечалось (ось III).

Также не было отмечено признаков поражения паренхиматозных органов и системной патологии, характерных для хронической интоксикации ПАВ (ось IV).

ДВА КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Б.А.Шахметов

Наблюдение 1.

Л., 37 лет, не работает. Впервые обратилась к психотерапевту в 1998 г.

Жалобы на сильные боли в кистях обеих рук, особенно в ночное время, просыпалась от болей и не могла долго уснуть. Частота приступов несколько раз в неделю.

История развития заболевания.

Себя больной считает около 2-х лет, когда впервые появились боли в кистях. Лечилась в начале домашними средствами, затем амбулаторно у терапевта, консультировалась у хирурга. В связи с отсутствием эффекта была направлена на стационарное лечение в терапевтическое отделение, затем лечилась в хирургическом отделении с диагнозом: «Болезнь Рейно». Однако эффекта от лечения не наступало.

История жизни. Раннее развитие без особенностей. Училась в школе хорошо, любила петь, танцевать, стремилась со вкусом одеваться. Закончила

ВУЗ и работала в проектно-институте. Замужем, имеет 2 сыновей. Муж работает механиком. В связи с экономическими преобразованиями институт был закрыт, осталась без работы. Чтобы как-то облегчить финансовую ситуацию в семье, купили в пригороде домик и корову. Больная, которая выросла в городе, привыкшая к городскому быту, проработавшая 6 лет в институте, неожиданно для себя стала сельской домохозяйкой. Чтобы кормить детей, выучилась доить корову, хотя это ей это откровенно не нравилось, но она пыталась смириться с этим, учитывая жизненную ситуацию.

Психическое состояние. Одета со вкусом, достаточно ярко. Во время беседы ищет сочувствия, одобрения. Эмоционально описывает свои ощущения, предыдущее лечение в различных учреждениях. Настроение неустойчивое, во время рассказа несколько раз отмечались то слезы, то смех. С живым интересом восприняла объяснение психотерапевта о невротической, функциональной природе

ее расстройств. С большой радостью восприняла слова врача, что ее болезнь излечима. Больной проведен курс индивидуальной психотерапии в форме диалога и внушений. Проведены сеансы гипносу-ггестивной, когнитивно-поведенческой и активирующей психотерапии. Обучена и достаточно хорошо освоила техники аутотренинга. Все это укрепило позитивные установки и ее уверенность в себе. Боли в руках не повторялись. Положительный катамнез через год.

Наблюдение 2.

С., 11 лет. Поступил в Костанайскую областную психиатрическую больницу 20.12.2001 г. Заболел 1,5 года назад, когда появилась боль в левом глазу, на другой день стало больно смотреть на свет, стал хуже видеть. Родители повезли в г. Курган (октябрь 2000 г.), где поставили диагноз: конъюнктивит и прописали глазные капли. Но за 10 дней лечения зрение снизилось на 90%. Курганские врачи поставили диагноз: «Слепота на фоне оптико-хиазмально-го арахноидита». Обследование и лечение Костанайскими офтальмологами, невропатологами и нейрохирургами не дало улучшения. Обследование и лечение в Астане, Алматы так же не дало результатов, проведена компьютерная томография: «Нисходящая атрофия зрительного нерва». Спустя год повторное обследование и лечение. Врачи объяснили, что надежд на выздоровление не осталось, рекомендовали учить ребенка жизни без зрения. Родители написали письмо на ОРТ в программу «Здоровье» оттуда письмо переслали уфимскому профессору хирургу Мулдашеву, который пригласил мальчика в свой центр. В Уфе врачи не усомнились в правильности диагноза, сказали случай тяжелый и почти безнадежный. Попросили приехать через месяц на стационарное лечение, т.к. в этот момент переезжали в новое здание.

После этой поездки у мальчика наступила депрессия. Со слов матери, он очень надеялся, что

вернется домой зрячим. А тут все мечты просто рухнули. С. стал отказываться от пищи, он не хотел двигаться, вставать с постели. Во время новых посещений больницы не давал врачам обследовать глаза. Несколько раз ему проводили электростимуляцию – все без эффекта.

Компьютерная томография проводилась еще 3 раза, в т.ч. в г. Челябинске, показывала один и тот же результат. Единым было и мнение специалистов: лечение бесполезно, надежды никакой. Но родители отказались верить в много раз установленный и подтвержденный диагноз. Последний консилиум был в декабре 2001 г. Был рекомендован курс реабилитации в детском отделении областной психиатрической больницы и обучение жить без зрения. Психотерапевты, психологи поставили задачу научить жить по новому жизненному сценарию. Для этого нужно было успокоиться, принять ситуацию такой, какая она есть. У ребенка пробуждался угасший интерес к жизни. Мало-помалу он начал учить и рассказывать стихи, петь песни, слушал музыку. Начал лепить из пластилина различные фигурки, стал приучаться «видеть руками». Дома занятия продолжила мать, он принимал прописанные лекарства (седативные, антидепрессанты, ноотропы), просил читать ему книжки, письма друзей. 3 февраля 2001 г. вечером, он впервые увидел свет лампы. Через 3 дня он уже ходил по квартире, не натываясь на косяки. С каждым днем он видел все лучше и лучше и боялся вновь потерять зрение, даже отказался ложиться спать, думал, а вдруг после пробуждения опять ничего не увидит. 6 марта он уселся перед телевизором и просмотрел все программы.

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

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ, ВЛИЯЮЩИЙ НА ФОРМИРОВАНИЕ СВОЙСТВ АНТИНАРКОТИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

А.А.Марашева

г. Караганда

Клинико-психологический метод включает в себя исследования сформированности свойств антинаркотической устойчивости. Доказывая применимость концепции антинаркотической устойчивости у детей младшего школьного возраста, мы рассматриваем её основные компоненты относительно данного возраста.

Критерием отбора в исследуемую группу и группу сравнения является индивидуальный уровень интеллектуального развития, который соответствует возрастным нормам.

Селективное исследование уровня интеллектуального развития представлено тестом умственного развития Векслера, который использовался для решения следующих задач.

- исследование общего интеллектуального показателя у детей исследуемой группы и группы сравнения

- сопоставление с возрастными нормативными данными

При тестировании были получены следующие результаты. Средний общий интеллектуальный показатель для детей из исследуемой группы составил 91,95 балла, а группе сравнения 92,74 балла. Нормативные показатели IQ для детей от 6,6 лет до 12,5 составляет 90-113 баллов. Следовательно, показатели детей, входящих в исследуемую группу и группу сравнения, соответствуют нормативным данным (таблица 1). Достоверной разницы в обеих группах не выявлено, следовательно, группы сопоставимы и уровень умственного развития в исследуемой группе и группе сравнения не является фактором, влияющим на достоверность получаемых результатов.

Таблица 1

Соотношение общего интеллектуального показателя по тесту Векслера у детей обеих групп

Показатели	Исследуемая группа	Группа сравнения
Средний ОИП	91,95 баллов	92,74 баллов
Нормативный ОИП	90 – 113 баллов	
s среднее стандартное отклонение	2,2	2,5
p вероятность ошибки, уровень статистической значимости	p>0,05	

Для изучения индивидуально-психологических особенностей детей, употребляющих и неупотребляющих психоактивные вещества, был использован *многофакторный личностный опросник Р.Кеттелла*. Для детей младшего школьного возраста опросник разработан Р.Б.Кэттеллом и Р.В.Коаном. В описываемом варианте он содержит 12 шкал для измерения степени выраженности черт личности, функционально независимая природа которых установлена в ряде факторно-аналитических исследований.

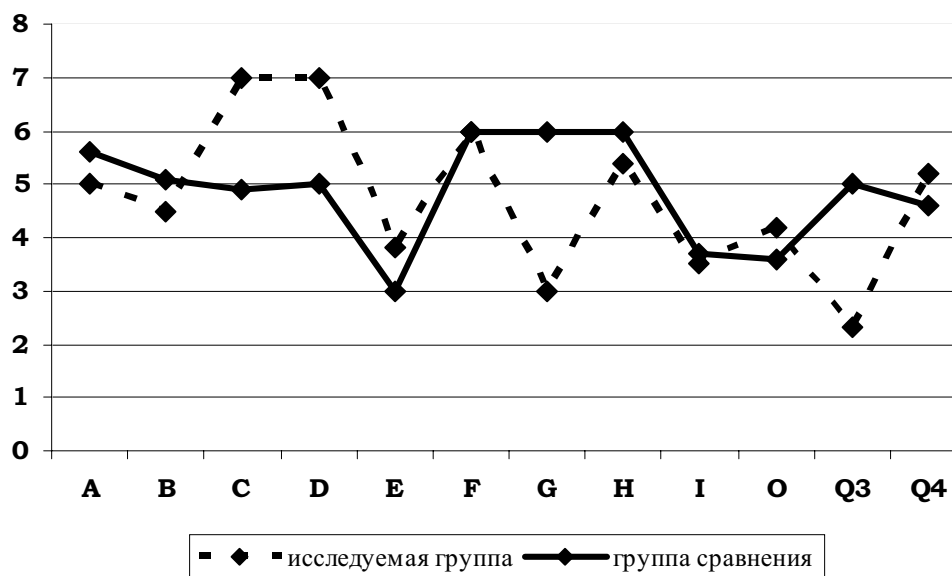
Результаты, полученные в ходе исследования, показывают, что по 8 шкалам у детей обеих групп, исследуемой и сравнения, получены средние баллы, со статистически значимыми различиями (рисунок 1). Статистически значимые различия обнаружены и по другим 4 шкалам.

Показатели шкалы «аффектотимия – шизотимия» (фактор А) составили в исследуемой группе

x=5, а в группе сравнения x=5,6. Это свидетельствует о том, что дети, употребляющие психоактивные вещества, были более подвержены аффективным переживаниям, чем дети, неупотребляющие психоактивные вещества. Они более лабильны, отличаются богатством и яркостью эмоциональных проявлений, откликаются на происходящие события, имеют выразительную экспрессию, для них характерны сильные колебания настроения.

Шкала «интеллектуальных способностей» детей исследуемой группы и группы сравнения не имеет существенно значимой разницы, но показатели у детей, употребляющих психоактивные вещества, ниже (фактор В в исследуемой группе x=4,5 в группе сравнения x=5,1). Поэтому здесь можно сказать о том, что дети, употребляющие психоактивные вещества, несколько отстают в интеллектуальном развитии от своих сверстников, неупотребляющих психоактивные вещества. Достоверных различий

Результаты детского варианта многофакторного личностного опросника Р.Кеттела
исследуемой группы и группы сравнения



не выявлено, но для детей исследуемой группы характерны низкие общие мыслительные способности, затруднения в решении абстрактных задач, узкий спектр интеллектуальных интересов. Как отмечалось выше, показатели соответствуют возрастным нормам. Причиной их интеллектуальной неразвитости являлись условия их жизни и обучения, то есть педагогическая запущенность.

Показатели шкалы «доминантность – конформность» по фактору Е, шкалы «беспечность – добросовестность» фактор F, по шкалам «смелость – робость» фактор Н и «мягкосердечность – суровость» фактор I у детей исследуемой группы и группы сравнения имеют нормативные значения. В младшем школьном возрасте упрямство проявляется в стремлении к доминированию, лидерству во время детских игр, хотя большинство способов доминирования еще не освоено.

Показатели по шкале «гипотимия – гипертимия» (фактор Ох=4,2) в исследуемой группе говорят о тревожности, подавленности, склонности к печальным размышлениям в одиночестве, подверженности различным страхам и нелегкому переживанию любых жизненных неудач. Большинство детей данной группы недооценивают свои возможности и способности, подвержены чужому влиянию. Дети группы сравнения (фактор Ох=3,6) отличаются веселостью, жизнерадостностью, они легче переживают жизненные неудачи, больше верят в себя, слабо чувствительны к оценкам окружающих.

По шкале «фрустрированность – нефрустрированность» в группе сравнения показатели соответствуют нормам фактора Q4х=4,6; в то время как у детей исследуемой группы фактор Q4 в среднем

составил 5,2 стенов. Это говорит о наличии у этих детей эмоциональной неустойчивости с преобладанием пониженного настроения, раздражительности, негативного отношения к критике; они часто находятся в состоянии возбуждения, с трудом успокаиваются, чувствуют себя разбитыми, усталыми.

Показатели остальных четырех шкал характеризуют детей исследуемой группы как зависимых, пассивных, замкнутых, легкомысленных, неспособных к анализу собственного поведения и поступков, вследствие слаборазвитых мыслительных способностей. Дети группы сравнения, в целом, отличаются более развитой ресурсной системой, целеустремленностью и энергичностью, но также, как и дети исследуемой группы, они испытывают потребность в любви, внимании и получении новых впечатлений.

Для проверки достоверности обнаруженных различий между двумя сравниваемыми группами был применен t – критерий Стьюдента.

В отношении показателей шкалы «Сила – слабость Я» (фактор Сх=7) выявлены высокие показатели в группе сравнения. Это говорит о том, что большинство детей, неупотребляющих психоактивные вещества, хорошо приспособлены к новым обстоятельствам, не скрывают от себя собственные недостатки, не расстраиваются по пустякам и не поддаются случайным колебаниям настроения. Дети же, употребляющие психоактивные вещества, (фактор Сх=4,9), чувствуют себя беспомощными, усталыми и неспособными справиться с жизненными трудностями. Они не способны контролировать свои эмоциональные импульсы и выражать их в социально-допустимой форме. В поведении это

проявляется, как отсутствие ответственности, капризность. Показатели по шкале «флегматичность – возбудимость» (фактор D) выше у детей, употребляющих психоактивные вещества, чем неупотребляющих ($\chi=7$ и $\chi=5$ соответственно). Это говорит о том, что дети исследуемой группы проявляют повышенную импульсивность или сверхактивность в ответ на слабые провоцирующие стимулы. По незначительному поводу у них могут возникнуть бурные эмоциональные реакции. Их поведение, в значительной степени, зависит от эмоционального состояния. Для них характерны - постоянное беспокойство, отвлекаемость, недостаточная концентрация внимания.

Шкала (Сила «Сверх-Я» - Слабость «Сверх-Я»), имеет различия у детей, употребляющих и неупотребляющих психоактивные вещества. Фактор G составил в исследуемой группе $\chi=3$, а в группе сравнения $\chi=6$. Анализируя данные, мы видим, что дети исследуемой группы проявляют слабый интерес к общественным нормам и не прилагают усилий для их выполнения, способны презрительно относиться к моральным ценностям и, ради собственной выгоды, способны на ложь или обман. Дети группы сравнения отличаются развитым чувством ответственности, обязательны и добросовестны. Низкие показатели по шкале «контроль желаний – импульсивность» (фактор Q3 $\chi=2,3$) у детей, употребляющих психоактивные вещества, показывают, что дети данной группы обладают низким уровнем самоконтроля, слабовольны, малоспособны придать своей энергии конструктивные направления и расточать ее. Они не умеют организовывать свое время и порядок выполнения дел. Для детей группы сравнения по данной шкале, в среднем, этот фактор составил 5 стенов, что соответствует нормативным данным. Дети, неупотребляющие психоактивные вещества, отличаются организованностью, чаще думают, прежде чем действовать.

В исследовании самооценки детей в исследуемой группе и группе сравнения мы получили следующие результаты.

На первом этапе проведения методики мы выявили, что в группе употребляющих психоактивные вещества в 2,2 раза меньше детей, согласившихся с оценкой учителя. Следовательно, дети из группы сравнения, значительно чаще, оценку учителя принимают в качестве самооценки. Завысили свою оценку, по сравнению с оценкой поставленной учителем, дети из исследуемой группы в 2,3 раза чаще, чем из группы сравнения (таблица 2). Не согласились и занизили свою оценку, практически одинаково, в обеих группах. Анализируя полученные результаты, мы можем отметить, что дети, входящие в исследуемую группу, не могут реально оценивать свои силы и возможности и ставят перед собой нереальные цели.

На первый вопрос: «Каким учеником ты себя считаешь: средним, слабым или сильным?» - ответили, что считают себя средним учеником в исследуемой группе в 1,9 раза реже, чем в группе сравнения. Слабым учеником себя считают большинство детей из исследуемой группы, что говорит о низком уровне самооценки (в 2,2 раза чаще, чем в группе сравнения). Сильным учеником себя оценили примерно равная часть детей в обеих группах. Данные результаты показывают, что дети исследуемой группы характеризуются низкой самооценкой и заниженным уровнем притязания, что подтверждается следующим тестом (таблица 3).

На второй вопрос: «Какие оценки тебя радуют, а какие огорчают?» - в обеих группах 99,7% (исследуемая) и 99,5% (группа сравнения) ответили, что радует оценка «5». Оценка «3» огорчает детей, входящих в группу сравнения в 2,2 раза больше, чем детей из исследуемой группы ($\chi^2=2$; $p<0,05$). Оценка «4» в 7,8 раза чаще огорчает детей, неупотребляющих психоактивные вещества, чем детей употребляющих ($\chi^2=1,9$; $p<0,05$).

Таблица 2

Соотношение принятия оценки учителя в обеих группах

Признак	Исследуемая группа, %	Группа сравнения, %	Уровень значимости по критерию Фишера χ^2
Согласны с оценкой учителя	25	55	$\chi^2=2,1$ $p<0,05$
Завысили свою оценку	61,7	27	$\chi^2=2,86$ $p<0,05$
Занизили свою оценку	13,3	18	$\chi^2=0,34$ $p>0,05$

Делая анализ ответов детей, мы приходим к выводу о формальном, поверхностном отношении к учебе детей, употребляющих психоактивные вещества. Учеба не рассматривается ими как

фактор развития, достижения и получения знаний, у них наблюдается общее снижение познавательной мотивации. Дети с высокой самооценкой отличаются активностью, стремлением к достижению успеха

Самооценка успешности в учебной деятельности детей исследуемой группы и группы сравнения

Признак	Исследуемая группа, %	Группа сравнения, %	Уровень значимости по критерию Фишера χ^2
Средний ученик	31,7	62	$\chi^2 = 2,3$ $p < 0,05$
Слабый ученик	58,3	26	$\chi^2 = 2,6$ $p < 0,05$
Сильный ученик	10	12	$\chi^2 = 0,34$ $p > 0,05$

как в учебе и общественной работе, так и в играх. Совсем по-иному ведут себя дети с низкой самооценкой. Их основная особенность - неуверенность в себе. Во всех своих начинаниях и делах они ждут неуспеха. Обнаружилось, что нет никакой связи между самооценкой ребенка и материальной обеспеченностью семьи. Однако прочность семьи оказалась очень важным фактором - в распавшихся семьях чаще встречались дети с пониженной самооценкой.

Третий вопрос: «Твоя работа заслуживает оценки «3», а учительница поставила тебе оценку «5». Обрадуешься ты этому или это тебя огорчит?». В этом случае мы видим, что в исследуемой группе выразят радость незаслуженной оценке в 1,5 раза чаще, чем в группе сравнения ($\chi^2 = 3,2$; $p < 0,01$). Огорчит детей, употребляющих психоактивные вещества, незаслуженная оценка в 2,8 раза чаще, чем детей, неупотребляющих психоактивные вещества ($\chi^2 = 1,67$; $p < 0,05$). Здесь можно сказать, что большинство детей исследуемой группы стремится к выбору легкого пути, получения удовлетворения от незаслуженного результата, который достигается без приложения усилий; о низком уровне притязания, а также о пассивной, выжидательной позиции.

Данные результаты позволили выявить складывающуюся, у детей обеих групп, оценочную позицию, важность которой состоит в том, что с возрастом у детей, употребляющих психоактивные вещества, нарастает тенденция к недооценке своих возможностей. Преобладание неуспеха над успехом, подкрепляемое низкими оценками их работы учителем, ведет к увеличению неуверенности в себе, чувству неполноценности, общему снижению познавательной мотивации и заниженному, по сравнению с реальными возможностями, уровню притязаний.

Способность выделять присущие собственной личности качества является показателем уровня развития навыков самопознания. Методика «Самоописание» позволяет провести диагностику наличия достаточных ресурсов у детей для реализации жизненных сценариев. Основной объем самоописаний занимают результаты самопознания: перечисление своих качеств, способностей, возможностей, умений, потребностей, мотивов, любимых

занятий, близких людей и т.п. Об эмоционально-ценностном отношении к себе мы судили по словам и фразам, указывающим на отношение ребенка к своим особенностям, мотивам, поступкам, на степень самопринятия, самоудовлетворенности.

При обработке результатов по первому вопросу: «Какими качествами ты обладаешь?» - ответы были разделены на три категории: положительные, отрицательные и «затрудняюсь ответить». Как показывают результаты, у большинства детей ответ на данный вопрос не вызвал затруднений. Из исследуемой группы 76% детей смогли выделить в себе качества как положительные, так и отрицательные, а из группы сравнения на данный вопрос ответили 92% испытуемых. Затруднились с ответом в исследуемой группе в 2,9 раз больше детей, чем в группе сравнения.

Результаты данной методики показывают, что дети склонны больше выделять в своей личности положительные качества. Но данные качества, выделяли в себе дети исследуемой группы в 1,5 раза реже, чем дети группы сравнения. Среди выделенных качеств встречались такие, как добрый, веселый, тихий, сильный. Отрицательные качества называли дети, употребляющие психоактивные вещества в 1,9 раза чаще (таблица 4). Среди отрицательных качеств выделялись такие, как «злой, всегда лезу в драку, агрессивный, не слушаюсь старших, некрасивый». В целом, по данному вопросу мы видим, что дети склонны, в основном, выделять в себе, социально-одобряемые качества, ориентируясь на требования социальной среды. Но в исследуемой группе дети чаще выделяют отрицательные качества, связанные со способом самоутверждения в мире, как реакцию на неблагоприятную внешнюю ситуацию.

При ответе на вопрос: «Какие у тебя есть способности?» - мы ограничились разделением вариантов ответов на две категории. В первую категорию вошли ответы детей, которые смогли выделить присущие им способности, во вторую категорию - ответы детей, которые не смогли выделить в себе способности, что случалось 2,2 раза чаще у детей, употребляющих психоактивные вещества, чем у детей, неупотребляющих психоактивные вещества (таблица 5).

Соотношение самохарактеристик у детей исследуемой группы и группы сравнения

Качества	Исследуемая группа, %	Группа сравнения, %	Уровень значимости по критерию Фишера χ^2
Положительные	47,8	72,8	$\chi^2=2,1$ $p < 0,05$
Отрицательные	52,2	27,2	$\chi^2=1,8$ $p < 0,05$
Затрудняюсь с ответом	23,3	8	$\chi^2=0,9$ $p > 0,05$

Таблица 5

Особенности осознания своих способностей детьми исследуемой группы и группы сравнения

Признак	Исследуемая группа, %	Группа сравнения, %	Уровень значимости по критерию Фишера χ^2
Отмечают способности	51,7	78	$\chi^2=2,6$ $p < 0,05$
Способности не отмечают	48,3	22	$\chi^2=1,9$ $p < 0,05$
Спорт (футбол, карате и т.п.)	76,7	42	$\chi^2=3,4$ $p < 0,001$
Творчество (рисование, музыка и т.п.)	23,3	58	$\chi^2=3,2$ $p < 0,001$

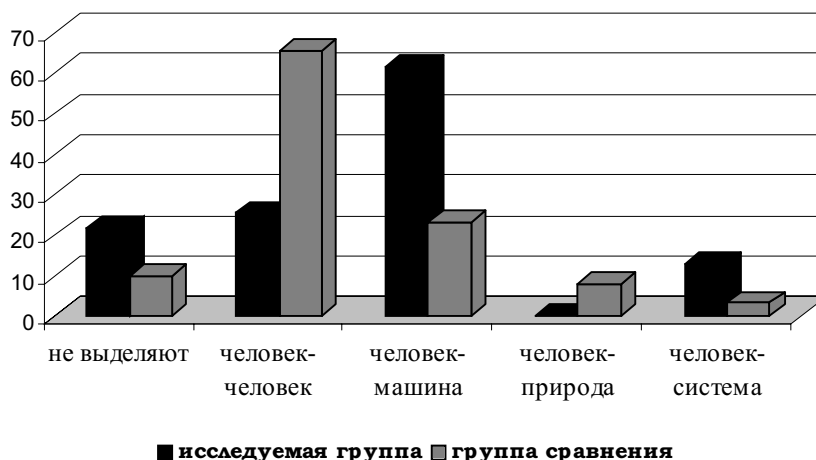
Отмечают у себя наличие способностей дети в группе сравнения в 1,5 раза чаще, чем в исследуемой группе. Только половина детей исследуемой группы выделяют наличие определенных способностей. При этом мы отметили тот факт, что дети чаще выделяли не столько способности, сколько просто желание заниматься чем-то в жизни и реально не занимаются данным видом деятельности, и не добиваются каких-либо ощутимых результатов. Приоритетными сферами для детей исследуемой группы являются спорт и физическая работа. Данное направление наблюдается в исследуемой группе в 1,8 раза чаще, чем в группе сравнения. Для детей группы сравнения приоритетными явились сферы творчества, а так же спорта. При этом они достаточно легко определяли те виды деятельности, в которых они уже добиваются результатов (в 2,5 раза чаще, чем у детей, употребляющих психоактивные вещества). Не отметили у себя способностей дети, употребляющие психоактивные вещества в 2,2 раза чаще, чем дети группы сравнения. На основании полученных данных можно говорить о невысоком уровне развития рефлексии у детей исследуемой группы. Как следствие - низкие способности анализировать свои возможности и ставить перед собой жизненные цели.

Вопрос «Кем бы ты хотел стать в будущем?» предполагал выделение определенных профессий, которые детям кажутся привлекательными и кем бы они хотели стать в будущем. Исходя из классификации Е.Климова, мы разделили выделенные детьми профессии на группы: «человек-человек», «человек-машина», «человек-природа», «человек-система» (рисунок 2).

Анализируя данные, мы приходим к выводу, что в исследуемой группе в 2,2 раза чаще, чем в группе сравнения дети не смогли определить - что они будут делать в будущем; т.е. они не прорабатывают перспективу своей жизни и живут только настоящим и прошлым. Исходя из классификации Е.А.Климова, мы можем сказать, что большинство детей группы сравнения выбирают профессии в сфере «человек-человек», что составляет в 2,6 раза больше чем в исследуемой группе. В группе сравнения выделили такие профессии как врач, юрист, учитель.

Профессии «человек-машина» в исследуемой группе дети выделили в 2,7 раза чаще, чем в группе сравнения. Большинство детей выделяли профессию такую как «дальнобойщик», аргументируя это тем, что «это классно: уехать из дома, кататься по стране и крутить баранку, и больше ни чего делать не надо». Также основной акцент, при выборе данной профессии, дети делают на материальную

Категории профессий исходя из классификации Е.Климова, выделяемыми детьми исследуемой группы и группы сравнения



сторону данного вида деятельности (финансовую) - «они много зарабатывают и очень выносливые, сильные». Тем самым, подчеркивается стремление развивать не столько духовные и интеллектуальные возможности, сколько физические.

Наименьшей популярностью у детей исследуемой группы пользуется профессия из сферы «человек-природа», которая изначально направлена на развитие духовной стороны деятельности. Данную категорию группа детей, употребляющих психоактивные вещества, не выделила.

Ответ на вопрос: «Что нужно делать для достижения цели?» - затруднились с ответом дети, употребляющие психоактивные вещества, в 2,5 раза чаще, чем дети, неупотребляющие психоактивные вещества, что говорит о низкой степени рефлексии и самосознания. Ребенок не прорабатывает временной перспективы и не владеет информацией о путях достижения поставленной цели, что приводит к неумению отказаться от дивидендов конкурирующих сценариев, таких, как употребления алкоголя или табака (таблица 6).

Таблица 6

Характеристика используемых средств для достижения цели детьми группы сравнения и исследуемой группы

Признак	Исследуемая группа, %	Группа сравнения, %	Уровень значимости по критерию Фишера χ^2
Затруднились с ответом	25	10	$\chi^2=0,9$ $p>0,05$
Адекватные средства	31,1	61,1	$\chi^2= 2,01$ $p<0,05$
Неадекватные средства	68,9	38,9	$\chi^2= 2,4$ $p<0,05$

Большинство детей из исследуемой группы для достижения целей чаще всего выбирают неадекватные средства. Например, в задаче: «Я бы хотел быть баскетболистом», на вопрос что для этого нужно в исследуемой группе ответ «купить баскетбольный мяч», следовал 1,8 раза чаще, чем в группе сравнения. Адекватные средства для достижения цели, например «чтобы стать баскетболистом, нужно заниматься спортом и не курить, и не пить» в группе сравнения в 2 раза чаще выбирали, чем в исследуемой

группе, что предполагает наличие реальной перспективы достижения цели.

Одним из свойств антинаркотической устойчивости так же является качество «внутренней» ответственности (внутреннего локуса контроля).

Для изучения характера личной ответственности младшего школьника, её направленности (интернальной - экстернальной) использована методика решения воображаемых экспериментальных ситуаций, разработанная М.В.Матюхиной, С.Г.Яриковой.

Детям предлагается представить 10 конкретных школьных ситуаций, связанных с невыполнением учащимися каких-либо заданий учителя, правил поведения в школе. Возможные причины невыполнения заданий учителя можно разделить на два вида:

1) причиной невыполнения является сам ученик, его особенности (субъективные причины);

2) причиной невыполнения является другой человек, внешние обстоятельства (объективные причины).

При исследовании детей обеих групп мы получили следующие результаты. Дети, употребляющие психоактивные вещества, имеют экстермальную направленность ответственности в 1,4 раза чаще, чем неупотребляющие. Дети группы сравнения, соответственно, имеют интернальный локус контроля,

то есть качество «внутренней» ответственности в 1,7 раза чаще, чем дети из исследуемой группы (таблица 7). Особое внимание привлекает то, что дети, употребляющие психоактивные вещества, в большей степени, имеют объективные причины невыполнения своего задания и винят в этом других людей или обстоятельства. Таким образом, мы видим существенную разницу в ответственности за свои поступки у детей, неупотребляющих и употребляющих психоактивные вещества. Интересен тот факт, что в группе сравнения 1/2 количества детей имеют экстернальный локус контроля; в исследуемой группе внешний локус-контроль имеет 2/3 из общего числа детей. Данный результат показывает достаточно низкое развитие степени ответственности у детей исследуемой группы.

Таблица 7

Соотношение показателя локус-контроля в исследуемой группе и группе сравнения

Локус-контроль	Исследуемая группа, %	Группа сравнения, %	Уровень значимости по критерию Фишера χ^2
Экстернальный	71,7	51	$\chi^2=2,1$ $p < 0,05$
Интернальный	28,3	49	$\chi^2= 1,7$ $p < 0,05$

Одной из составляющих антинаркотической устойчивости является позитивный жизненный сценарий, под которым понимаются те ценностно-смысловые доминанты, вписанные в образ мира ребенка, на основе которых он действует. *Методика ранней диагностики жизненных сценариев* показывает нам, что существуют различия в ценностных доминантах и морально-этических нормах в обеих группах детей. Назвали свои любимые сказки 90% опрошенных детей, неупотребляющих психоактивные вещества и 86% детей, употребляющих психоактивные вещества. Остальные указали, что не любят сказок. Выбранные сказки мы классифицировали на следующие группы (рисунок 3):

- 1 группа – сказки, в которых обладание волшебными предметами или дружба с волшебными животными позволяет главному герою достичь исполнения всех желаний, причем сам главный герой особенным трудолюбием и целеустремленностью не отличается, просто он «везучий» человек («Золотая рыбка», «По-щучьему веленью»);

- 2 группа – сказки о мужестве и силе, которая помогает добиться поставленных целей («Иван Царевич и Серый волк», «Геркулес», «Никита Кожемяка»);

- 3 группа – сказки о любви главной героини, о самоутверждении в любви, когда несчастная героиня в финале сказки превращается в принцессу («Царевна лягушка», «Золушка»);

- 4 группа – сказки страшные, в которых главный герой обладает отрицательными качествами

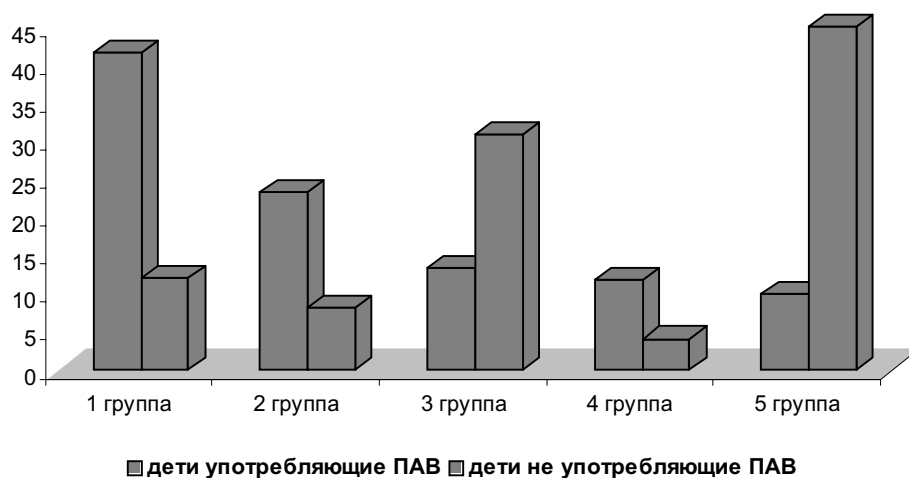
характера (жестокость, жадность и т.д.), в конце сказки его ожидает справедливое возмездие за все совершенные им злодеяния («Кашей Бессмертный», «Синяя борода»)

- 5 группа – сказки о приключениях главного героя, преодолении им внешних (враги) и внутренних (отрицательные черты собственного характера) препятствий на пути к достижению поставленной цели. По ходу развития сказочного сюжета герой обретает друзей и развивает у себя положительные личностные качества, принимает важные решения («Незнайка», «Волшебник Изумрудного города», «Буратино», «Питер Пен», «Остров Сокровищ»).

Итак, результаты данной методики показывают нам, что большинство детей, входящих в группу сравнения, в 4,5 раза чаще, чем дети из исследуемой группы выделяют сказки, относящиеся к пятой категории сказок, т.е. о приключениях главного героя, преодолении им внешних (враги) и внутренних (отрицательные черты собственного характера) препятствий на пути к достижению поставленной цели. По ходу развития сказочного сюжета герой обретает друзей и развивает у себя положительные личностные качества, принимает важные решения.

Дети, входящие в исследуемую группу в 3,5 раза чаще, чем дети из группы сравнения отмечают сказки, в которых обладание волшебными предметами или дружба с волшебными животными позволяет главному герою достичь исполнения всех желаний, причем сам главный герой особенным трудолюбием

Группы сказок, предпочитаемые детьми исследуемой группы и группы сравнения



и целеустремленностью не отличается, просто он «везучий» человек.

Вторую группу сказок о мужестве и силе, которая помогает добиться поставленных целей, указали дети, употребляющие психоактивные вещества в 2,9 раза чаще, чем дети неупотребляющие. Таким образом, можно сказать, что дети из исследуемой группы чаще нуждаются в наличии физической силы и имеют потребность в самозащите и охране.

Дети из исследуемой группы для достижения цели чаще опирались на отрицательные качества, зная, что в последствии они понесут за это наказание. Это показывает нам характеристика 4 категории сказок, которую дети, употребляющие психоактивные вещества, выделяют ее в 2,9 раза чаще чем, дети неупотребляющие их.

Категорию сказок о любви главной героини, где несчастная героиня к финалу сказки превращается в принцессу, дети из группы сравнения отметили в 2,3 раза чаще, чем дети из исследуемой группы. Специфика данной категории говорит о недостаточном доверии детей, употребляющих психоактивные

вещества помощи посторонним людям и их помощи самоутверждению в любви.

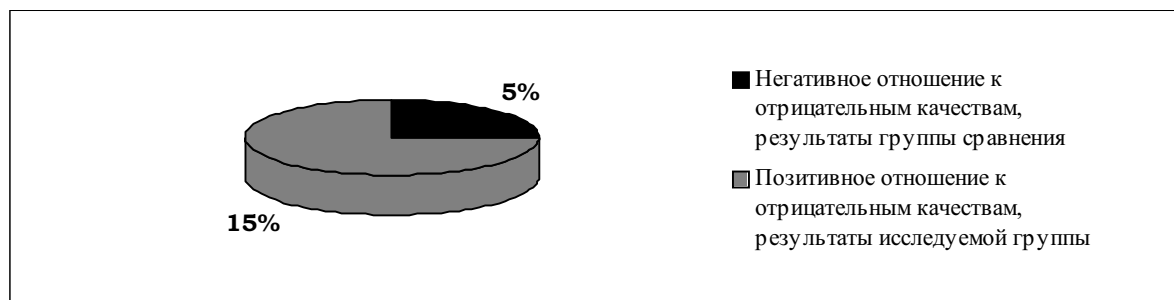
Таким образом, предпочтение той или иной сказке дает нам некоторые представления о ценностных предпочтениях детей, которые в последующем определяют жизненный путь человека.

Диагностика жизненных сценариев показывает, что существуют значимые различия в морально-этических нормах в обеих группах детей. Дети, употребляющие психоактивные вещества, имеющие позитивное отношение к таким отрицательным качествам личности, как подлость, жестокость, обман – 15% (рисунок 4). Дети же из группы сравнения, наоборот, высказываются за необходимость борьбы со злобой, жадностью и ложью – 5%.

Следовательно, тенденция нравственного развития детей исследуемой группы такова, что если сохранятся, доминирующие на данный момент, их морально-этические нормы, то существует большая вероятность того, что в зрелом возрасте эти дети станут личностями с низким нравственным уровнем, т.е. будут готовы использовать вышеперечисленные отрицательные качества для достижения своих целей.

Рисунок 4

Этическая значимость детей исследуемой группы и группы сравнения



В жизненном сценарии детей обеих групп такие положительные качества героя, как доброта, взаимопонимание, дружелюбие, отзывчивость, храбрость занимают доминирующее положение, наряду с такими ценностями как, хитрость, драчливость, лень,

жадность, жестокость. Но дети исследуемой группы делают акцент на отрицательные качества героев в 3,3 раза чаще, а положительные качества героя выделяют в 1,5 раза реже, чем дети группы сравнения (таблица 8).

Таблица 8

Предпочитаемые личностные качества главного героя детьми группы сравнения и исследуемой группы

Качества героя	Исследуемая группа, %	Группа сравнения, %	Уровень значимости по критерию Фишера χ^2
Положительные	56,7	87	$\chi^2 = 3,2$ $p < 0,05$
Отрицательные	43,3	13	$\chi^2 = 2,06$ $p < 0,05$

Настораживает тот факт, что дети исследуемой группы идентифицируют себя с главным героем, имеющим те отрицательные качества, которые хотят видеть у себя. Механизмом совладания со стрессовой ситуацией для детей, употребляющих психоактивные вещества, очень часто является агрессивное поведение.

Н.А.Сирота установила, что в детском возрасте развиваются как базисные, так и ситуационно-специфические копинг-стратегии, определяющие формирование индивидуального копинг-поведения, которое, по мере взросления, становится основой жизненного стиля личности. Методика «Человек под дождем» ориентирована на диагностику силы Эго ребёнка, его способности преодолевать неблагоприятные ситуации, противостоять им. Кроме того, она позволяет осуществить диагностику личностных резервов, т.е. копинг-ресурсов и особенностей защитных механизмов. Ребенку предлагается нарисовать два рисунка. Сначала человека, а потом на отдельном листе человека под

дождем. Необходимо «войти» в рисунок и почувствовать, в каком настроении пребывает персонаж (радостном, ликующем, удрученном и т.д.), ощущает ли он себя беспомощным или, напротив, чувствует в себе внутренние ресурсы для борьбы с трудностями, а возможно, спокойно и адекватно воспринимает затруднения, считая их обычным жизненным явлением.

Исследуя рисунок ребенка, первым на что обращается внимание, является расположение рисунка, то есть самого человека на листе. Данный акцент делается для определения самооценки ребенка (таблица 9). В исследуемой группе большинство детей расположили человека в нижней части листа, то есть, на основании анализа проективных методик, занизили свою самооценку в 2,9 раза больше, чем дети группы сравнения. Адекватную самооценку имеют дети в группе сравнения в 2,5 раза чаще, чем дети в исследуемой группе. Это еще раз подтверждает то, что дети, употребляющие психоактивные вещества, имеют заниженную оценку.

Таблица 9

Особенности самооценки детей обеих групп по результатам методики «Человек под дождем»

Признаки	Исследуемая группа, %	Группа сравнения, %	Уровень значимости по критерию Фишера χ^2
Заниженная	60	21	$\chi^2 = 2,9$ $p < 0,05$
Завышенная	13,3	11	$\chi^2 = 0,4$ $p > 0,05$
Адекватная	26,7	68	$\chi^2 = 2,9$ $p < 0,05$

Анализируя результаты исследования копинг-стратегии совладания в стрессовых ситуациях, мы видим, что большинство детей исследуемой группы чувствуют себя ограниченными, скованными реальностью, незащищенными. Они неудовлетворенны

занимаемой ролевой позицией, им присуще чувство неполноценности и компенсации физической слабости, эгоцентризм, тревожность. В общей группе детей есть определенное стремление отрешиться от мира, стремление к самозащите, желание стоять на

своем, отказ от правил и норм. Однако в исследуемой группе данные проявления встречаются в 2,6 раза чаще, чем в группе сравнения (таблица 10). Дети, неупотребляющие психоактивные вещества имеют высокие адаптивные возможности, воспринимают мир, как доброжелательный, идут на уступки, находят компромисс в вопросах связанных с взаимоотношениями со средой, в 3,2 раза чаще,

чем дети, употребляющие психоактивные вещества. Данные результаты показывают нам, что дети группы сравнения легче устанавливают социальные контакты и более успешно адаптируются к стрессовой ситуации. Дети же исследуемой группы испытывают большие затруднения в преодолении стрессовых ситуаций и чаще используют дезадаптивные формы поведения.

Таблица 10

Соотношения копинг-стратегии совладания в стрессовых ситуациях у детей, употребляющих и неупотребляющих ПАВ

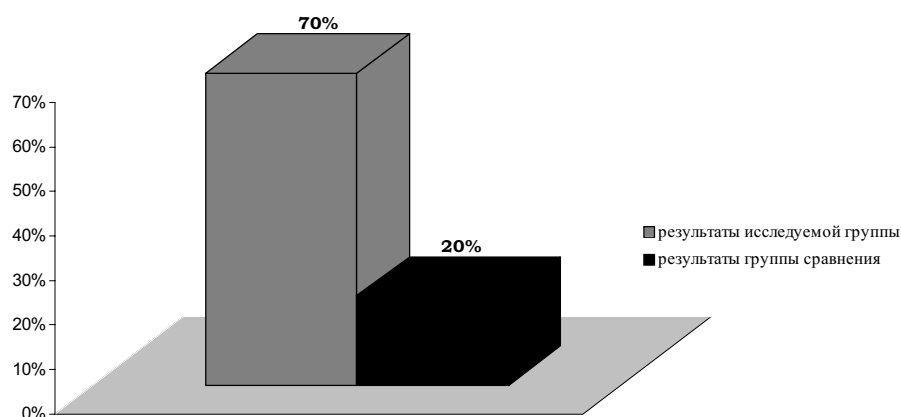
Признаки	Исследуемая группа, %	Группа сравнения, %	Уровень значимости по критерию Фишера χ^2
Ограниченные, скованные реальностью	41,7	41	$\chi^2=0,4$ $p > 0,05$
Стремление отрешиться от мира	45	17	$\chi^2= 1,9$ $p < 0,05$
Высокие адаптивные возможности	13,3	42	$\chi^2=1,9$ $p < 0,05$

В качестве одной из ведущих стратегий поведения в трудной ситуации дети исследуемой группы в 3,5 раза чаще, чем группа сравнения, выбирают стратегию поиска социальной поддержки. Это активная поведенческая стратегия, при которой человек, для эффективного разрешения проблемы, обращается за помощью и поддержкой к окружающей его среде: семье, друзьям, значимым другим (рисунок 5). Но учитывая то социальное

окружение, в котором эти дети живут, мы можем предположить, что они могут и не получать никакой позитивной поддержки. Воспринимая трудную ситуацию как постоянную, тяжёлую, и пребывая в состоянии ожидания неприятностей дети, употребляющие психоактивные вещества, в большей степени, чем дети неупотребляющие, испытывают потребность в чувстве безопасности, защите и покровительстве.

Рисунок 5

Помощь внешних обстоятельств в исследуемой группе и группе сравнения



Далее в анализе результатов методики были выявлены защитные механизмы. Мы выделили четыре основные защитные стратегии, которые выявились у детей в ходе исследования. Часть детей из обеих групп выбирают копинг-стратегию - «вытеснение», как «мотивированное забывание», которая представляет собой процесс удаления из

сознания мыслей и чувств, причиняющих страдания. В результате такого действия индивидуумы не осознают своих, вызывающих тревогу конфликтов, а также не помнят травматических прошлых событий. Защитный механизм «проекция», следует за «вытеснением». При использовании «проекции» приписываются собственные неприемлемые

мысли, чувства и поведение другим людям или окружению в исследуемой группе в 3,5 раза чаще, чем в группе сравнения. Можно сказать, что дети, употребляющие психоактивные вещества, чаще возлагают вину на кого-либо или что-либо за свои недостатки или промахи. Возврат к детским моделям поведения, или «регрессия», как механизм защиты свойственен детям младшего школьного возраста и одинаково представлен в обеих группах. В защитном механизме, получившем название «замещение», проявление инстинктивного импульса переадресовывается от более угрожающего объекта или личности к менее угрожающему. Данный механизм в 6,6 раза чаще используется у детей, употребляющих психоактивные вещества (таблица 11).

Анализируя результаты по данному фрагменту, мы можем сказать, что дети из исследуемой группы

в 9 раз чаще используют механизм защиты «проекция», чем «замещение». Это говорит о том, что большинство детей в данной группе убеждены в том, что их успехи или неудачи являются результатом воздействия таких внешних сил как везение, случайность, давление окружения, другие люди, обстоятельства и т.п.

Что касается группы сравнения, то дети данной группы в 1,8 раза чаще используют механизм защиты «замещение», чем «вытеснение». Это свидетельствует о том, что на освобождение от тревоги у детей, употребляющих психоактивные вещества, затрачивается меньше психической энергии. Тем самым, ресурсы Эго, без ограничений, используются для более адаптивного, направленного на собственное развитие, творческого поведения.

Таблица 11

Защитные механизмы в исследуемой группе и группе сравнения

Механизмы	Исследуемая группа, %	Группа сравнения, %	Уровень значимости по критерию Фишера χ^2
Вытеснение	20	25	$\chi^2=0,3$ $p>0,05$
Проекция	60	17	$\chi^2=3$ $p<0,001$
Регрессия	13,3	14	$\chi^2=0,04$ $p>0,05$
Замещение	6,7	44	$\chi^2=1,8$ $p<0,05$

Особенности переживаний жизненных трудностей отражаются в способах их психологического преодоления, каждый из которых специфичен и отвечает одной из задач – решению реальной проблемы или её эмоциональному переживанию, корректровке самооценки или регулированию взаимоотношений с людьми.

Таким образом, процесс идентификации сформированности свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости у младших школьников должен учитывать специфику развития данного феномена, сравнительно более низкую степень

дифференциации возрастных аналогов данных свойств, представленность их суммы в Я-концепции ребенка.

Сформированность свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости в младшем школьном возрасте (Я-концепции, ценностно-смысловых доминант личности ребенка, качеств внутренней ответственности, силы Эго, направленности и контекста информированности о вреде потребления психоактивных веществ) в группе сравнения (здоровые дети) существенно и значимо выше, чем в исследуемой группе (дети, зависящие от психоактивных веществ).

МОТИВАЦИИ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОПИОИДНОЙ НАРКОМАНИЕЙ (СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СУБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ)

Ю.А.Россинский, Б.Ж.Нуралиев, Г.И.Алтынбекова

г. Павлодар

Исследование мотиваций аддиктивного поведения у лиц зависимых от ПАВ, представляется важной

проблемой как в плане профилактики аддикций, так и в плане лечения и реабилитации зависимости от

ПАВ. На сегодняшний день, достаточно хорошо описаны мотивации при алкогольной аддикции (Морозов В.Е. и соавт., 1983, Жмуров В.А., 1986, Грузман А.В., 1990, 2002, Короленко, Ц.П., Дмитриева Н.В., 2000), менее – наркоманической. Хотя ряд работ посвящен исследованиям мотиваций аддиктивного поведения при наркоманиях (Дмитриева Н.В., Четвериков Д.В., 2002, Четвериков Д.В., 2002).

Нами были исследованы некоторые патогенетические аспекты формирования и развития опиоидной зависимости у лиц, не имеющих психической коморбидной патологии, и лиц, имеющих специфические расстройства личности и хронические аффективные расстройства настроения (циклотимию). В частности нами были исследованы основные мотивации регулярного употребления наркотика.

Исследуемую группу составили 250 пациентов РНПЦ МСПН – стационарные больные опиоидной наркоманией (F11.2), имеющие специфические расстройства зрелой личности, которые соответствуют критериям Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10, 1994), раздела F6 – «Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых», подраздел F60 – «Специфические расстройства личности» (168 человек) и F34 – «Хронические (аффективные) расстройства настроения», подраздел F34.0 – «Циклотимия, циклоидная личность» (16 человек): всего – 184 человека, а также стационарные больные опиоидной наркоманией (F11.2), не имеющие расстройств зрелой личности и поведения (n = 66).

Нами были исследованы основные мотивации первого опыта употребления наркотиков опиоидной группы. Мы не учитывали мотив первого употребления наркотика, по ряду причин: во-первых, причина первого употребления наркотика может быть и чаще всего не связана с механизмами аддикции. Во-вторых, первое употребление наркотика было, как правило, на фоне уже регулярного потребления других ПАВ – табака и алкоголя, часть случаев потребления при этом, возможно, была связана, в том числе и с механизмами аддикции. В третьих, нами не были исследованы аддиктивные мотивации случаев регулярного потребления табака и алкоголя на момент первого употребления наркотика. Поэтому мы учитывали мотив первого опыта употребления наркотика, т.е. эпизодического употребления (включая первый случай) до момента формирования синдрома зависимости. Таким образом, нами были исследованы следующие мотивации: субмиссивная, атактическая, гедонистическая и употребление наркотика, связанное с поисковым поведением.

Субмиссивная мотивация признавалась в двух случаях: первый, когда исследуемый принимал наркотик в силу условий или требований социальной группы, чтобы не быть отвергнутым последней: «В этой компании все принимают, и если ты не

принимашь, то ты чужой»; и второй – по псевдокультуральным причинам, в силу того, что употребление наркотиков является частью молодежной субкультуры: «Это круто, если ты это делаешь, то тебя уважают». Во втором случае, мотивация связана, не столько с тревогой быть отвергнутым группой, сколько быть «модным и современным» вообще, и, соответственно, не была жестко привязана к определенной социальной группе сверстников, как в первом случае. Этот факт нам представляется важным, при планировании методов реабилитации данного контингента, в частности определения методов социальной коррекции.

Гедонистическая мотивация регистрировалась, когда исследуемый четко отслеживал состояние желания получить удовольствие или как уход «от скуки», и когда этот мотив был ведущим. Если же ведущим мотивом был азарт, регистрировалась азартная мотивация аддикции.

Описана так же мотивация с гиперактивацией поведения, когда ПАВ употребляется для того, чтобы вызвать состояние возбуждения, активизировать себя (Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., 2000), и пережить эмоции возникающие, когда поведение связано с риском и опасностью для здоровья, жизни (Грузман А.В., 1990, 2002). Данная мотивация регистрировалась, если она была ведущей, основной.

Нами не было обнаружено случаев, когда аддикт четко определял один азартный мотив, как основной и ведущий, и в редких случаях, когда прослеживалась мотивация с гиперактивацией поведения. Однако нами были выявлены случаи, когда гиперактивация поведения и азартный компоненты являлись составляющими смешанного мотива, наряду с другими компонентами. Нами была выявлена отдельная группа больных, аддиктивная мотивация которых включала в себя сразу несколько мотивов, важность которых определялась одинаковой для случаев, связанных с первым опытом употребления наркотика. То есть, ведущими были несколько компонентов, хотя характер ключевой мотивации был мигрирующим – одним из нескольких. Среди этих мотиваций, составляющих единый комплекс, были выделены следующие: гедонистическая (повышение настроения, достижение кайф-эффекта, удовольствия); с гиперактивацией поведения («желание новых, острых ощущений», «желание новой деятельности, чего-то нового, интересного»); азартный компонент и гипертимия («повышенное настроение», «азарт на фоне повышенного настроения»), псевдокультуральная мотивация (стремление продемонстрировать перед сверстниками свою значимость, уникальность, современность). Таким образом, данная мотивация являлась, как бы сборной, и включала в себя гедонистический, азартный, гиперактивацию поведения, субмиссивный (псевдокультуральный) компоненты и гипертимию. Повышенное настроение или гипертимия отмечалось

как явно прослеживаемый компонент – это: субъективное ощущение «очень хорошего, приподнятого настроения», «азарта на фоне повышенного настроения». Этот компонент присутствовал в разных нозологических подгруппах (с коморбидными специфическими расстройствами личности), в том числе у циклоидных личностей, больных опийной наркоманией. Данный факт нам представляется особо важным, так как в этом случае гипертимия часто являлась ключевой мотивацией аддиктивного поведения. Поведение этих лиц отличалось некой легкомысленностью по отношению к употреблению наркотика. Сам наркотик не являлся на этот период первопричиной употребления. Наркотик в этом случае играл второстепенную роль, он являлся одним из составляющих тех факторов, которые играют роль положительного восприятия жизни на данный момент. Поскольку эти составляющие компоненты, все вместе соответствуют поведению гипертимных личностей, то мы данную мотивацию условно определили как гипертимическую. Гипертимическая мотивация употребления наркотика достоверно встречалась чаще ($P<0,05$), чем мотивация с гиперактивацией поведения как у больных опийной наркоманией без коморбидной психической патологии – в среднем в 17,2 раза (25,8% и 1,5%), так и у опиоидных наркозависимых, имеющих специфические личностные расстройства (F60) и аффективные расстройства настроения (F34.0 – циклотимия) – в среднем в 4 раза (28,3% и 7,1%). То же самое относится к гедонистической и субмиссивной мотивациям, которые встречались достоверно реже ($P<0,05$), как у больных опийной наркоманией без коморбидной психической патологии (в среднем в 1,4 раза и в 2,3 раза), так и у

опиоидных наркозависимых, имеющих специфические личностные расстройства, включая циклоидных личностей (в среднем 3,4 раза и в 1,9 раза). Таким образом, гедонистическая мотивация и мотивация с гиперактивацией поведения самостоятельно встречаются достоверно реже, чем их смешанный или сочетанный вариант, в том числе и в сочетании с другими компонентами, составляющими гипертимическую мотивацию употребления наркотика. То есть, гипертимическая мотивация наиболее характерна для опийных наркозависимых, в том числе, имеющих специфические личностные расстройства (включая циклоидную личность), чем отдельные варианты гедонистической мотивации и мотивации с гиперактивацией поведения, в плане своей превалентности. Также обращает на себя внимание достоверное различие ($P<0,05$) по частоте встречаемости гипертимической и атарактической мотивации у больных опийной наркоманией, не имеющих коморбидных психических расстройств (превышение в среднем в 2,9 раза). По частоте встречаемости у больных опийной наркоманией без психической коморбидной патологии гипертимическая мотивация занимает второе место после поискового поведения. Поисковое поведение, как причина или мотив первого опыта употребления наркотиков нами будет рассмотрено ниже.

В таблице 1 отмечены превалентность аддиктивных мотиваций, характерных для больных опийной наркоманией, в том числе, имеющих специфические расстройства личности и аффективные расстройства настроения (циклотимия), согласно результатам субъективной оценки. Как видно из таблицы 1, во всех нозологических подгруппах были представлены практически все, обозначенные нами

Таблица 1

Превалентность аддиктивных мотиваций у больных опийной наркоманией, имеющих и не имеющих специфические личностные расстройства

Превалентность аддиктивной мотивации (основные мотивы употребления наркотика) – субъективная оценка	F11.2 + F6 + F34.0	F 11.2	F 11.2 + F 60.2	F 11.2 + F 60.30	F 11.2 + F 60.31	F 11.2 + F 60.4	F 11.2 + F 60.6	F 11.2 + F 60.7	F 11.2 + F 34.0
Атарактическая (%)	33,2	9	30,5	29,7	20	27,2	39,5	20	56,4
Субмиссивная (%)	12,5	13,7	2,8	5,4	12	22,7	18,6	60	25,1
Гедонистическая (%)	19,6	7,6	19,4	21,6	16	9,1	25,6	0	25
С гиперактивацией поведения (%)	7,1	1,5	0	8,1	0	9,1	11,6	20	12,5
Субманическая (%)	28,3	25,8	30,6	27	20	22,7	37,2	0	31,3
Поисковое поведение (%)	61,4	53	61,1	64,9	52	36,4	76,7	20	68,8

мотивации, в разной степени их превалентности. Мотивация с гиперактивацией поведения была представлена в меньшей степени по частоте встречаемости в сравнении с остальными мотивациями, в то время, как субманическая мотивация встречалась достоверно чаще ($P < 0,05$) как у больных опийной наркоманией без коморбидной психической патологии – в среднем в 17,2 раза (25,8% и 1,5%), так и у опиоидных наркозависимых, имеющих специфические личностные расстройства (F60) и аффективные расстройства настроения (F34.0 – циклотимия) – в среднем в 4 раза (28,3% и 7,1%).

Таким образом, у больных опийной наркоманией, в том числе с расстройствами зрелой личности достаточно встречается смешанный тип мотивации, который включает в себя несколько компонентов: гедонистический, азартный, рискованный компоненты и повышенное настроение. Данные компоненты так же характерны для гипоманиакальных состояний, субмании. В связи с этим, данный тип мотивации нами был определен как субманическая мотивация. С нашей точки зрения, данный феномен заслуживает внимания в плане дальнейших исследований и изучения.

Литература:

1. Грузман А.В. Отклоняющееся и аддиктивное поведение у подростков женского пола // *Методические рекомендации. Автореф. Дис... канд. мед. Наук.* - Новосибирск, 1990
2. Грузман А.В. Отклоняющееся и аддиктивное поведение у подростков женского пола // *Методические рекомендации.* - Павлодар, 2002, 21 с.
3. Дмитриева Н.В., Четвериков Д.В. Психология аддиктивного поведения. / Н.В.Дмитриева, Д.В.Четвериков. Монография. - Новосибирск, НГПУ, 2002, 278 с.
4. Жмуров В.А. Общая психопатология. – Иркутск: Издательство Иркутск. Ун-та, 1986, 280 с.
5. Морозов В.Е. Алкоголизм: (руководство для врачей) / Под ред. Г.В.Морозова, В.Е.Рожнова, Э.А.Бабаяна. – М.: Медицина, 1983, 432 с.
6. Четвериков Д.В. Психологические механизмы и структура аддиктивного поведения личности. / Д.В.Четвериков. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора психологических наук. – Новосибирск, 2002
7. Четвериков Д.В. Психологические механизмы и структура аддиктивного поведения личности. – Омск, 2002, 260 с.

ВЗАИМОСВЯЗИ НЕКОТОРЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ С АГРЕССИВНЫМИ И ЭГРЕССИВНЫМИ ФОРМАМИ ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ МУЖСКОГО ПОЛА

Ю.А.Россинский, О.В.Россинская, Б.Ж.Нуралиев

г. Павлодар

Исследования адаптационных возможностей и способностей к самоорганизации личности в последнее время приобретают особую актуальность в связи с возрастанием интенсивности воздействия и увеличением числа факторов, усиливающих динамичность соотношения человек-среда и обуславливающих повышенные требования к адаптационным механизмам (Березин Ф.Б., 1988). Это касается и вопросов школьной адаптации, которая, по сути, выступает индикатором уровня развития психологического здоровья. Психологическое здоровье – фундаментальная способность человека адекватно усваивать, перерабатывать и генерировать новую информацию, позволяющую гибко, мобильно выстраивать конструктивные жизненные сценарии и успешно реализовать их в быстроменяющейся, агрессивной среде (Катков А.Л., 1998), является качественной составляющей психического здоровья и детерминировано особенностями психологического и социального развития человека. Личность с высоким уровнем развития психологического здоровья является социально-компетентной в силу своей эго-идентичности, аутентичности, высокой адаптивности и способности к самоорганизации.

Подростково-юношеский возраст является крайне важной фазой онтогенеза, на который приходится завершение развития многих характеристик психологического здоровья: эго-идентичность, наличие конструктивного жизненного сценария и т.д.

Проблемы школьной и социальной адаптации (низкая учебная успеваемость, деструктивные формы коммуникации, девиантное поведение) являются определенной формой приспособления личности школьника к условиям его существования, при недостаточных адаптационных ресурсах, и его «смирением» со своим новым личностным статусом, когда, по мнению Ц.П.Короленко (1978), возникновение болезни (проблемы) представляет собой выход организма за пределы адаптационных «лимитов», выработанных в процессе длительной эволюции для наиболее высокого уровня интеграции.

Уровень адаптационных «лимитов» определяется уровнем развития психологического здоровья. И в случае низкого уровня адаптационных «лимитов» (Короленко Ц.П., 1978) или низкого уровня развития психологического здоровья проблема психической адаптации и, как следствие – школьной адаптации ученика, может проявляться следующим образом.

1) Может сохраняться высокий уровень интеграции в социальной группе (класс, школа) или в

успешной школьной адаптации при одновременной утрате каких-либо функций, обычно менее важных для сохранения жизнеспособности организма и социального функционирования личности. В данном контексте такими функциями могут быть – ограничение круга интересов, снижение коммуникативной активности, перестройка системы ценностей и иерархической структуры потребностей (изменение системы предпочтений и интересов);

2) Может снижаться уровень личностно-социальной интеграции и наблюдаться переход на более низкий уровень интеграции функций. В данном контексте такими функциями будут являться нарушения в поведенческой сфере – агрессивное-эгрессивное поведение, различные виды психологической защиты (регрессия, отказ, репрессия, рационализация, проекция, фантазирование, вытеснение, компенсация), школьная дезадаптация;

3) Может быть сочетание первого и второго вариантов. В данном контексте будут отмечаться и нарушения когнитивно-поведенческой и эмоционально-волевой и психологической сфер ученика, приводящих к нарушению школьной адаптации.

В этой связи актуальным представлялось исследование адаптационных возможностей и способностей к самоорганизации у подростков – учащихся общеобразовательных школ в контексте их психологического здоровья. Объектом исследования явились подростки мужского пола, учащиеся 10 классов общеобразовательных школ. В исследуемую группу вошли 177 подростков мужского пола 16-17-летнего возраста из 4 школ города Павлодара, отобранные в случайном порядке среди согласившихся принять участие в исследовании. Основной целью работы являлось исследование психологического здоровья у школьников-подростков мужского пола, а так же адаптационных состояний, характеризующих уровень его развития. Проведенное исследование являлось кросс-секционным исследованием со статистической обработкой полученных результатов по методологии случай-контроль.

В отношении адаптационных возможностей подростков – учащихся общеобразовательных школ, нами были выявлены три основных группы: а) подростки с высокими адаптивными возможностями и способностями к саморегуляции или «Успешные подростки», которые составили 15,8% от общей исследуемой выборки; б) подростки, имеющие проблемы в школьной адаптации (33,3%); в) подростки, которые не отвечали критериям группы

«успешных» подростков с высоким уровнем адаптивных возможностей и способностей к самоорганизации, а так же не имели проблем в психической и школьной адаптации (50,9%).

Группу подростков с высоким уровнем адаптационного потенциала и способностями к самоорганизации («Успешные подростки»), составили следующие ученики. Это подростки с хорошей и отличной успеваемостью, способные планировать свое время и нагрузки, сами ставят себе цель и, как правило, добиваются ее. Они организованы, адекватно идентифицируют и хорошо контролируют свои эмоции, конструктивно реагируют на критику и извлекают полезный опыт из сложившейся ситуации, как правило, независимы от мнения окружающих, имеют свою точку зрения, к которой в большей степени прислушиваются, способны отстаивать свою точку зрения и свои интересы, способны быстро справиться и мобилизовать себя в случае неудачи. Они асертивны, самостоятельны, легки в общении и активны в новых знакомствах, для них присуще стремление к новым впечатлениям, новому опыту. У них, как правило, адекватная самооценка и достаточно высокий уровень притязаний.

Эмоционально-поведенческие особенности подростков с проблемами школьной адаптации позволили выделить две группы. Одни из них отличались поведением, которое соответствовало критериям агрессивного поведения. По отношению к общей исследуемой выборке «агрессивные подростки» в среднем составили 9,6% (17 учеников). Другую группу учеников с проблемами школьной адаптации составили подростки с эгрессивным поведением. Эгрессивное поведение (от лат. *egredior* – выйти, избегать) по своим проявлениям является антиподом агрессивного поведения и включает в себя уход из фрустрирующей, конфликтной, трудной ситуации (Ильин Е.П., 2002). Критериям «эгрессивных подростков» соответствовали 23,7% (42 ученика) от общего числа исследуемой выборки.

Сравнительный анализ индивидуально-личностных особенностей подростков с эгрессивным поведением в свою очередь позволил выделить две подгруппы. Для подростков первой подгруппы в большей степени были характерны признаки аффективных расстройств, периоды неустойчивого настроения со склонностью к депрессивным состояниям. У них периодически отмечаются периоды сниженного настроения – депрессии до двух и более недель, периоды апатии, безынициативности, грусти. Такие подростки склонны к суицидальным высказываниям. Этих подростков мы условно определили как «депрессивные подростки». Критериям «депрессивных подростков» соответствовало 12,4% учеников от общего числа исследуемой выборки.

Для подростков второй подгруппы в большей степени был характерен тревожный компонент. Такие подростки в целом соответствуют критериям тревожно-застенчивой личности. Группу этих подростков мы условно определили как «тревожно-застенчивые подростки», и они, в среднем, составили 11,3% от числа общей выборки. Таким образом, среднее число подростков, имеющих проблемы в отношении школьной адаптации или признаки школьной дезадаптации составило 33,3% от общего числа исследуемой выборки.

Мы исследовали личностные и эмоционально-поведенческие особенности полярных групп – агрессивных и эгрессивных подростков, которые характеризуют личностную эго-идентичность – самостоятельность, независимость, автономность, которая, в свою очередь, является показателем уровня развития психологического здоровья подростка.

На рисунках 1 и 2 мы изобразили одни и те же характеристики и степень их превалентности в исследуемых группах: «Успешные подростки», «Агрессивные подростки», «Депрессивные подростки», «Застенчивые подростки».

На рисунке 1 отражены шкалы-характеристики, отражающие самостоятельность, стеничность, зрелость. Шкала «Цель» означает распространенность в своей группе подростков способных ставить перед собой цели и самостоятельно добиваться их. Шкала «Критика» означает распространенность в своей группе подростков конструктивно реагирующих на критику и способных извлекать из этого положительный опыт. Данное личностное свойство определяет степень сформированности эго-идентичности, а так же аутентичность личности. В этом случае подросток хорошо узнает и контролирует свои эмоции, фокусирует свое внимание на позитивном аспекте любой критики. Шкала «Самостоятельность» означает распространенность в своей группе подростков, способных контролировать ситуацию, самостоятельно разрешать различные ситуации, связанные с новизной, а соответственно с необходимостью мобилизации креативно-пластических ресурсов. Это также возможно, если подросток имеет свое независимое мнение, на которое он может опираться, что характеризует степень развития навыков ответственного выбора и аутентичности. Шкала «Интересы» означает распространенность в своей группе подростков, способных отстаивать свои интересы. Этот факт свидетельствует не только о харизме личности, но и об уровне развития навыков ответственного выбора. Данная способность в свою очередь является характеристикой уровня развития психологического здоровья (Катков А.Л. 1998, Катков А.Л., Россинский Ю.А., 2002, Россинский Ю.А., 2003).

Сравнение исследуемых групп по личностным характеристикам уровня развития психологического здоровья

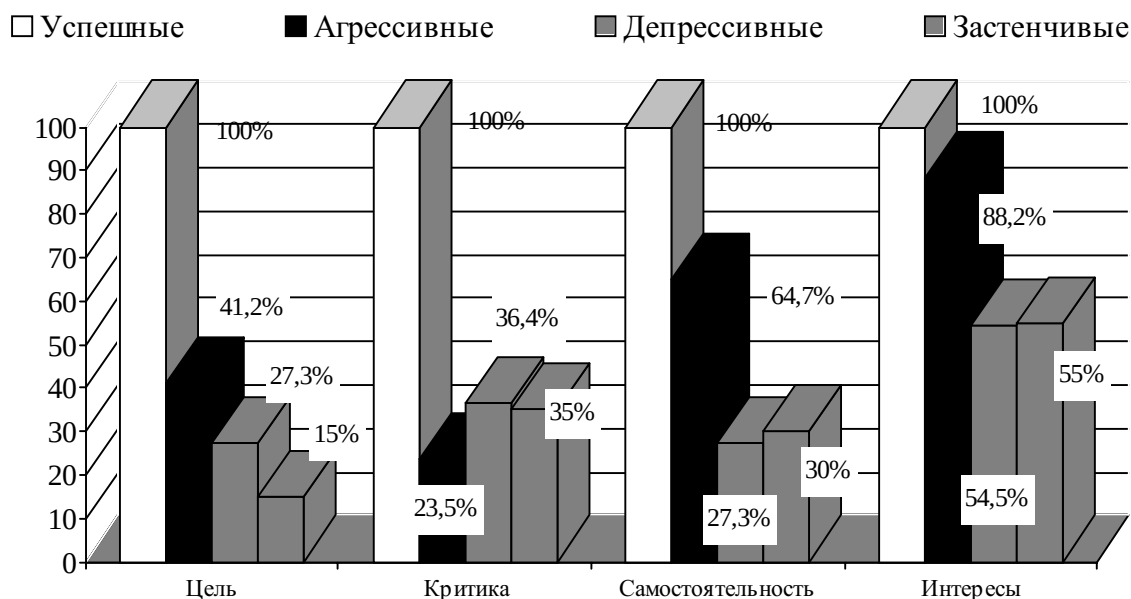


Рисунок 1 наглядно демонстрирует, что отмеченные личностные параметры, характеризующие уровень психологического здоровья и, соответственно, адаптационные возможности в полном объеме представлены в группе «Успешные подростки», в остальных группах (агрессивных и агрессивных подростков), данные личностные характеристики являются дефицитными.

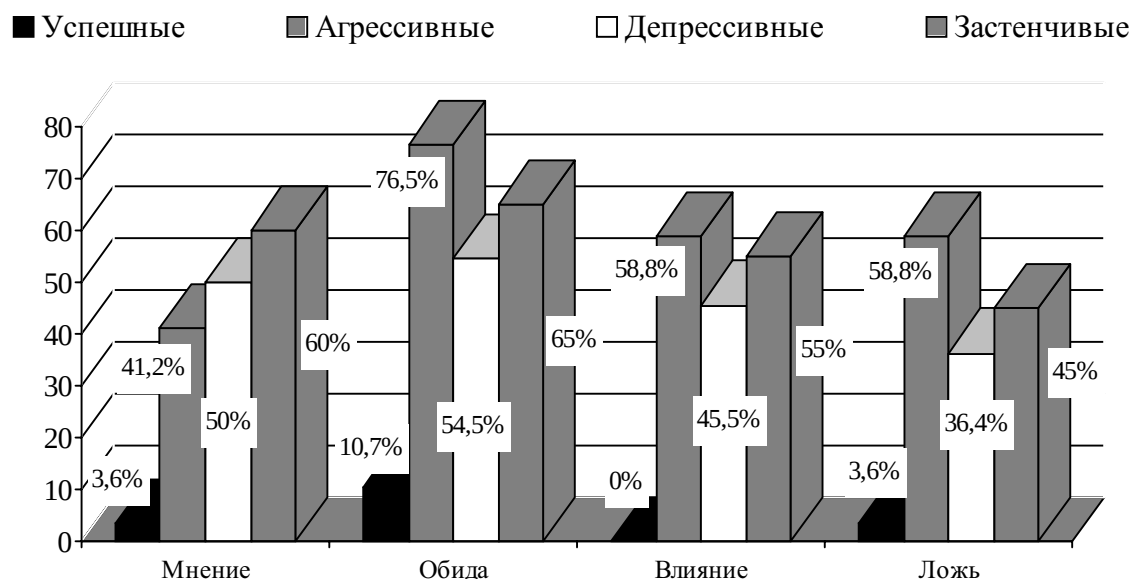
На рисунке 2 отмечены следующие характеристики. Шкала «Мнение» означает распространенность в своей группе подростков, имеющих склонность к зависимости от чужого мнения. Этот факт свидетельствует о несформировавшейся эго-идентичности, и о так называемой, эго-диффузии (Эриксон Э., 2002). Шкала «Обида» означает распространенность в своей группе подростков, имеющих низкий порог возникновения обиды и склонных обижаться по самым незначительным поводам. Обида – это подавленный гнев. Если ситуация не позволяет человеку открыто проявлять гнев, он будет обижаться. Часто обижающийся человек не осознает тот факт, что в этот момент он гневается и подавляет эмоцию гнева. Это может быть результатом неправильной формы социализации эмоции гнева в детстве. Этот факт свидетельствует о том, что личность не является аутентичной, что так же свидетельствует об отсутствии полной эго-идентичности, т.е. о размытости границ собственного Эго – эго-диффузии (Эриксон Э., 2002). Шкала «Влияние» означает распространенность в своей группе подростков, склонных поддаваться чужому влиянию, неспособных придерживаться своей собственной

линии поведения, независимой от других, склонность к конформности. Этот факт свидетельствует о том, что у подростка не сформирована система ценностей и этических принципов, которыми можно руководствоваться в жизни (собственная идеология или жизненная философия), что он не имеет своего личного плана жизни. Этот факт, по мнению многих выдающихся психологов: Гордона Олпорта, Карла Роджерса, Роберта Хэвигхерста, Эрика Эриксона свидетельствует о личностной незрелости, о размытости границ собственного Эго.

Шкала «Ложь» означает распространенность в своей группе подростков, склонных к лживости, неискренности, неконгруэнтности. Джон Гриндер и Ричард Бандлер (1976) рассматривают неконгруэнтность как характеристику личностной незрелости (Grinder J., Bandler R., 1976). Гордон Олпорт отмечает, что зрелого человека отличает здоровое чувство реальности: «они видят вещи такими, какие они есть, а не такими, какими они хотели бы их видеть» (цит. по Хьелл Л., Зиглер Д., 1997). Следовательно, неконгруэнтность и неискренность можно рассматривать как личностные особенности, свидетельствующие о незавершенности процесса личностной идентификации.

Как видно из рисунка 2, что отмеченные нами личностные параметры, характеризующие уровень психологического здоровья и, соответственно, адаптационные возможности в полном объеме представлены в группе «Успешные подростки», в остальных группах (агрессивных и агрессивных подростков), данные личностные характеристики являются дефицитными.

Сравнение исследуемых групп по личностным характеристикам уровня развития психологического здоровья



Таким образом, сравнительный анализ исследуемых групп подростков по личностным индикаторам, характеризующим уровень развития психологического здоровья, позволил определить следующие выводы.

Несмотря на несоответствие и, более того, противоположность эмоционально-поведенческих проявлений – у агрессивных, депрессивных и застенчивых подростков обнаруживается значительное сходство тех эмоционально-поведенческих

особенностей, которые характеризуют личностную самостоятельность, независимость, автономность, эго-идентичность и в свою очередь являются показателями уровня развития психологического здоровья школьника.

Превалентность всех показателей вышеуказанных характеристик достоверно превышали идентичные в группе «успешных подростков» в сравнении в «агрессивными», «депрессивными» и «тревожно-застенчивыми» подростками.

Литература:

1. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. - Л.: Наука, 1988, 270 с.
2. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы. / Е.П.Ильин – СПб.: Питер, 2002, 512 с.: ил. – (Серия «Мастера психологии»)
3. Катков А.Л. Теория и практика формирования психического здоровья населения. – Костанай, 1998, 268 с.
4. Катков А.Л., Россинский Ю.А. Комплексное исследование качества социального психического здоровья // Методические рекомендации. - Павлодар, 2002, 23 с.
5. Короленко Ц.П. Психофизиология человека в экстремальных условиях. – Л., Медицина, 1978, 231 с.
6. Россинский Ю.А. Концепция развития психологического здоровья и стратегии развития антинаркотической устойчивости личности // Наркология. - № 8, 2003. - С. 2-4
7. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности (основные положения, исследования и применение). - СПб.: Питер Пресс, 1997, 608 с.
8. Эриксон Э. Жизненный цикл: эпигенез идентичности // Психология личности. Хрестоматия. – Т. 1. – Самара: Изд. Дом «Бахрах-М», 2002. – С. 305-348
9. Grinder J., Bandler R. The structure of magic. – Science and behavior books Inc., Palo, Alto, Calif.. - Vol. I, 1975. - Vol. II, 1976

ПРОФИЛАКТИКА НЕУСПЕВАЕМОСТИ В НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЕ. ДЕТИ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ.

М.С.Соковнина

Неуспеваемость может быть предупреждена до того, как она завела ребенка так далеко, что принимаются меры по его переводу в другой класс с облегченной программой, в другую школу, или его оставляют на второй год. Все переводы связаны с изменением обстановки, социального окружения, взаимоотношений. Они грозят срывом социальной адаптации, которая в свою очередь часто углубляет и учебную дезадаптацию. В настоящее время нет педагогических программ, направленных на помощь школьнику в адаптации к новым условиям при переводе его из класса в класс. Поэтому лучше проводить профилактику неуспеваемости, чем позволить проблемам нарастать подобно снежному кому. Кроме того, желательно, чтобы каждый ребенок реализовал свой интеллектуальный потенциал, что также возможно при своевременной индивидуальной помощи.

Две основные группы неуспевающих – это дети с синдромом дефицита внимания и дети, получающие недостаточную заботу и недостаточную для развития стимуляцию со стороны родителей. Здесь пойдет речь о профилактике неуспеваемости для первой группы детей.

Синдром дефицита внимания обусловлен трудностями, которые этот ребенок пережил внутриутробно или в период рождения. Часто этот синдром сочетается с гиперактивностью. Особенности этих детей, проявляющиеся в общении и в обучении, и важные для родителей и учителей, это: неустойчивость внимания, утомляемость, трудно удерживать в голове несколько заданий и правил работы одновременно, внешняя мотивация в поведении вместо внутренней, часто повышенная потребность в двигательной активности, которая на перемене проявляется в беготне, а на уроке в неусидчивости, ослабление контроля за поведением. Все эти особенности связаны с состоянием их нервной системы, поэтому «перевоспитанию» они не поддаются. Но могут быть скорректированы правильной тактикой учителя.

Работа с этой группой детей важна и по той причине, что именно эти гиперактивные, с неустойчивым вниманием дети создают проблемы учителю, затрудняя ведение урока, а в отдельных случаях и полностью срывая учебный процесс как таковой хождениями по классу, вопросами и выкриками с места, ссорами соседом по парте и т.п.. К сожалению, часто учитель становится «заложником системы», если родители отказываются лечить ребенка или найти ему более подходящие условия для обучения. И в этом случае только учитель может сам себе помочь, организовав на уроке систематическую

индивидуальную коррекцию поведения и внимания такого ученика. В такой коррекции нуждаются, конечно, не только из ряда вон выходящие дети, но и те, у которых описанные особенности выражены более мягко. Но для них более важными могут быть и другие аспекты корректировки, так как синдром дефицита внимания может привести к отставанию в учебном процессе, а когда отставание уже налично, и охватывает большой объем учебного материала, то преодолеть его значительно труднее, требуется больше затрат по времени и силам.

Выполнение учителем данных ниже рекомендаций поможет сгладить поведенческие проблемы ученика с гиперактивностью и с синдромом дефицита внимания, и также поможет ученику быть более успешным в обучении.

Рекомендации для учителя

1. Рекомендации для улучшения социального поведения и учебной мотивации.

1.1 Отрицательное поведение ребенка ИГНОРИРОВАТЬ (обходить, не заострять внимания).

1.2 Максимально чаще ХВАЛИТЬ за хорошее поведение, таким образом поддерживая и закрепляя его.

Традиционно в нашей «бытовой» педагогике закрепились тенденции замечать ребенка, когда он сделал что-то плохое, и заниматься корректировкой этого негативного качества, вместо опоры в развитии на позитивные, на сильные стороны личности. Концентрация на негативном ослабляет и без того небольшие ресурсы ребенка с синдромом дефицита внимания, концентрация на позитивном дает энергию, необходимую для внутренней перестройки. Усиление позитивных черт, качеств, сторон личности автоматически влечет за собой ослабление и уменьшение негативных, нежелательных черт, сторон, проявлений.

1.3 Если всё же возникает необходимость говорить о неправильном поступке ребенка, то говорить следует о его ПОВЕДЕНИИ, а не о его личности, с максимально точным описанием происшедшего. Отрицательное описание личности и/или её качеств способствует закреплению негативного качества, которое предполагается «искоренять».

Примеры правильного обращения с ребенком в связи с его неправильными поступками: «Ты взял чужую вещь и должен её вернуть», вместо «Ты вор» или «Где ты научился воровать?»; «Этот пример решается по-другому», вместо «Ты не умеешь решать примеры» и вместо «Опять ты все испортил!» и «Вчера ты не выполнил домашнего задания и

поэтому сегодня ты испытываешь трудности на уроке» вместо «Ты лентяй» и «Ты как всегда без домашнего задания».

2. Рекомендации для организации внимания ученика на уроке:

2.1 Посадить его в первый ряд, в среднюю колонку, желательно одного. Конечно, это удастся не всегда, так как в классе еще есть дети с нарушениями зрения. И все же, этот ребенок должен быть посажен по возможности ближе к учителю и доске, хотя бы за второй партой, но никак не за последней.

2.2 Если ребенок сидит на уроке с отсутствующим видом, дать ему возможность отдохнуть в течение нескольких минут, так как сейчас он всё равно не в состоянии воспринимать учебный материал. Замечания учителя не помогут ему сконцентрироваться. Для детей с синдромом дефицита внимания характерно такое периодическое снижение внимания, и оно необходимо ему для восстановления ресурсов.

2.3 Не стимулировать в ребенке сильные отрицательные эмоции замечаниями, наказаниями и т.п., так как таких детей стресс еще более дезорганизует и лишает и без того ограниченной способности воспринимать материал. Отрицательная мотивация (страх наказания, осуждения, неприятия и т.п.) для таких детей не показана.

2.4 Вовлеченность ребенка в обучение поддерживать похвалой, признанием успехов, игровой мотивацией, интересом к знанию, выражением веры в его успех, признанием заслуг, совместной деятельностью с ребенком.

2.5 Во время учебного дня, урока планировать минуты двигательной активности – для всего класса в целом и/или для данного ученика индивидуально. Например, в форме: выход и ответ у доски, принести учителю рисунок, раздать учебные материалы, пособия, помыть тряпку для вытирания доски или отнести список учеников в школьную столовую и т.п..

2.6 Периодически предпринимать личные обращения к ученику для поддержания личного контакта.

3. Специфичная поддержка в учебной работе.

3.1 На определенный отрезок времени давать только ОДНО задание, так как такой ученик не может удерживать в памяти несколько заданий одновременно.

3.2 Дозировать ученику выполнение большого задания, предлагать его в виде последовательных частей и периодически контролировать ход работы над каждой из частей, внося необходимые коррективы.

3.3 Предоставлять ребенку возможность быстро обращаться за помощью учителя в случаях затруднения.

3.4 Предупреждать формирование такой формы поведения, как «делание чего-нибудь» ради внешнего результата в ситуации, когда ребенок не

понимает, что на самом деле нужно делать, в чем именно состоит задание и т.п.. Помогать ребенку быть сконцентрированным на понимании и на содержании работы, вместо количества написанных букв, слов, неправильно решенных задач и др.

3.5 В обучении в большей степени опираться на понимание и смысл, вместо опоры на механическое запоминание. Развивать мышление и опираться в обучении на мышление, вместо тренировки памяти, внимания, каллиграфического написания, аккуратности в записях и формальной скорости чтения вслух, что неэффективно, а потому вредно, так как ресурсы ребенка ограничены.

3.6 Использовать опору на наглядность и вынесение вовне промежуточных результатов мышления. Необходима внешняя фиксация промежуточных ответов в процессе последовательно выполняемых операций.

3.7 При чтении текста вслух по сути дела выполняются две задачи одновременно: выражения и осмысления, что для ребенка с синдромом дефицита внимания труднее, чем для других детей, а иногда и просто невозможно. Если такой ребенок сразу читает вслух, то есть риск того, что он прочитает механически (с нужной скоростью чтения), но ничего не поймет из прочитанного. Поэтому необходимо при чтении на уроке вслух предварительно предлагать ребенку прочитать текст «про себя», а затем предлагать чтение вслух.

3.8 В первом классе желательно, чтобы ребенок как можно меньше писал. Для этого могут использоваться различные приемы. Например, при работе в классе, вместо того, чтобы ребенок писал ответ на доске, можно предложить ему выбрать карточку с правильным ответом из нескольких; возможно также использование тетрадей с напечатанными заданиями, где ответы вписываются, и т.п.

3.9 По возможности не снижать отметки за помарки, исправления, перечеркивания, так как эти дети не могут радикально преодолеть свою неаккуратность в письме, связанную с неустойчивостью внимания, а зачастую и с нарушениями мелкой моторики руки. И они бесполезно тратят свое время и ресурсы нервной системы на переписывания и на переживания по поводу низких отметок. Необходимо сконцентрировать энергию ребенка на понимании правил и грамотности письма. А это возможно лишь в том случае, если предлагаемая взрослым задача реальна для выполнения и ребенок стимулируется положительной отметкой. Другой вариант состоит в том, чтобы выставлять дифференцированную отметку: за чистописание, аккуратность и за правильное выполнение задания.

3.10 При выполнении контрольной, проверочной и классной работы, когда ребенок её выполнил (а часто они выполняют работу быстрее других детей), напоминать ему, чтобы он еще раз проверил работу (ход решения, орфографию, пунктуацию

и т.п.). Если ребенок сделал в работе ошибки не из-за незнания, а из-за перепадов в концентрации внимания, то он их исправит, так как при повторном просмотре текста или задачи «выпадения» внимания произойдут в других местах.

3.11 Ошибки при письме такого типа, как пропуск буквы, двойное написание буквы и слога, перестановка рядом стоящих букв, связаны с повышенной истощаемостью центральной нервной системы. Ошибки в гласных в ударном слоге и согласных, стоящих перед гласной (то есть в так называемой «сильной» позиции), связаны с недоразвитием различения звуков, которое ребенок должен был освоить в дошкольный период жизни. И те, и другие входят в группу так называемых логопедических ошибок. Они не являются орфографическими ошибками. Это необходимо учитывать при выставлении отметок. Если ребенок постоянно получает плохие отметки, да еще за то, на что он не способен психофизиологически, то он оказывается подавлен и принижён собственной неуспешностью, и не понимает, что ему делать дальше. Такие ошибки должны лечиться у врача и у логопеда, но не в обычном учебном процессе.

Ребенок с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью нуждается для успешного обучения и в систематической поддержке со стороны родителей. Хорошо, если родители ребенка получают от учителя и выполняют следующие рекомендации:

Рекомендации для родителей

1. Рекомендации для родителей, направленные на улучшение социального поведения ребенка

1.1 Не концентрируйте внимание на негативных формах поведения ребенка. Обходите острые углы, вместо того, чтобы бороться со своим ребенком. Всякое давление порождает сопротивление, равное по своей силе оказываемому давлению.

1.2 Постоянно хвалите его, поощряйте, отмечайте успех. Не сравнивайте его с другими детьми, более успешными в каких-либо видах деятельности, а сравнивайте с тем его результатом, который он имел вчера.

1.3 Исключите из своего арсенала такие методы воспитания, как эмоциональная взбучка, крик, физические наказания. Если вы сейчас используете их, прекратите и найдите другие способы воздействовать на ребенка. Ребенок, благодаря перечисленным методам воспитания, внутренне еще более дезорганизуется и теряет способность правильно себя вести. Его мышление и способность воспринимать отключаются, благодаря чему педагогические воззвания родителей не воспринимаются адекватно. Опыт Вашего собственного детства здесь не применим, так как у Вашего ребенка по сравнению с Вами другая организация центральной нервной системы.

1.4 Помните, что гиперактивность ребенка усиливается в местах большого скопления людей. В связи с этим не рекомендуется оставлять такого ребенка в группе продленного дня. Желательно предоставить ему возможность побыть дома, без других детей, и дозировать его пребывание в ситуациях, где много взрослых и детей (по состоянию ребенка).

1.5 Обеспечьте своему ребенку достаточно физических поглаживаний, прикосновений, так как дети с синдромом дефицита внимания больше, чем другие дети, нуждаются в физическом контакте с родителями. Этот контакт является для них эмоционально поддерживающим и физически исцеляющим. Вы можете обнять его, когда сидите рядом и делаете вместе уроки. Вы можете играть с ним в игры, связанные с физическим контактом (прятки, жмурки). Вы можете вместе с ним бороться и делать совместные физические упражнения, и вы можете также придумать свои собственные игры с физическим контактом.

1.6 Хорошо, если иногда Вы будете находить время и контролировать ситуацию общения Вашего ребенка с другими детьми. Особенность Вашего ребенка в том, что он может быть легко спровоцирован другими детьми, у которых контроль над поведением более развит.

2. Предупреждение переутомления

Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью легче переутомляются, чем другие, так как ресурсы их центральной нервной системы ограничены, и в связи с перевозбуждением.

Чрезвычайно важно для них проводить профилактику переутомления, которое может сказаться как на успешности обучения, так и на поведении ребенка и на перспективах его физического здоровья.

Внешне эти рекомендации кажутся чрезвычайно простыми и излишне очевидными, но опыт работы с семьями, где есть ребенок с синдромом дефицита внимания, показывает, что эти простые вещи часто не выполняются. А они являются наиболее важными по сравнению с приемом лекарств и другими методами медицинского лечения.

В связи с этим является ценным, если Вы, уважаемые родители, будете выполнять следующие рекомендации:

2.1 Сформируйте и поддерживайте в семье устойчивый режим занятий и отдыха.

Выработанный и поддерживаемый ритм труда и отдыха поддерживает здоровье.

2.2 Укладывайте ребенка спать в одно и то же время (без излишнего педантизма), предоставляйте ему достаточный сон. Признаком достаточного сна является то, что ребенок просыпается утром сам, а не при помощи мамы или будильника. Если он утром к необходимому времени не просыпается, это значит, что нужно укладываться спать раньше, так как время необходимого сна индивидуально, и

является различным для различных детей. В то же время есть общая закономерность, которая выражается в том, что ребенку нужна большая длительность сна, чем взрослому человеку.

Необходимо также пересмотреть условия засыпания, удобство постели и т.п. В период засыпания ребенка не включать телевизор, если для родителей нет отдельной комнаты.

2.4 Ограничивайте для ребенка просмотр телепередач и видеофильмов, и особенно - фильмов и передач с агрессией и ужасами.

2.5 Следите за тем, чтобы питание ребенка было полноценным, чтобы в его питании присутствовали продукты с витаминами группы В (для нервной системы) и затем, чтобы Ваш ребенок достаточно пребывал на свежем воздухе. Свежий воздух чрезвычайно важен для Вашего ребенка, так как для детей с синдромом дефицита внимания характерны затруднения мозгового кровообращения, а значит и с доставкой кислорода к клеткам мозга. Пребывание на свежем воздухе облегчает эту проблему без лекарств, поэтому важно, чтобы ваш ребенок ежедневно гулял, а помещение, где он находится, было проветрено. В летнее время рекомендуется пребывание за городом в зоне чистого воздуха.

2.6 При выполнении домашних заданий освободите ребенка от всякой второстепенной, вспомогательной, несущественной оформительской работы. Такой, например, как расчерчивание полей в тетради и т.п.

2.7 Примите во внимание, что выполнение домашних заданий поздно вечером вредно для ребенка. Наблюдая за ребенком, определите то время, после которого сидение ребенка за уроками становится бесполезным делом.

2.8 Если у ребенка болит голова, если он пережил стресс и не может сделать домашнее задание сегодня – не упорствуйте в желании добиться от него результата. Вы можете написать учителю записку с извинениями, а ребенка уложить спать пораньше.

2.9 Занятия ребенка с репетитором или Ваши дополнительные занятия с ребенком сверх программы, установленной учителем, рискованны для его здоровья. Занимайтесь с ребенком только теми домашними заданиями, которые он получил от учителя. Если Вы хотите чем-либо заниматься с ребенком дополнительно, то проконсультируйтесь с врачом.

2.10 Если у ребенка часто повторяются головные боли, если учитель жалуется на повышенную отвлекаемость, неспособность сосредоточиться на уроке, на неумение сдерживать свое поведение и частое нарушение правил поведения, проконсультируйтесь у невропатолога. Возможно, что вашему ребенку требуется медицинская поддержка, которая может быть назначена врачом индивидуально.

3. Помощь ребенку в обучении и выполнении домашних заданий

3.1 Учитывая повышенную отвлекаемость ребенка, помогите ему организовать рабочее место для выполнения домашних заданий. Лишние вещи должны быть убраны со стола, чтобы они не отвлекали внимания. Недопустимо в комнате включенный телевизор. Если ребенок отвлекается на посторонние звуки – создайте в комнате условия тишины.

3.2 Многие из детей с последствиями гипоксии не в состоянии работать над домашними заданиями самостоятельно. Им необходимо присутствие и участие взрослого для того, чтобы быть способными сосредоточиться на работе. Родителям таких детей, скорее всего, придется до конца обучения в начальной школе помогать ребенку в выполнении домашних заданий. Это, однако, не означает, что родители делают домашнее задание за ребенка и, таким образом, мешают ему расти через обучение. Но присутствие ребенка и участие, диалог со взрослым создают необходимые условия для концентрации внимания.

3.3 Некоторым из родителей необходимо будет не только выполнять вместе с ребенком домашние задания, но и повторять материал, пройденный в классе, так как ребенок был на уроке не всегда сосредоточен и мог что-то пропустить (не обвиняйте его в этом!).

3.4 Дети с синдромом дефицита внимания испытывают трудности с записью домашнего задания. Домашние задания обычно диктуются учителем в конце урока, когда ребенок уже совсем устал. Из этого, как рекомендует Л.А.Ясюкова, «не стоит делать проблемы». Родители могут сами узнать, что было задано. В некоторых школах, особенно в первых классах, учителя сами вывешивают на доске объявлений информацию о том, что было пройдено в классе и что задано на дом.

3.5 В целом необходимо освободить ребенка от несущественной работы и сосредоточить его на понимании пройденного материала. Лучше, если бы эти дети в первом классе как можно меньше писали. По крайней мере, не устраивайте своему ребенку бесконечных и бессмысленных переписываний из-за помарок или желания добиться хорошего почерка, которого возможно не будет, так как синдром дефицита внимания часто сочетается с проблемами мелкой моторики руки.

3.6 Помогайте ребенку развивать визуальное мышление и учите использовать его в обучении. При развитом визуальном мышлении ребенок быстро обучается пользоваться рисунками, чертежами, схемами. Этим снимается нагрузка механического запоминания.

3.7 Используйте в помощи ребенку при обучении подход, предложенный Гленом Доманом. В частности, этот подход состоит в четком структурировании информации, которую необходимо усвоить, разбивая её на конкретные образные единицы, с последующей её организацией в целостные системы.

3.8 Если у вашего ребенка есть трудности в освоении им навыка чтения, существенно отличающие его от других детей, либо аналогичные трудности с освоением грамотного письма, то получите консультацию школьного логопеда, который подскажет приемы индивидуальной помощи ребенку.

Все перечисленные рекомендации, конечно же, применяются не механически, а в зависимости от индивидуальности ребенка, от конкретной ситуации.

При первом рассмотрении они, иногда, кажутся очевидными и простыми, но, тем не менее, они являются достаточно трудными, так как от самого

педагога или родителя они потребуют высокой организованности, силы воли, самоотдачи во взаимоотношениях с ребенком и вложения энергии в самовоспитание.

Но эти вложения педагогов и родителей, безусловно, будут оправданы будущим этих детей.

Если ребенок с синдромом дефицита внимания имел адекватное индивидуальное сопровождение в воспитании и обучении в дошкольный период и в начальной школе, то к 10-11 годам происходит устойчивая нормализация работы мозга, и далее он может учиться в том же режиме и с тем же успехом, что и его сверстники.

Литература:

1. Гизатулина Д.Х. *Когда учиться трудно, или русский язык в играх.* - СПб., «Детство-Пресс», 2000
2. Доман Г., Доман Д. *Дошкольное обучение ребенка.* - М., 1995
3. Друбачевская И. *Избавимся от двоек.* - М., 1997
4. Корсакова Н.К., Микадзе Ю.В., Балашова Е.Ю. *Неуспевающие дети: нейропсихологическая диагностика трудностей в обучении младших школьников.* - М., 1997
5. Ясюкова Л.А. *Оптимизация обучения и развития детей с ММД. Диагностика и компенсация минимальных мозговых дисфункций // Методическое руководство.* – СПб: «Иматон», 1997

ПРОБЛЕМА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ

(литературный обзор)

Т.В.Пак

г. Павлодар

Введение

Научное подтверждение эффективности психотерапии, которое должно обосновываться экспериментальными данными, всегда было предметом дискуссий. Это связано с проблемой идентификации психотерапии как науки, искусства, ремесла, а также с недостаточным уровнем компетентности практического психотерапевта, консультирующего психолога в области экспериментальной (научной) оценки эффективности каких-либо вмешательств, в том числе психотерапевтических.

Обзор научных исследований эффективности психотерапии

Научные исследования психотерапии направлены на решение как прикладных задач, в первую очередь, выяснение эффективности психотерапевтического воздействия, так и фундаментальных - научная валидизация психотерапевтического процесса и его результатов. В соответствии с исследовательскими задачами можно выделить несколько этапов в изучении психотерапии. При этом необходимо иметь в виду, что выделяемые фазы хронологически следуют одна за другой, их можно понимать как эпохи в развитии исследований, причем на разных этапах одно или другое психотерапевтическое направление проявляло высокую степень активности и достигало наиболее интересных результатов.

К самым первым исследованиям, относящимся к предварительному этапу или «нулевому циклу» изучения психотерапии, можно отнести описания отдельных клинических случаев. В XIX веке это был излюбленный психиатрами методологический подход, и З.Фрейд продолжил эту традицию. В то время детально описанный клинический материал был одним из самых надежных способов передачи и обсуждения своего опыта; однако в наши дни этот метод подвергается весьма суровой критике. Д.Спенс (D.Spence) сформулировал основные критерии психоаналитического исследования отдельного случая, которые не соответствуют канонам научной объективности: описание случая представляет собой скорее беллетризированное захватывающее повествование, нежели научное сообщение; автор клинического описания ссылается исключительно на собственный опыт, который не поддается верификации; при этом, разумеется, чрезвычайно велика субъективность представлений и интерпретации материала; описываемый случай никоим образом не может рассматриваться как репрезентативный, поскольку

для подобных целей авторы склонны выбирать примеры, чем-либо выделяющиеся из общего ряда, и т.д. Тем не менее, трудно представить себе историю психоанализа и психотерапии вообще и исследований психотерапии в частности без клинических описаний Фрейда, служащих своего рода прообразом современной методологии изучения отдельного случая (single case study). Фактически и по сей день имеется еще достаточно сторонников описаний отдельных случаев, которые видят в них источник нового знания о том, как талантливым клиницистам удается находить новые решения сложных проблем. Следует ли считать, что это тоже исследования? По крайней мере, необходимо не упускать из виду ряд позитивных сторон, присущих изучению отдельных случаев, а именно: 1) Тщательное изучение единичного случая может вызвать сомнения относительно всей теории в целом, и тем самым привести к ее пересмотру, дополнению, усовершенствованию; 2) В ходе анализа отдельного случая может родиться эвристически ценная методика, которая окажется применимой и для изучения психотерапии в рамках более строгого эмпирического исследования; 3) Изучение отдельного случая дает возможность досконально проанализировать ряд редко встречающихся, но важных феноменов; 4) Изучение отдельного случая может быть организовано таким образом, что полученная информация окажется достаточно объективированной и достоверной; 5) Анализ единичного случая - это одно из вспомогательных средств, благодаря которым теоретический «скелет» более успешно «обрастает плотью», и теоретические принципы обретают реальное прикладное звучание.

Следующая фаза развития исследований (ее можно считать первой в действительно научном изучении психотерапии) началась приблизительно в 1930 годы в русле психоанализа и достигла максимальной интенсивности и успеха в 50-70 годы XX века. Точкой отсчета здесь служат материалы Берлинского Психоаналитического института, в которых приведены катamnестические данные за десятилетний период работы; по его примеру появляются затем и другие аналогичные отчеты - Лондонского, Чикагского институтов за пятилетний период. На этом этапе первостепенное значение имел вопрос об эффективности психотерапии вообще, независимо от конкретной ее формы, диагноза пациентов и т.п.

В 1952 г. была опубликована обзорная статья Г.Айзенка (H.J.Eysenck), в которой обосновывался в высшей степени критический тезис о том, что психотерапевтическое лечение ведет к успеху столь же часто, сколь часто пациенты поправляются безо всякой помощи психотерапевта. Айзенк на основе сравнения данных об излечении пациентов и статистических материалов о так называемой спонтанной ремиссии показал, что 67%, т.е. две трети людей, страдающих от эмоциональных нарушений, практически избавляются от них в течение двух лет, тогда как психотерапия требует иногда более длительного времени (например, психоанализ), не говоря уже о финансовых и прочих затратах. Эта статья вызвала огромный резонанс, по разным причинам, и в конечном итоге стимулировала и психотерапевтов, и исследователей к более тщательному, продуманному и спланированному изучению результатов психотерапии.

Вскоре вышли из печати и другие работы, в некоторых из них также шла речь о магических «двух третях» пациентов с улучшением состояния. Интересно отметить, что пациенты, относящиеся к «одной трети», т.е. «не улучшивших свое состояние», достаточно редко упоминались. Это были те, у которых в результате психотерапии наблюдалось ухудшение. Симптомы, с которыми пациент обратился за психотерапевтической помощью, в результате лечения, не только не исчезли, а, скорее, усилились или же сменились другими, не менее мучительными. Систематическое исследование этой проблемы было впервые предпринято А.Бергином (A.Bergin).

В этот же период проводит свои исследования К.Роджерс (C.Rogers), которые являются переходным этапом между исследованиями результатов психотерапии и непосредственно самого процесса психотерапии. К.Роджерс считается пионером записи на магнитофонную ленту психотерапевтических сеансов. Он искал и опробовал различные методы, чтобы надежно зафиксировать позитивный результат психотерапии. Одним из них стала широко известная методика Q-сортировки, позволившая Роджерсу показать, например, позитивные изменения, происшедшие в представлении о себе у его пациентов. Кроме этого К.Р.Роджерс предлагает критерии изменений в рамках своего подхода: 1) увеличение числа утверждений, вызванных инсайтом; 2) положительное отношение по мере продолжения психотерапии; 3) зрелость наблюдаемого поведения; 4) изменения в восприятии и принятии себя; 5) сдвиг источника оценки – переход от внешней оценки к внутренней; 6) внедрение ранее отвергаемого опыта в структуру «Я»; 7) изменения в отношениях; 8) характерные изменения в структуре личности, в поведении и в физическом состоянии. На втором этапе развития исследований центральной является проблема связи между процессом

и результатом психотерапии. В этот же период уделяется большое внимание развитию сравнительных исследований результатов воздействия различных психотерапевтических подходов.

В американском городе Топека на базе Меннингеровской клиники в 1950-е годы было разработано, а затем и проведено самое ресурсоемкое из всех имеющихся на сегодня исследований психотерапии; завершающий отчет по этому проекту представлен в работе Р.Валлерстайна (R.Wallerstein). В основу данного исследования был положен методологический принцип, вытекающий из предшествующего хода изучения психотерапии: «Исходя из теоретических соображений, мы считаем, что процесс и результаты психотерапии необходимым образом связаны между собой и что эмпирическое исследование, которое позволит дать ответы на многие вопросы, должно уделять одинаковое внимание обеим сторонам. В любом исследовании, направленном на изучение результатов, должны быть сформулированы критерии улучшения, которые в свою очередь должны ориентироваться на характер заболевания и процесс изменения». Еще одно методологически важное положение Меннингеровского проекта заключалось в том, что исследование проводилось в естественных условиях, т.е. таким образом, чтобы оказывать минимальное воздействие на протекание клинического процесса (а лучше всего – вообще никакого). Согласно этому положению, пациенты были направлены для прохождения той или иной терапии не в случайном порядке, а в соответствии с клиническими показаниями. Проходили клинический психоанализ 22 пациента, 20 - психоаналитическую психотерапию, причем из всех 42 человек 22 человека в течение какого-то времени лечились стационарно, а остальные - только амбулаторно (из этого можно сделать вывод о тяжести заболеваний пациентов). Для их обследования в начале и в конце терапии, а также по прошествии определенного времени после окончания лечения использовались различные методы, в том числе подробная клиническая оценка квалифицированными экспертами (психотерапевтами и психоаналитиками) каждого случая. Основные результаты этого героического исследования сформулированы О.Кернбергом (O.Kernberg et al.) и Валлерстайном. Кернберг утверждает, что для всего спектра психоаналитически ориентированной психотерапии прогностически хорошим показателем является сила обследуемого, исход лечения не зависит оттого, на что делается акцент: на интерпретативную или на поддерживающую сторону психотерапии - в любом случае успех терапии незначительный. Клинически тщательная проработка результатов исследования позволяет Валлерстайну более дифференцированно проинтерпретировать результаты: в целом, можно утверждать, что во всех 42 случаях психотерапия содержала больше

поддерживающих компонентов, нежели предполагалось исходно, и что эти компоненты играют большую роль в обеспечении успеха терапии. В методологическом отношении важным итогом Меннингеровского исследования является обнаружение того факта, что даже количественные результаты изучения психотерапии неоднозначны сами по себе: как теоретики, так и клиницисты, стремясь найти подтверждение своей идеи, при анализе одних и тех же данных могут прийти к весьма неодинаковым выводам.

Третья фаза исследований психотерапии преодолевает тенденцию к групповым и статистическим подходам, к искусственно построенным экспериментальным условиям и обращается вновь к натуралистическим методам, сохраняя при этом стремление к контролю над процессуальными факторами, которые также подлежат изучению.

Один из участников Меннингеровского проекта, Л.Люборски (L.Luborsky) в 1968 г. провел собственное исследование - Пенсильванский проект, подробный отчет которого был опубликован спустя 20 лет. В ходе данного исследования оценивались прогностические показатели эффективности психотерапии. Было обследовано 73 пациента, проходивших экспрессивно-поддерживающую психотерапию (длительностью от 8 до 264 сеансов), причем все сеансы были записаны на аудиокассеты. Результаты изучения подтвердили ожидания относительно прогностических факторов. Лучшими являются показатели: а) психологического здоровья (по шкале HSRS), б) эмоциональной свободы, в) сверхконтроля, г) сходства между пациентом и терапевтом. Тем самым снова подтверждается положение о том, что для психодинамической психотерапии исходный уровень душевного здоровья пациента - это наиболее надежный прогностический признак успешности психотерапии. Результаты данного исследования показали, что состояние большинства пациентов, прошедших хотя бы несколько сеансов психотерапии, улучшается. Базовые личностные паттерны изменяются в результате психотерапии, лишь немногие заканчивают психотерапию в худшем психологическом состоянии, чем были до лечения. В целом, результаты исследования вновь подтвердили вывод о том, что степень сохранности душевного здоровья пациентов является статистически значимым прогностическим показателем будущего успеха психотерапии, что, разумеется, ограничивает возможности любого типа психотерапии. Люборски, однако, не остановился на воспроизведении уже известных фактов. Он также показал, что межличностное взаимодействие между пациентом и терапевтом в психоаналитической ситуации непременно должно включать факторы, благотворно воздействующие на процесс излечения. Еще в рамках Меннингеровского исследования он выделил восемь лечебных факторов психотерапии. Наиболее значимые из них:

- способность терапевта понимать пациента и реагировать (эмоционально откликаться);
- уменьшение степени «навязчивости» межличностных конфликтов;
- обретение пациентом большей терпимости по отношению к мыслям и чувствам других людей;
- способность терапевта предложить ясную, разумную и действенную технику.

В Пенсильванском исследовании, в числе прочих методов, применялся разработанный Люборски метод «выявления Центральной конфликтной темы отношений» (метод CCRT). Было показано, что в успешных случаях терапии конфликтные отношения пациента утрачивают свой центральный характер, особенно если интерпретативная работа направлена на анализ этих отношений. Это в свою очередь влечет за собой снижение интенсивности симптоматики. Тем самым Люборски получил подтверждение одного из центральных пунктов теории психодинамической психотерапии о связи межличностных конфликтов и невротической симптоматики.

В общем и целом, в 70 годы интерес исследователей фокусировался на изучении конфигураций отношений пациента в терапии и вне ее; при этом делаются попытки выделения различных структурных единиц этих отношений (центральный паттерн отношений Люборски, конфигурации отношений М.Хоровица (M.Horowitz), структуры сознания Х.Даля (H.Dahl) и др.).

Наряду с подходом структурных отношений разрабатывается подход, ориентированный на понимание процесса формирования отношений. Кроме того, развиваются методы микроанализа невербальных аспектов психотерапевтического взаимодействия; так, например, работы Р.Краузе (R.Krause) по изучению тонких мимических взаимодействий между пациентом и терапевтом открывают путь к эмпирически обоснованному пониманию процессов переноса-контрпереноса.

Сотрудничество психотерапевтов и лингвистов позволяет проводить дискурс-анализ протоколов психотерапевтических сеансов, благодаря чему понятийный аппарат лингвистики переносится в область терапевтического диалога, открывая тем самым возможность более осознанного использования вербальных и паравербальных средств взаимодействия в клинической работе.

Исследования результатов психотерапии – это одна из тех областей, где полученные данные допускают множественные объяснения, во многом обусловленные методом сбора материала и понятиями, посредством которых данные интерпретируются. Наиболее объективными считаются результаты, полученные путем мета-анализа отдельных исследований. Первые мета-исследования, направленные на подтверждение благоприятного воздействия психотерапии через сравнение результатов применения различных психотерапевтических

техник, показали, что в среднем те, кто прошел психотерапию, чувствуют себя лучше, чем 80% из выборки не проходивших психотерапию. Тем не менее, эти данные не противоречат тому факту, что у отдельных пациентов в результате психотерапии может наступить ухудшение. Таким образом, мета-анализ, претендуя на относительную объективность, в действительности приводит к противоречивым заключениям. Но все же он позволяет однозначно говорить о наличии психотерапевтического эффекта по сравнению с отсутствием лечения.

К настоящему моменту почти не осталось сомнений, что психотерапия оказывает благотворное воздействие на пациентов, хотя признается также, что не совсем удается достичь желаемых позитивных изменений. Если психотерапия является эффективной, то изменения, вызываемые ею, должны быть более значительными, чем те, которые могут возникнуть сами по себе – так называемая спонтанная ремиссия. Этот вывод послужил стимулом к разворачиванию множества исследований, в ходе которых постепенно вырабатывалась современная методология изучения эффективности психотерапии. К сожалению, в большинстве ранних эмпирических работах не применялась, например, такая методология исследований, согласно которой в случайном порядке одних пациентов распределяют в группу тех, кто будет получать психотерапевтическое лечение, а других – в контрольную группу. В результате оказывается невозможным достоверно сравнить состояние пациентов, проходивших и не проходивших лечение. Последовавшие после сенсационной работы Айзенка исследования, основанные на мета-анализе той же литературы, которую использовал он, а также и других источников, свидетельствуют о том, что реальные показатели улучшения в отсутствие психотерапии были существенно ниже, чем указывает Айзенк. Исследования А.Бергина и М.Ламберта, например, показали, что величина спонтанной ремиссии у невротических пациентов равняется приблизительно 40%. В другом исследовании, проведенном на материале мета-анализа отдельных работ, в которых в сумме представлены данные по 2431 пациенту, собранные в течение 30 лет, была выявлена стабильная закономерность, отражающая взаимосвязь между количеством психотерапевтических сеансов, полученных пациентом, и степенью улучшения его состояния.

В исследованиях с применением плацебо обнаружено, что самочувствие пациентов, получивших плацебо, улучшается в большей степени, чем лиц из контрольной группы, не получивших никакой терапии, но те, кто прошел психотерапию, демонстрируют еще большее улучшение своего состояния. В любой психотерапии присутствуют внимание, уважение, поддержка, которые оказываются важным лечебным фактором; разумеется, имеются достаточно убедительные свидетельства того,

что результаты даже короткого психотерапевтического вмешательства могут быть стойкими и продолжительными. Так, Р.Нихолсон и Дж.Берман (R.Nicholson, T.Berman) на материале мета-анализа 67 исследований эффективности психотерапии приходят к выводу, что на начальных этапах возникает заметное улучшение, которое на последующих стадиях сохраняется и возрастает, и сохраняется также спустя длительное время после окончания лечения.

Следующий вопрос, заслуживающий подробного рассмотрения, – какая же психотерапевтическая техника оказывается наиболее эффективной? В настоящее время в психотерапии наблюдается тенденция к эклектизму или интеграции различных технических и теоретических подходов в единый общий подход к лечению, для которого не характерно четкое следование какому-либо строгому правилу, выработанному той или иной школой. Тем не менее, сохраняется тенденция различать в психотерапии два течения: с одной стороны, это школы и направления, связанные с психодинамическими и гуманистическими теориями, а с другой – с поведенческими, когнитивными, экспериментально-психологическими теориями и подходами. Это разделение отражается не только на применяемых техниках, но и на программах обучения психотерапевтов (акцент на анализе клинических случаев, личном опыте, штудировании теоретических работ – или же на научных принципах, сборе экспериментальных данных, «технологиях» терапевтических воздействий). Что касается эффективности обоих этих течений, то недавние сравнительные исследования различных авторов показали, что психотерапевтическая действенность многочисленных разновидностей лечения приблизительно одинакова. Хотя эти исследования проводились традиционными методами, применение более современной методологии мета-анализа данных принесло в целом те же результаты.

Например, в так называемом Шеффилдском проекте когнитивно-бихевиоральная терапия (обозначенная термином «предписывающая»), включающая техники релаксации и совладания с тревогой, рациональное переструктурирование и тренинг социальных навыков, сопоставлялась с терапией, ориентированной на отношения (обозначенной как «эксплоративная»). Клиентами были рабочие и служащие, страдавшие от невротической депрессии или тревоги. В исследовании использовался «перекрестный» экспериментальный дизайн, согласно которому каждая пара «терапевт-пациент» работала по 8 недель (1 сессия в неделю) в одном терапевтическом жанре, после чего ровно столько же времени – в другом жанре терапии. Такой дизайн позволяет с высокой степенью надежности контролировать переменные, связанные с личностью пациента и терапевта, благодаря чему возникает

возможность оценить эффект терапевтического воздействия. Результаты показали небольшое преимущество «предписывающей» психотерапии по опросникам, оценивающим выраженность симптомов, и по стандартизованному психиатрическому интервью, однако из 30 случаев лишь в 7 различия в эффективности оказались статистически значимыми. В целом, многочисленные отдельные исследования и результаты мета-анализа приводят к заключению, что различные техники психосоциальной терапии оказываются приблизительно равными по эффективности. Незначительное преимущество когнитивно-бихевиоральных подходов, которое обнаруживается в большинстве подобных работ, можно объяснить, например, тем, что методы измерения эффективности фиксируют в первую очередь поведенческие изменения у пациентов, а не количество или качество инсайтов, пережитых ими в ходе терапии. Еще одно возможное объяснение: подавляющее большинство подобных исследований проводится психотерапевтами, которые придерживаются именно когнитивно-бихевиоральной ориентации, поэтому неудивительно, что результаты интерпретируются в пользу «родного» направления. Однако более интригующим итогом исследований представляется именно обнаруженная незначительность различий в эффективности психотерапевтических школ, столь разных по своим теоретическим и методическим основаниям. Для объяснения этого факта предлагаются альтернативные гипотезы: в действительности наблюдаются различные исходы терапии, которые, однако, не улавливаются применяемыми исследовательскими стратегиями; различные терапии включают в себя определенные, общие для всех компоненты, оказывающие лечебное воздействие, хотя они не занимают центрального места в теоретическом обосновании психотерапевтического изменения каждой из школ. В настоящее время ни одну из этих гипотез невозможно полностью ни доказать, ни опровергнуть. Пожалуй, наибольшее число сторонников собрала альтернатива, предполагающая наличие общих факторов, присущих всякому психотерапевтическому подходу. К ним, в первую очередь, относятся: теплота и поддержка; внимание к пациенту; надежность психотерапевта; некоторая доля суггестии; ожидание улучшения и запрос на улучшение.

Среди общих факторов наиболее исследованы, так называемые, «необходимые и достаточные условия» личностного изменения пациента, выявленные в рамках клиент-центрированного подхода: эмпатия, позитивное отношение, ненавязчивая теплота и конгруэнтность (подлинность) психотерапевта. Практически все школы психотерапии признают, что данные характеристики отношения терапевта к пациенту эффективного лечения и являются также фундаментальными в построении терапевтического альянса.

М.Лэмберт и А.Бергин (M.Lambert, A.Bergin) предлагают следующий перечень общих факторов, сгруппированных в три категории (поддержка, научение, действие), связанных с успешным исходом психотерапии: катарсис; снятие напряжения; теплота; уважение; принятие; эмпатия; аутентичность терапевта; принятие проблематичного опыта; корректирующий эмоциональный опыт; поведенческая регуляция; тестирование реальности.

В последнее время все более очевидно, что определенные личностные качества пациента играют существенную роль в формировании терапевтических отношений и влияют на исход терапии. Х.Страпп (H.Strupp) сообщает о четырех сериях исследований, в каждом из которых два пациента проходили краткосрочную терапию у одного и того же психотерапевта, причем один из пациентов демонстрировал значительный прогресс, а терапия второго была оценена как неудачная. Эти сообщения являются частью обширного исследования с использованием различных методов измерения эффективности психотерапии и анализа взаимодействий между пациентом и терапевтом. В упомянутых случаях пациентами были студенты колледжа (мужчины), страдавшие от тревожности, депрессии, социальной отстраненности. Все терапевты, принимавшие участие в исследовании, обладали достаточно хорошими профессиональными навыками, однако межличностные отношения с каждым из двух пациентов оказывались весьма различными. В восьми полученных отчетах (по два от каждого терапевта) пациент, достигший значительного успеха, характеризовался как более ориентированный на построение значимых отношений с терапевтом и действительно сумевший это сделать, тогда как «неуспешный» пациент не сформировал отношений с терапевтом и был склонен взаимодействовать на более поверхностном уровне. Благодаря исследовательскому дизайну вклад психотерапевта в обоих случаях можно было считать более или менее константным, что позволяло приписать различия в результатах терапии переменным, привнесенным пациентами. Сюда можно отнести такие факторы, как организация пациента, зрелость, мотивация, способность активно включиться в предлагаемый межличностный процесс. Страпп подчеркивает, что опыт прошлых межличностных отношений пациента играет важную роль для достижения им значимых изменений в ходе терапевтического взаимодействия. К сходным результатам приходят также Л.Люборски, Д.Кросс и П.Шихэн (D.Cross, P.Sheehan), К.Моррис и К.Сакермэн (R.Morris, K.Suckerman) и ряд других.

В последние годы проявляется тенденция не столько к сопоставлению эффективности различных психотерапевтических направлений в целом, сколько к рассмотрению возможного воздействия конкретной терапевтической техники на конкретное

психическое нарушение независимо от исходного общетеоретического направления. В результате этих исследований, с одной стороны, подтверждается ведущая роль «неспецифичных» компонентов психотерапии; а с другой - удается обнаружить некоторые специфичные факторы (например, в случае лечения депрессии в контексте когнитивно-бихевиорального направления важным моментом является новый способ описания проблемы, предлагаемый терапевтом, а также постоянная «обратная связь» от терапевта к пациенту относительно продвижения последнего). В целом, изучение эффективности психотерапии позволяет прийти к ряду выводов, имеющих значение для ее теории и практики, а также для дальнейшего развития исследований (Калмыков Е.С., Кэхеле Х., 2000):

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

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

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

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

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

6. Необходимо иметь в виду, что за усредненными показателями улучшения состояния пациентов в результате психотерапии скрываются весьма существенные индивидуальные различия. Одной из детерминант этих различий является личность самого психотерапевта, еще одной – личность пациента; совершенно очевидно, что не всем можно помочь и не все психотерапевты эффективно работают с любым пациентом. Из этого следует, что есть потребность в более тщательном анализе взаимосвязи между процессом и результатом психотерапии, основывающемся не только на клинических суждениях, но и на систематическом сборе эмпирических данных.

Методы исследования психотерапевтического процесса в целом и - более узко-психотерапевтического взаимодействия можно классифицировать в соответствии со следующими категориями измерений: методы прямого - непрямого измерения; фокус анализа; перспектива анализа; изучаемый аспект процесса, тип шкалирования, теоретическая ориентация. Прямые методы кодируют или оценивают поведение в ходе реальных сессий или их записей (транскрипты, аудио- или видеозаписи); это обычно делают эксперты или судьи. Непрямые методы – это опросники, заполняемые, как правило, сразу после сеанса непосредственными участниками терапевтического процесса и характеризующие их состояние в ходе сеанса. Фокусов анализа может быть три: пациент, терапевт, диадное взаимодействие. Под перспективой анализа понимается точка зрения, позволяющая описывать психотерапевтический процесс – терапевта, пациента или же «независимого» эксперта. Раньше предполагалось, что эксперты могут судить о процессе терапии объективно, поскольку они не задействованы в нем лично. В настоящее время нет сомнений в том, что эксперты могут быть не менее пристрастны, чем непосредственные участники взаимодействия, однако их пристрастия не обусловлены включенностью в процесс. При шкалировании используются чаще всего шкалы типа Ликертовских: пяти-, семи- или

девятибалльные. Другой способ описания – категориальная кодировка, когда все данные квалифицируются в соответствии с некоей системой категорий. Наконец, время от времени применяется Q-сортировка, при которой эксперты оценивают психотерапевтический процесс в категориях, распределенных по оценочной шкале. Теоретическая ориентация, в рамках которой создавался метод, может существенно ограничивать возможности его применения для каких-либо других видов психотерапии. Здесь важно учитывать методологический принцип конгруэнтности «проблема-лечение-результат»: вразумительность исследования психотерапии определяется изоморфизмом или конгруэнтностью наших понятий относительно клинической проблемы, процесса терапевтического изменения и клиническим результатом. Наиболее полные описания имеющихся на сегодня методов исследования психотерапевтического процесса представлены в сборниках под редакцией Л.Гринберга и У.Пинсофа (L.Greenberg, W.Pinsof), Д.Кислера (D.Kiesler), Р.Рассела (R.Russell).

Метод, направленный на анализ взаимодействий между психотерапевтом и пациентом, разработанный Л.Бенджамин - САСП – Структурный анализ социального поведения (по-английски SASB – Structural Analysis of Social Behavior) широко используется для изучения интеракций между пациентом и психотерапевтом в индивидуальной и семейной психотерапии. САСП основывается на так называемой циркулярной модели социального поведения, предложенной Т.Лири и получившей дальнейшее развитие в трудах Д.Кислера. Согласно этой модели, межличностное поведение можно описать в рамках одной плоскости, на которой задаются две оси: ось аффилиации (любовь-ненависть) и взаимозависимости (независимость-контроль). Модель Л.Бенджамин, предлагает различать три плоскости вместо одной в соответствии с фокусом внимания интеракции: любая интеракция либо может быть направлена на партнера (транзитивный фокус), либо является ответной реакцией на предшествующую интеракцию партнера (интранзитивный фокус), либо может выражать состояние собственного «Я» субъекта (интроективный фокус). Межличностная теория, на которой базируется САСП, восходит к Г.Салливану (H.Sullivan). Согласно его точке зрения, личностная концепция «Я» вытекает из тех оценок, которые индивидуум получает в течение своей жизни со стороны значимых для него людей. Тем самым, личность понимается как результирующая субъективно интернализованных прошлых отношений, которая постоянно формируется. На этой базе Бенджамин разработала единую динамическую модель межличностного взаимодействия и интрапсихических функций, включающую в себя сензитивную и, в то же время, удобную технологию соответствующих измерений. Для

прогнозирования индивидуального поведения она стремится в первую очередь понять мироощущение субъекта. Структурный анализ социального поведения (САСП) выходит за грань вышеупомянутых плоскостных круговых моделей, различая в каждом коммуникативном акте с помощью разных фокусировок (с точки зрения действующего лица) три плоскости межличностного взаимодействия: транзитивную (активную), нетранзитивную (реактивную) и интроективную. Благодаря различению трех плоскостей межличностного взаимодействия, в особенности активного (транзитивного) и реактивного (интранзитивного) фокусов, т. е. в зависимости от направленности коммуникативных действий, метод САСП решает хроническую проблему простых круговых моделей. В них, например, стремление доминировать над другими людьми противоположно желанию подчиняться; при этом оба качества - активность и реактивность оказываются на одном и том же полюсе контрольного измерения. Лишь различение коммуникативной направленности (фокуса), вводимое в САСП, позволяет избежать смешения активного и реактивного измерений человеческого общения, благодаря чему теперь можно сформулировать дифференцированные транзактные концепции комплиментарности, антитезы и т.д. САСП - это не простой «тест», а система, с помощью которой мы можем моделировать и анализировать межличностные транзакции, непосредственно увязывая их с Я-концепцией рассматриваемого человека. Поэтому она особенно подходит для поддержания и понимания текущих терапевтических процессов. С точки зрения теории общения принято различать аспекты содержания и отношения в отдельном коммуникативном акте. САСП, в принципе, подходит для анализа обоих аспектов, но все же, в основном, его применяют при изучении аспекта построения отношения и отвечая на вопрос: «Кто, как и к кому относится и как тот, в свою очередь, на это реагирует?» Ориентация на процесс построения отношений означает, что методика должна выявлять и кодировать межличностные интеракции между участниками. Кодирование таких интеракций по САСП производится феноменологически по наблюдаемым проявлениям, не допуская спекулятивных теоретических заключений о неосознаваемой «сути происходящего», которая якобы раскрывается в определенной сцене. Благодаря этому при правильном понимании и применении метод САСП оказывается нейтральным по отношению к отдельным психотерапевтическим школам и именно поэтому предлагает им универсальный язык общения. Психоаналитики и поведенческие терапевты могут таким образом обмениваться мнениями с научной точностью без необходимости делать скидку на неприемлемые теоретические предпосылки позиций оппонента. Это означает, что применение САСП позволяет

осуществить методологический принцип конгруэнтности «проблемы-лечения-результата», обеспечивающий релевантность, валидность и сопоставимость получаемых данных. Особо продуктивным оказывается этот метод при изучении различных составляющих психотерапевтического процесса.

В исследовании У.Генри, Т.Шлахта и Х.Страппа (W.Henry, T.Schlacht, H.Strupp) было показано, что один и тот же психотерапевт, выстраивая различные межличностные отношения с тем или иным пациентом, может достичь успеха или потерпеть неудачу в терапии в целом; факт, что межличностный процесс коррелирует с успешностью терапии, подтвердился для различных психотерапевтических направлений. В успешных случаях психотерапевт проявляет по отношению к пациенту больше affiliативного контроля и affiliативной автономии и существенно меньше враждебного контроля; пациент же демонстрирует в большей степени дружескую дифференциацию и в меньшей – враждебную сепарацию по отношению к психотерапевту. Далее, для успешных случаев характерны большая позитивная комплиментарность взаимодействий психотерапевта и пациента, когда оба участника коммуникации действуют в дружеской манере, и значительно меньшая негативная комплиментарность (один дружелюбен, другой – враждебен), чем для неуспешных случаев. САСП, благодаря плоскости интроекта, т.е. структуры, содержащей комплекс представлений о себе и средства саморегуляции, дает возможность также анализировать внутриличностную динамику пациента в связи с текущим интерперсональным процессом. С теоретической точки зрения именно изменение интроекта по направлению к большей адаптированности позволяет пациенту прийти к разрешению «проблемы» и детерминирует успех психотерапии. Исходя из этого, можно ожидать, что интернализация позитивного межличностного процесса обеспечит позитивное же изменение интроекта пациента, и наоборот; эта гипотеза также была подтверждена в другом исследовании. Более обобщенное представление о возможностях изучения психотерапевтического процесса, предоставляемых методом САСП, сформулировано в работе У.Генри: САСП позволяет операционализировать психодинамические конструкты и понятия таким образом, что они становятся доступными для исследования в рамках принципа конгруэнтности «проблема-лечение-результат». Это открывает путь к сопоставлению различных видов психотерапии, к построению интегративной модели психотерапии и в конечном итоге - к пониманию механизмов изменений пациентов, возрастанию эффективности и успешности психотерапевтического воздействия в целом.

Проводя обзор общего состояния научных исследований по проблеме эффективности психотерапии, необходимо адекватно оценить трудности в

организации и проведении данных испытаний для возможностей создания перспектив научных исследований по данному направлению.

Определение эффективности психотерапевтического воздействия, так же, как и измерение личностного роста пациента, является актуальной проблемой, как в академической, так и в прикладной психологии. Процедура оценки эффективности психотерапевтического воздействия не только позволяет доказать состоятельность теоретических основ метода, но и выступает базой для самосовершенствования профессионала и должна являться необходимым критерием профессиональной подготовки психотерапевта. Благодаря исследованиям, мы всё больше узнаём о причинах и механизмах личностных изменений в процессе терапии и о самих изменениях. Психотерапевтический процесс познаваем и может быть подвержен объективной оценке, поскольку развивается «по предсказуемой и упорядоченной схеме», «характеризуется единством и последовательностью» (Роджерс, 1999).

Одна из сложностей исследования психотерапии - это необходимость проверить, действительно ли личностные изменения, по времени совпадающие с курсом психотерапии, являются следствием оной, а не являются продуктом иных воздействий. В то же время было важно доказать, что одной лишь мотивации к изменению недостаточно для самих изменений, что и было успешно доказано в исследованиях Роджерса и его коллег.

Изучение эффективности психотерапии затруднено, с одной стороны, спецификой объекта исследования, с другой, некоторым ограничением возможностей исследователей в организации эксперимента. Так, одна из тенденций, просматриваемых в исследованиях эффективности психотерапии, заключается в том, что исследования часто проводятся на лицах со слабовыраженной симптоматикой (студенты, добровольцы). Подобный отбор испытуемых для исследований вносит смущающий фактор в достоверность доказательств преимущества одного вида психотерапии над другим.

Исследования эффективности психотерапии и сравнение эффективности различных подходов, затрудняются тем, что термин «эффективность психотерапии» имеет несколько интерпретаций. Важно разграничивать «эффекты терапии» и «эффективность терапии». Ряд исследователей эффективностью психотерапии считают скорость и глубину изменений в личности пациента, а эффектами - изменения, которые достигаются в результате применения психотерапевтического метода, не обязательно соответствующие целям терапии. Например, если целью в клиент-центрированном подходе выступает рост самопонимания клиента, а в проблемно-ориентированном подходе - разрешение проблемы, то сравнение эффективности этих подходов по преодолению проявлений депрессии будет

неадекватным, поскольку для клиент-центрированного подхода - преодоление депрессии - эффект, но не цель, а для проблемно-ориентированного подхода - это цель.

Психотерапевт директивного стиля фокусируется на проблеме, выражаемой клиентом, и выстраивает цели в контексте проблемы/диагноза. Следовательно, успешным решением проблемы будет являться редукция или устранение симптомов. Недирективный психотерапевт ориентирован на изменения клиента и формулирует цели вне рамок проблемы, в контексте развития личности в целом, при этом личностные изменения и ресурсы пациента позволяют нивелировать проблему. Эффективность в данном случае интегрируется из следующих факторов: 1) осознание своего отношения к реальной ситуации, 2) навык выбора адекватного способа адаптации к внешней среде, 3) способность эффективно справляться с проблемами в дальнейшем, имея позитивный опыт самостоятельного решения проблем.

При сравнении эффективности различных подходов психотерапии легче доказать эффективность методов, целью которых является устранение симптома, обучение новым формам поведения, чем эффективность клиент-центрированной психотерапии, где целью выступает достижение самостоятельности, интегрированности, самопонимания клиента.

Многочисленные исследования, разнообразие и противоречивость полученных результатов, с одной стороны, и единственный способ развития психотерапии как науки посредством исследований, с другой, обеспечивают возможность продвижения в направлении научных теорий и гипотез. Только благодаря исследованиям возможно увеличение объема валидного знания и достоверных статистических доказательств в области изучения эффективности психотерапии.

На современном этапе изучение терапии охватывает следующие задачи: 1) эмпирическое обоснование методов лечения; 2) изучение механизмов изменений в процессе психотерапии.

В большинстве эмпирических исследований психотерапии лечебные группы сравниваются с контрольными, т.е. с группами пациентов, которые не подвергались психотерапии, или пациентов, проходивших лечение другими методами. Распределение пациентов в контрольную или терапевтическую группы проводится методом случайной выборки. L.Luborsky, B.Singer опубликовали первичный мета-анализ ряда исследований и показали, что положительный эффект психотерапии достоверно отличается от спонтанной ремиссии. Изучая следующее направление - сравнительную эффективность различных видов психотерапии, L.Luborsky, B.Singer проанализировали некоторые исследования, в которых сравнивали результаты эффективности

различных видов психотерапии простым числом преимуществ, т.к. статистические методы сравнения в то время были еще недостаточно разработаны. Авторы не обнаружили статистически достоверной разницы в эффективности исследуемых психотерапевтических подходов. Их резюме было: «Everyone has won and must have prizes» («все выиграли и всем положен приз»).

K.Grawe с сотрудниками опубликовали свой фундаментальный мета-анализ, выдающийся своим качеством и количеством исследованных работ, посвящены тщательному анализу эмпирических исследований эффектов и эффективности психотерапии. В своей книге «Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession» («Психотерапия в процессе перемен. От конфессии к профессии») K.Grawe отразил данные систематического обзора и интегральные выводы, охватывающие все опубликованные до 1984 года исследования с приемлемым научным уровнем (наличие проводимой терапии достаточно высокого профессионального уровня, статистическое сравнение групп пациентов), их оказалось 3500. После тщательного отбора осталось 897 источников, которые являются совокупностью научно приемлемых исследований психотерапии взрослых пациентов, опубликованных в течение 30 лет. Гуманистические, психодинамические, психоаналитические методы комплексно исследовались 153 раза. Когнитивно-поведенческие подходы изучались в 452 исследованиях; интерперсональные методы – в 63; методы расслабления (релаксации) – в 66; аутогенная тренировка – в 14; гипноз – в 19; медитация – в 15. Всего 114 исследований; эклектические и комплексные методы присутствовали в 22 исследованиях. В рамках данного глобального исследования в качестве критериев оценки эффективности психотерапевтических методов использовались следующие параметры: 1) глобальная оценка успеха; 2) индивидуально-дифференцированная проблематика или симптоматика; 3) общие формулировки проблематики или симптоматики членов групп; 4) остальные параметры самочувствия; 5) изменения в личности и способностях; 6) изменения в межличностных отношениях; 7) изменения в использовании свободного времени; 8) изменения в работе или профессии; 9) изменения в сексуальной области; 10) изменения по психофизиологическим параметрам. С помощью почти 1000 признаков оценивалось научное качество всех исследований по следующим критериям:

1. Клиническая значимость. Положительными считались следующие признаки: тяжелые расстройства; пациенты сами обращались за помощью; опытные психотерапевты, идентифицирующие с методом лечения; разнообразие измеряемых параметров, включая индивидуально-дифференцированную симптоматику. Отрицательными считались:

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

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

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

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

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

6. Качество и разнообразие статистической обработки. Положительными признаками считались: разнообразие статистических результатов; зависимости между параметрами эффектов; зависимости между параметрами эффектов и другими признаками пациентов, психотерапевтов и видов терапии. Исследование зависимостей между эффектами психотерапии и процедурными особенностями – процессами терапии.

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

8. Значимость для показаний. Отрицательными признаками считались: недостаточная информация о пациентах, методах исследования и др. Положительные признаки: экспериментальные изменения,

касающиеся сопоставляемых методов; соотносятся не только изменения параметров, но и их отклонения; информация об оптимальном действии разных методов на разные расстройства у разных пациентов.

Как уже указывалось, изучение эффективности психотерапевтических методов основывалось на 897 значимых исследованиях, проведенных до 1993 года, но не всех опубликованных, которые включены в мета-анализ. Такие методы как эйдетическая терапия, терапия по Юнгу, логотерапия, нейролингвистическое программирование, терапия поэзией, первичная терапия по Янову, ребефинг, трансцендентальная терапия и многие другие экзотические методы не исследовались на научно приемлемом уровне. Индивидуальная терапия по Адлеру, транзактный анализ не исследовались, или исследования не имеют достаточного уровня достоверности. Не очень убедительны исследования эффективности терапии искусством, танцевальной или музыкальной терапии, однако, в настоящее время музыкальной терапией интересуются серьезные исследователи, которые начинают ее изучать. Все три вида психотерапии достаточно часто используются в сочетании с основной психотерапией. На таком же уровне научных исследований находятся и прогрессивная релаксация, аутогенная тренировка, психодрама, гипнотерапия и йога; эти методы исследовались, но чаще применяются в сочетании с ведущей психотерапией. Гештальт-терапия изучалась только в 7 исследованиях, но из них видно, что она эффективно действует на довольно широкий диапазон параметров.

По мнению К.Grawe и соавторов данное исследование психотерапии является самым крупным, тщательным, убедительным и длительным среди прочих научных работ. Оно в естественных условиях проводилось крупнейшими исследователями психоанализа в США. Были отобраны 22 пациента для группы долговременного психоанализа и 20 пациентов для группы поддерживающей психоаналитической психотерапии; до конца лечения ни пациенты, ни психотерапевты не знали о том, что их терапию исследовали (метод слепого контроля). Результаты представлены в таблице.

Исследование в клинике К.Menninger показало, что многолетним психоанализом достигаются хорошие результаты у 40% пациентов и умеренное улучшение у 20%; лучшие результаты, однако, достигаются и другими методами со значительно (в 10-20 раз) меньшими затратами. Необходимо отметить, что у 40% пациентов совсем не наступило улучшения в течение нескольких лет. Неуспешные 11 пациентов (26%, см. табл.) не просто были неуспешными – 6 из них умерли; по мнению исследователей, суицид был связан с психоанализом; у 3 пациентов возник психоз, что было связано, по мнению исследователей, с отношениями к психотерапевту; у остальных 2 пациентов неудачи не

Результаты катамнеза раскрывающего психоанализа и поддерживающей психотерапии 43 пациентов в клинике K.Menninger

Результат	Раскрывающий психоанализ		Поддерживающая психотерапия	
	число пациентов	%	число пациентов	%
Значительное улучшение	8	36	9	45
Умеренное улучшение	5	23	3	15
Сомнительное улучшение	3	14	3	15
Отсутствие улучшения	6	27	5	25
Всего:	22	100	20	100

были обусловлены ятрогенными расстройствами. Несмотря на то, что во время последнего катамнеза 5 пациентов нуждались в продолжение терапии (т.е. до 28 лет непрерывной психотерапии), исследователи считали, что у 2-х из них уже отмечено хорошее продвижение и у 2-х - тенденция к улучшению; у пациентки с агорафобией последняя исчезла в течение более чем 25 лет. (Пациентка, скорее всего, могла избавиться от фобии с помощью 20 сессий поведенческой психотерапии). K.Grawe и соавторы резюмируют результаты исследований следующим образом: положительных показаний для долговременного психоанализа нет, а отрицательные - есть: у пациентов с более выраженной симптоматикой возникает опасность ятрогенных эффектов.

Другие исследования включали 10 испытаний интерперсональных методов, в том числе интерперсональной терапии по Клерману и Вейсману, которые охватывают почти 1000 пациентов с депрессией или с нервной булимией. Данная психотерапия является относительно новым подходом, который концентрируется на межличностных отношениях, однако, научный уровень исследований, начавшихся лишь десятилетие назад, высок, и результаты психотерапии оказываются весьма доказательными.

Поведенческие методы терапии семейных пар исследовались в 29 испытаниях; они включают ряд поведенческих приемов, в том числе тренинг интеракции и коммуникации. Интерперсонально-ориентированный подход системной семейной терапии (V.Satir, S.Minuchin, J.Haley и др.) изучался в 8 исследованиях. Эти методы направлены на анализ отношений между пациентами и их близкими, успешно приобретенные навыки альтернативных отношений часто приводили к редукции симптоматики.

Тщательно подвергались исследованию психоаналитическая психотерапия и краткосрочный психоанализ: психоаналитическая психотерапия в 12 испытаниях среднего научного качества, при средней длительности терапии в 14 месяцев и 57 сессий; краткосрочный психоанализ в 29 исследованиях

высокого научного качества, средняя длительность лечения - 14 месяцев и 16 сессий. Результаты исследований выявили, что психоанализ уменьшал симптоматику у пациентов с мало выращенными невротическими и личностными расстройствами; межличностные отношения улучшались как результат групповой, а не индивидуальной психотерапии; общее самочувствие улучшалось только после длительной терапии или после окончания лечения; имел низкую эффективность лечения пациентов со страхами, фобиями и психосоматическими расстройствами.

Разговорная психотерапия по Роджерсу, показанная для лечения невротических расстройств, алкоголизма, шизофрении, часто используемая в сочетании с методами поведенческой психотерапии, исследовалась в 35 работах высокого научного качества с различными переменными. Средняя продолжительность лечения составляла от 20 до 33 сессий. Результаты исследований показали, что терапия по Роджерсу уменьшает симптоматику; улучшает общее самочувствие; способствует личностному росту пациентов; а в групповой психотерапии улучшает межличностные отношения. Однако имеется ссылка, что пациенты с социальными страхами и нуждающиеся в указаниях и руководстве, хуже поддаются психотерапии по Роджерсу.

На основе психологии поведения развивались приемы модификации поведения - методы поведенческой психотерапии, а затем новые когнитивные методы лечения. По мнению психодинамических психотерапевтов когнитивно-поведенческие методы являются поддерживающей, а не раскрывающей терапией. Они отличаются от гуманистических и психодинамических тем, что при разных расстройствах показаны дифференцированные методики, которые создавались на основе исследования эффектов и подтвержденных теорий. Ввиду многогранности проявлений проблем пациента, которые взаимно поддерживаются (например, алкоголизм - дефицитом в социальной сфере и депрессией), в лечении применяется сочетание различных методик. Методы когнитивно-поведенческой психотерапии

развивались в зависимости от результатов эмпирических исследований действующих факторов, эффектов и эффективности, отсюда число таких исследований велико - 452 источника.

Методика систематической десенсибилизации анализировалась в 56 испытаниях на высоком научном уровне. Результаты исследования показали, что специфические страхи, например, социальные и сексуальные фобии хорошо поддаются лечению; чем выше был уровень фобии в ситуации, тем выраженнее наблюдался терапевтический эффект, в частности, в отношении страхов перед экзаменами. У пациентов с многообразными страхами: агорафобией, с общим состоянием боязни, при наличии проявлений депрессии эффективность лечения была не так успешна. Десенсибилизация часто комбинируется с другими поведенческими методами. Наиболее эффективными при многообразных страхах, включая панические, являются методики конфронтации с ситуациями страха; они исследовались в 62 испытаниях с хорошим научным уровнем. Различают три вида конфронтации: постепенная конфронтация в реальных ситуациях (*in vivo*), усиленная конфронтация в реальных ситуациях (*flooding*) и усиленная конфронтация в воображении (*имплозия*). Конфронтационные методики в реальных ситуациях, применявшиеся при фобиях, панических и навязчивых состояниях, а также имплозия при лечении больных алкоголизмом, психозами и депрессией показали высокую эффективность лечения. Длительность терапии составляла 20 сессий в течение 20 недель, отдельные сессии длились более двух часов. Конфронтация в воображении - менее эффективный метод: результаты показали уменьшение симптоматики у пациентов терапевтических групп в 60% в сравнении с контрольными группами, где результаты лечения были значительно ниже. Такие методы как имплозия и десенсибилизация недостаточно эффективны при лечении агорафобии и специфических фобий. Анализ сравнения с другими методами показал, что конфронтация в реальных ситуациях имеет терапевтические преимущества и дает лучший лечебный эффект, чем медикаменты (бета-блокаторы).

Тренинг социальной компетентности совершенствует социальные возможности пациентов в трудных ситуациях с помощью ряда методик: постепенное научение по модели, ролевая игра, дифференцированное подкрепление, поведенческие упражнения и пр. Эффекты и эффективность тренинга исследовались в 74 работах на материале 3400 пациентов на высоком научном уровне. Участники тренинга имели следующие симптомы: выраженная неуверенность в себе, социальные фобии, другие нервно-психические расстройства (психозы, алкоголизм, срывы или болезненные реакции вследствие тяжелых семейных, профессиональных, социальных переживаний, катастроф, пыток,

инвалидности и т.д.). Условия исследования позволяли сочетать тренинг с когнитивными и поведенческими методами или применением медикаментов. Длительность тренингов в среднем составляла 6-15 сессий, а в 15 исследованиях - 40 сессий. Результаты исследования показали высокую эффективность тренинга: во всех исследуемых группах у пациентов значительно возросла уверенность, появились навыки преодоления социальных страхов, улучшилось положение в социальной и профессиональной сферах, общее самочувствие, в 50% тренинг был эффективен при депрессиях, мигрени, сексуальных расстройствах. Тренинг социальной компетентности благотворно влиял на межличностные отношения пациентов с алкоголизмом. Эффективность тренинга была еще выше в сочетании с когнитивными методами терапии.

Эффективность когнитивной терапии изучалась с 1977 года в 16 исследованиях на высоком научном уровне. Длительность терапии составляла от 4 до 24 недель. В 7 исследованиях проводилось меньше 10 сессий. Результаты исследования показали, что во всех группах измеряемые параметры (симптоматика, личность, общее самочувствие) значительно улучшились в сравнении с контрольными группами непосредственно после терапии и по данным катамнеза. В трех исследованиях эффективность когнитивной терапии при лечении депрессий сравнивалась с медикаментозной, и было установлено, что когнитивная терапия значительно эффективнее. В двух исследованиях из трех при сравнении когнитивной терапии с психоаналитической был доказан значительно лучший терапевтический результат первой.

P.Lewinsohn предлагал при лечении депрессии использовать методику порочного круга из пассивности, недостатка положительных, радостных переживаний с парализующей депрессией, рекомендовал систематически перестраивать, стимулировать или восстанавливать активность, предприимчивость пациента разными поведенческими методами. Исследовалась и подтверждалась эффективность данной методики 17 раз с числом сессий не более 16. Начиная с 70 годов, развивались эффективные подходы к лечению депрессий. Данный процесс продолжается и сегодня, интегрируя и дополняя различные подходы, например, M.Hautzinger и соавторы синтезировали подходы P.Lewinsohn и A.Beck в лечении депрессий.

Эффективность гипноза изучалась в 19 работах на среднем научном уровне. По результатам исследований хороший эффект в сравнении с контрольными группами отмечался у пациентов с болями, психосоматическими расстройствами и бессонницей. Улучшение других параметров (самочувствие, проблемы личности) наблюдалось редко.

Аутогенная тренировка исследовалась в 14 работах на хорошем научном уровне. Ее эффективность

оказалась неожиданно невысокой. Меньше чем у половины исследуемых групп уменьшилась симптоматика. В 6 сравнительных исследованиях только в двух группах лечение дало более успешные результаты, чем в контрольных, а в 13 других исследованиях, где анализировалась сравнительная эффективность с другими релаксационными методиками, аутогенная тренировка в 5 раз оказалась менее эффективна в отношении редукции симптоматики и только 1 раз более эффективна в сравнении с другими методиками.

Таким образом, К. Grawe и соавторы провели мета-анализ результатов 41 исследования по изучению сравнительной эффективности различных видов психотерапии, включающих не менее 6 сессий и 3 параметров эффектов и опубликованных до 1991 г. Было выявлено, что сравнивались те методы психотерапии, которые хорошо изучались: разговорная психотерапия по Роджерсу, психоанализ, семейная психотерапия (системная и поведенческая), поведенческая терапия. Эффективность сравнивалась различными статистическими методами, и независимо от выбранного метода, было выявлено, что раскрывающие подходы психотерапии, с помощью которых анализируются причины возникновения проблемы, по степени эффективности не отличаются друг от друга. Поддерживающие подходы семейной и когнитивно-поведенческой психотерапии, помогающие преодолевать жизненные проблемы, по степени эффективности также сопоставимы, но гораздо более эффективнее, чем раскрывающие подходы. Показатель степени достоверных различий был выше при использовании многообразных параметров исследования для статистического сопоставления. Для этого использовался мета-аналитический статистический индекс эффективности психотерапии, обозначаемый термином «сила эффекта», который отражает стандартизированные различия эффективности лечения пациента терапевтической группы в сравнении со «средним» пациентом контрольной группы или группы, проходящей другую терапию, включая сопоставления по всем измеряемым параметрам. Используя мета-аналитический статистический индекс, К. Grawe доказал, что эффект психоаналитической терапии выше, чем в контрольных группах, где пациентам проводилась диагностика и мотивация на терапию. Показатель «силы эффекта» при лечении поведенческими методами терапии был в два раза выше, чем при психоаналитической психотерапии.

Обобщение: К. Grawe и сотрудники опубликовали свой фундаментальный мета-анализ - выдающийся своим качеством и количеством исследовательских работ, посвященных тщательному анализу эмпирических исследований эффектов и эффективности психотерапии, где отразили данные систематического обзора и интегральные выводы: поведенческие, поддерживающие методы

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

Другое научное направление в аспекте изучаемой проблемы - это взаимоотношения врача и пациента, и влияние данного процесса на эффективность психотерапии.

Многие авторы оценивают психотерапевтический контакт как важный лечебный фактор, определяющий нередко успех психотерапии. Развитие научных представлений о терапевтическом значении взаимоотношений между врачом и больным шло параллельно с эволюцией психотерапии как метода психического воздействия врача на больного.

В отделении неврозов и психотерапии (руководитель - проф. Б.Д. Карвасарский) научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева проведено научное исследование, целью которого явилось клинико-психологическое и экспериментально-психологическое исследование особенностей формирования психотерапевтического контакта между врачом и больным и его влияния на оптимальность и эффективность психотерапевтического процесса при лечении неврозов. Для проведения данного исследования была разработана специальная экспериментально-психологическая методика.

Результаты исследования: Все больные в образе <идеального> врача прежде всего отмечали личностные свойства, отражающие эмоциональное отношение врача к больному. Доминирование характеристик, описывающих <сопереживающее> (эмпатическое) отношение врача к больному, позволило определить эмоциональный тип эталона врача как <сопереживающий>. При умеренной выраженности данной характеристики эталон врача условно обозначался как <эмоционально-нейтральный>. Наличие или отсутствие у врача волевых качеств, указаний больных на руководящую роль врача в контакте дополняло характеристику <идеального> врача двумя вариантами, условно названными <директивный> и <ндирективный>.

<Сопереживающий> тип эталона врача чаще указывался больными истерией (81%). Этот выбор может быть связан с повышенной потребностью больных истерией в понимании и признании их окружающими. Сопереживающий вариант в сочетании с директивностью предпочитали больные

неврозом навязчивых состояний (70%). Данный выбор был обусловлен тем, что больные нуждались в управлении ими. В нем отражались надежда избавиться, от нерешительности с помощью доброжелательной и сильной личности врача. <Эмоционально-нейтральный> тип врача больше импонировал больным неврастенией (54%) вследствие повышенной потребности их в приобретении такого качества, как самообладание.

Было проведено сравнение избранных больными эталонов врача с характеристиками других реальных лиц с тем, чтобы определить, какому из образов окружающих больного людей приближается эталон врача. Установлено, что у большинства больных этот эталон бывает сходен с описанием некоторых наиболее авторитетных для них лиц (мать, учитель и т.д.). Изучение эталонов лиц, наиболее сходных с эталоном врача, позволило рассмотреть вопрос о долевой характеристике <идеального> врача и выделить две ее разновидности: тип руководителя, выбранный 63% больных, и тип партнера. Образ врача в определенной мере был связан с установкой больных в отношении предстоящего лечения. Больные, ожидающие тщательного обследования, точного диагностического заключения, разъяснения, обучения способам преодоления болезни, были преимущественно ориентированы на <эмоционально-нейтрального> врача. Наиболее распространен этот тип установки был, как мы уже сказали, среди больных неврастенией. Больные с установкой на сочувствие, понимание и поддержку в разрешении напряженной ситуации предпочитали <сопереживающего> врача. Такой выбор контакта чаще всего встречался у больных истерией. Больные, ожидающие <магического исцеления> с помощью гипноза или новых лекарств, нуждались во враче-руководителе. Эта установка отражала пассивную позицию больного и была распространена чаще всего среди больных с ипохондрическим синдромом.

Следующим этапом анализа явилось изучение особенностей восприятия врачом и больным друг друга и влияние этого восприятия на формирование психотерапевтического контакта. <Эмоционально-нейтральный> вариант преобладал над <сопереживающим> в характеристиках больными реальными лечащими врачами в отличие от соответствующих соотношений в эталонных представлениях о враче. <Директивный> вариант характеристики врача указывался больными чаще, чем <недирективный>. Больные, в целом, воспринимали лечащего врача одинаково часто в роли, как руководителя, так и партнера. Следует отметить, что больные женщины почти в 3 раза чаще, чем мужчины, описывали лечащего врача как <сопереживающего>. Врач как <эмоционально-нейтральный, недирективный> партнер чаще указывали больные неврастенией. Больные истерией чаще (52%), чем

больные неврастенией (30%), оценивали лечащего врача как <директивного> руководителя. Все больные неврозом навязчивых состояний оценивали своих лечащих врачей в процессе общения с ними как обладающих определенными волевыми качествами. При описании отношения врач - больной распределение ролевых оценок (партнер и руководитель) было относительно равномерным с небольшим преобладанием больных как руководимых. Следует отметить, что в большинстве характеристик таких больных врачи отмечали черты нерешительности, неуверенности, пассивности.

Данные об эффективности психотерапии отражали оценку врачом и больным проведенной работы, результатов их сотрудничества. При анализе материала использовалась специально разработанная шкала. Одним из основных показателей эффективности психотерапии явилась оценка непосредственных результатов лечения (улучшение в симптоматике). Высокая оценка - значительное улучшение (выздоровление) - оказалась наиболее распространенной при <сопереживающем> партнерстве (57%), а низкая - незначительное улучшение (без перемен) - при <эмоционально-нейтральном> (61%). Наилучшим был лечебный эффект у больных неврастенией и относительно хуже - у больных истерией и неврозом навязчивых состояний.

С целью отражения некоторых аспектов проведенной психотерапии был изучен ряд дополнительных критериев эффективности психотерапии.

- во-первых, степень осознания больным психологических механизмов его болезни (высокая степень осознания оказалась наиболее распространенной при <сопереживающем> партнерстве, а в клинических группах - у больных неврозом навязчивых состояний, низкая - при <эмоционально-нейтральном> руководстве и при психопатии);

- во-вторых, степень повышения адекватности в отношении к своему заболеванию, к собственной личности, к окружающим. Преобладание высокой степени выраженности этого показателя при контакте типа <сопереживающего> руководства объясняется тем, что при этой форме контакта часто наблюдалось принятие больным позиции врача. Высокая степень повышения адекватности чаще всего отмечалась у больных неврозом навязчивых состояний;

- изучался также характер эмоциональной реакции больного (уверенность, неустойчивая уверенность, тревога) на выписку из клиники. Чувство уверенности чаще наблюдалось при <сопереживающем> партнерстве (43%), а чувство тревоги - при <эмоционально-нейтральном> (57%). Реже всего тревога отмечена при <сопереживающем> руководстве-партнерстве (9%), что определялось не только улучшением состояния, но и развитием в процессе психотерапии определенной независимости больного от врача.

Общая оценка эффективности психотерапии отражала продуктивность контакта между врачом и больным. Наиболее эффективны <сопереживающее> партнерство (43%) и <сопереживающее> руководство (41%), наименее - <эмоционально-нейтральное> руководство (61%). Следует отметить, что при <сопереживающем> руководстве-партнерстве в отличие от других форм контакта низкая степень эффективности психотерапии не была отмечена ни в одном наблюдении. Это дает основание предполагать, что наряду с <сопереживающим> партнерством данная форма психотерапевтического взаимодействия является наиболее продуктивной.

Таким образом, знание и учет лечащим врачом того, что ждет от него и от предстоящего лечения больной неврозом, а также особенностей их <совместимости>, контролирование как своих эмоциональных реакции, так и реакций больного существенны для формирования соответствующего типа взаимодействия, повышения откровенности и доверительности в контакте, преодоления резистентности больных, т.е. для оптимальной организации психотерапевтического процесса, и тем самым для повышения эффективности психотерапии.

Многие выдающиеся психотерапевты – исследователи изучали проблему эффективности психотерапевтического процесса. Такие успешные психотерапевты, как Р.Бэндлер, Д.Гриндер, В.Сатир выделяют следующие предпосылки эффекта терапии: самостоятельность обращения (т.е. есть надежда на изменения); нужда в помощи (для этого изменения); восприятие терапевта как проводника, с помощью которого осуществляются изменения. Ряд других психотерапевтов обращают внимание на сложности анализа этого эффекта. Так Р.Урсано, С.Зоненберг, С.Лазар говорят о невозможности выработки общих критериев оценки эффективности психотерапии вообще, а речь должна идти о том, какая именно психотерапия является лучшим средством лечения для конкретного пациента с определенным расстройством у такого-то клинициста. Другой психотерапевт, И.С.Лукина, предлагает для оценки эффективности психотерапии анкету - беседу, ориентированную на выявление осознанных изменений клиента до и после терапии, анализ его ожиданий до и после, его самочувствие в процессе психотерапии. Она использует эмоциональный и когнитивный критерии. При этом основной результат – это понимание важности нового опыта для адаптации человека, изменение собственной мотивации, понимание защитных механизмов. А для В.Г.Лукиянова ведущей является гипотеза о качественных сдвигах социально-психологических характеристик личности или группы в процессе работы психолога. Причем эти сдвиги возможны на трех взаимосвязанных уровнях: 1) на внутриличностном уровне (изменения системы «Я»); 2) на уровне межличностного взаимодействия (эффект

социально-психологической адаптации индивида в группе); 3) на уровне межличностного взаимодействия в социуме (коррекция нормативно-ценностной системы индивида). Анализируется исследователями и методика оценки эффективности. С.Кратохвилл для оценки эффективности терапии приводит различные тесты, анкеты, а также метод параллельных групп (группы, проходившие терапию различными методами и ожидающие ее). Он говорит о том, что раньше ведущим критерием эффективности было субъективное мнение клиента. Г.Л.Исурин, Е.В.Кайдановская, Б.Д.Карвасарский, В.А.Ташлыков следующим образом представляют требования к критериям эффективности профессиональной психологической помощи: 1) они должны достаточно полно характеризовать наступившие изменения в трех аспектах (соматическом, психологическом, социальном); 2) должны быть не только объективными, но и допускать самооценку; 3) должны быть достаточно независимы друг от друга. Они выдвигают четыре критерия: 1. Субъективно переживаемое и, по возможности, объективно регистрируемое симптоматическое улучшение. 2. Изменение степени понимания психологических механизмов нарушения. 3. Объективно регистрируемые с помощью наблюдения параметры, характеризующие степень восстановления нарушенных отношений личности. 4. Субъективно определяемая степень улучшения социального функционирования в различных сферах деятельности.

Как показали Слоун и его сотрудники, когда общее состояние больных оценивают внешние наблюдатели, показатель улучшения и в самом деле составляет 75%, будучи одинаковым, для тех, кто подвергался, и для тех, кто не подвергался психотерапии. Но если предложить провести оценку своего поведения самим больным, то из числа подвергавшихся психотерапии, об улучшении своей адаптации сообщили 81% больных, тогда как в группе, не подвергавшихся психотерапии, этот показатель составил всего 44%.

Смит и Гласс проанализировали данные 375 исследований, опубликованных за последние 20 лет. Они сравнили результаты наблюдений за 25000 человек, подвергавшихся терапии, и 25000 человек, которые страдали сходными расстройствами, но никакого лечения не получили. Ученые пришли к выводу, что 75% больных, подвергавшихся терапии, чувствуют себя лучше, чем те, кто обходился без лечения.

Таким образом, эффективность психотерапии является достоверным фактом и современный этап изучения данной проблемы, характеризуется научным обоснованием методологических подходов, специальными технологиями и стандартами процедур проверки эффективности психотерапии.

На практике нередко используются косвенные или «суррогатные» критерии исходов - электрофизиологические, нейропсихологические, биохимические и другие методы, которые позволяют представить квантифицируемые результаты эффективности психотерапии. Однако это должно быть научно доказано клинически значимыми исходами, возможностью обобщать и экстраполировать полученные данные на объект исследования. *Клинически значимыми исходами*, на которые ориентирована доказательная медицина, являются *смертность, инвалидность, выздоровление, качество жизни*, эти критерии важны и для психотерапии.

Для проверки эффективности лечебных и профилактических вмешательств в 80 годы прошлого столетия была создана специальная технология, получившая название *доказательной медицины* (так был переведен англоязычный термин: *evidence based medicine*). Теоретической основой доказательной медицины является клиническая эпидемиология. Достоверность исследования определяется случайной слепой выборкой испытуемых в группы сравнения (слепая рандомизация); достаточной величиной выборки; слепым контролем (в идеале тройным). Стандартом процедуры проверки эффективности вмешательств стали *рандомизированные контролируемые испытания* (РКИ).

Процесс «ослепления» участников испытания устраняет систематическую ошибку субъективной оценки результата. K.F.Schulz с соавторами, проанализировав 250 клинических испытаний, показал, что по сравнению с исследованиями, где процесс ослепления был адекватным, отношение шансов выявления большего эффекта лечения составило: на 41% больше ($p < 0,001$) в испытаниях, где метод ослепления был неадекватен; на 30% больше ($p < 0,001$) в испытаниях, где не сообщалось о способе ослепления; на 17% больше ($p < 0,01$) в испытаниях без применения двойного слепого метода [8]. Рандомизация должна решать проблему разнообразия испытуемых, обеспечивая биологическую полноту генеральной совокупности, на которую переносится полученный результат. Специально проведенные исследования показали, что отсутствие рандомизации или ее неверное проведение приводят к переоценке эффекта до 150% , либо к его недооценке на 90%.

Необходимую численность выборки обеспечивает процедура *мета-анализа* - статистического обобщения нескольких рандомизированных контролируемых испытаний (РКИ) по аналогичным темам. Форма, в которой представляется мета-анализ, называется *систематический обзор* (СО). По мере появления новых данных обзор систематически обновляется и является основным синтетическим инструментом доказательной медицины.

Таким образом, контролируемые испытания и, прежде всего, «золотой стандарт» доказательной

медицины – рандомизированные контролируемые испытания, являются универсальной технологией проверки эффективности и/или безопасности различных форм вмешательств медицинских, парамедицинских и даже немедицинских манипуляций, в том числе психотерапии, фармакотерапии. Обобщение качественно выполненных рандомизированных контролируемых испытаний в виде систематических обзоров (мета-анализов) сегодня занимает первое место среди исследований по степени их научной доказательности.

Важно отметить, что технология РКИ позволяет получить четыре варианта ответов об эффективности вмешательства, т.е. научно обоснованно утверждать, что вмешательство: 1) действительно; 2) бесполезно; 3) вредно; или 4) на сегодняшний день ничего об эффективности данного вида вмешательства сказать нельзя. Последний вариант ответов имеет место, когда исследуемое вмешательство в виду недостаточной численности участников эксперимента, не позволило получить в РКИ статистически значимый результат. С еще большей достоверностью на вопросы об эффективности вмешательств, в том числе психотерапевтических, отвечает систематический обзор обобщения нескольких РКИ, т.е. мета-анализ.

Определенные психотерапевтические методы прошли вышеописанную технологию исследования эффективности, и результаты даны в базах данных систематических обзоров и рандомизированных контролируемых испытаний. Нами представлены некоторые из них:

Индивидуальная психодинамическая психотерапия и психоанализа при лечении шизофрении: мета-анализ трех рандомизированных контролируемых испытаний, 444 участника. Выводы: «Имеющиеся на сегодня данные не позволяют высказаться за использование психодинамической психотерапии для лечения больных шизофренией в стационаре. Необходимо провести клинические испытания психоанализа для лечения больных шизофренией» (таковых не найдено).

Эффективность применения антидепрессантов в сравнении с психологическим лечением и их сочетание в лечении нервной анорексии. 17 РКИ. Некоторые выводы: «Сочетание антидепрессантов и психотерапии эффективнее, чем только психотерапия. Было показано, что больные предпочитали психотерапевтическое лечение медикаментозному. При сочетании психотерапии с лечением антидепрессантами, предпочтение психотерапии уменьшалось».

Гипнотерапия для прерывания курения в сравнении с 14 различными контрольными методами вмешательств при 6-ти месяцах воздержания от курения. Мета-анализ 9 РКИ. Выводы: «Нам не удалось показать, что гипнотерапия имела больший успех в сравнении с другими методами или при отсутствии лечения. Действие гипнотерапии на

прекращение курения, выявленное в нерандомизированных исследованиях, не было подтверждено в РКИ».

Программы групповой поведенческой терапии для прекращения курения. 26 испытаний. Выводы: «Получены доказательные данные о том, что групповая психотерапия эффективнее, чем самопомощь и другие, менее интенсивные виды вмешательств. Для сравнения программ групповой психотерапии с интенсивным индивидуальным консультированием (intensive individual counselling) доказательных данных недостаточно».

Таким образом, с целью исследования эффективности психотерапии необходимо применять методы доказательной медицины с обязательными ссылками на данные систематических обзоров, мета-анализов по рандомизированным контролируемым испытаниям. При условии отсутствия таких данных, необходимо их получить, спланировав контролируемый эксперимент. В противном случае другие доказательства эффективности и/или безопасности психотерапии не являются научно подтвержденными и достоверными.

Литература:

1. Alexander F. Five year report of the Chicago Institute for Psychoanalysis, 1932 – 1937. - Chicago: Institute of Psychoanalysis, 1937
 2. Bergin A. The evaluation of therapeutic outcomes // Handbook of psychotherapy and behavior change / Eds. S.L.Garfield, A.E.Bergin. - N.-Y.: Wiley, 1971. - P. 217-270
 3. Bergin A.E., Lambert, M.I. The evaluation of therapeutic outcomes // Handbook of psychotherapy and behavior change: An Empirical Analysis / Eds. S.L.Garfield, A.E.Bergin. - 2
 4. Bergin A.E., Garfield S.L. (Eds.) Handbook of psychotherapy and behavioral change. - 4
 5. Beutler L.E. Toward specific psychological therapies for specific conditions // J. of Consulting and Clin. Psychology, 1979. - V. 47. - P. 882- 892
 6. Cross D.G., Sheehan P.W. Secondary therapist variables operation in short-term insight-oriented and behavior therapy // British J. of Medical Psychology, 1982. - V. 55. - P. 275-284
 7. Dahl H. Frames of mind // Psychoanalytic process research strategies. / Eds. H.Dahl, H.Kaechele, H.Thomae. - N.-Y., 1988. - P. 51-66
 8. Elliott R. Five dimensions of therapy process // Psychotherapy Research, 1991. - V. 1. - P. 92- 103
 9. Eysenk H. The effects of psychotherapy: an evaluation // J. of Consult. Psychology, 1952. - V. 16. - P. 319 - 324
 10. Fenichel O. Statistischer Bericht ueber die therapeutische Taetigkeit 1920-1930 // Zehn Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut, Poliklinik und Lehranstalt / Hrsg. S.Rado, O.Fenichel, U.Mueller-Braunschweig. Wien: Int. Psa. Verl., 1930. - P. 13- 19
 11. Flader D., Grodzicki W.D., Schroeter K. Psychoanalyse als Gespraech, Interaktionsanalytische Untersuchungen ueber Therapie und Supervision. Frankfurt. - M: Suhrkamp, 1982
 12. Gill M.M., Hoffman I.S. Analysis of transference. V. II. Studies of nine audio-recorded psychoanalytic sessions. - N.-Y.: Intern. Univ. Press, 1982
 13. Greenberg L., Pinsof W. (Eds.) The psychotherapeutic process: A research handbook. N.Y.: Guilford, 1986
 14. Калмыкова Е.С., Кэхеле Х. Психотерапия за рубежом: история и современное состояние (краткий обзор) // Психологический журнал, 2000. – Т. 21. - № 2. - С. 88
 15. Роджерс К.Р. Консультирование и психотерапия. Новейшие подходы в практической работе. - Эксмо-Пресс, 1999
 16. Роджерс К.Р., Кохут, Эриксон: личный взгляд на некоторые сходства и различия / Эволюция психотерапии. – Т. 3. «Let it be...»: Экзистенциально-гуманистическая психотерапия / Перевод с англ. - М.: Независимая фирма «Класс», 1998. - С. 11 - 27
 17. Роджерс К.Р. Становление личности. Взгляд на психотерапию / Пер. с англ. М.Злотник, - М.: Изд-во Эксмо-Пресс, 2001, 416 с.
 18. Ягнюк К.В. Сессия Карла Роджерса с Глорией: анализ вербальных вмешательств // Журнал практической психологии и психоанализа, 1-2 май 2001 г.
 19. Joachim Sauer Карл Роджерс психотерапевт дослідник / Феноменологія щирості до 100-річчя від дня народження Карла Роджерса // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, 27-29 вересня 2002 року. - С. 47–72
 20. Luborsky L., Singer B. Comparative studies of psychotherapies: Is it true that «everyone has won and all must have prizes»? Archives of General Psychiatry, 1975, 32, 995-1008
 21. Grawe K., Donati R. & Bernauer F. Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe – Gottingen – Bern - Toronto - Seattle, 1994
 22. Wallerstein R.S. The psychotherapy research projet (PRP) of the Menninger Foundation: An overview // Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1989, 57, 195-205
 23. Beck A.T., Rush A., Shaw B.F., Emery G. Kognitive Therapie der Depression. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1981
-

-
-
24. Lewinsohn P.H. *A behavioral approach to depression*. In: R.J.Friedmann, M.M.Katz (Ed.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. - Washington DC: Winston: Wiley, 1974
 25. Klerman G.L., Weissman M.M., Rounsaville B.J. *Interpersonal psychotherapy of depression*. - N.-Y., 1984
 26. Hautzinger M., Stark W., Treiber R. *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depression*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1992
 27. Таишыков В.А. *Взаимоотношения врача и больного в процессе психотерапии неврозов*. Автореф. дис. канд. - Л., 1974
 28. Гончарская Г.В., Штыпель А.М. *Исследование механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях*. - Л., 1982
 29. Исурина Г.Л. *Исследование механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях*. - Л., 1982
 30. Исурина Г.Л. *Механизмы психологической коррекции личности в процессе групповой психотерапии в свете концепции отношений*. / *Групповая психотерапия*. - М., 1990
 31. Исурина Г.Л., Кайдановская Е.В. *Результаты исследования отделения неврозов и психотерапии Ленинградского научно-исследовательского института им. В.М.Бехтерева* / *Групповая психотерапия*. - М., 1990
 32. Кайдановская Е.В. *Исследование механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях*. - Л., 1982
 33. Карвасарский Б.Д. *Теоретическая концепция отделения неврозов и психотерапии Ленинградского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева* / *Групповая психотерапия*. - М., 1990
 34. Кристаль В.В. *Исследование механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях*. - Л., 1982
 35. Конончук Н.В., Семенова-Тян-Шанская Н.В., Константинова О.Ю. *Исследование механизмов и эффективности психотерапии при нервно - психических заболеваниях*. - Л., 1982
 36. Лукина И.С. *Личностно-ориентированная групповая психотерапия*. - Петрозаводск, 1994
 37. Лукьянов В.Г. *Составляющие эффективности социально - психологического тренинга*. / *Учебное пособие как предмет социально-психологического исследования и коррекции*. - СПб., 1994
 38. Ландрет Г.Л. *Игровая терапия: искусство отношений*. - М., 1994
 39. Перлс Ф., Хефферлин Р., Гудмен П. *Опыты психологии самопознания*. - М., 1993
 40. Роджерс К.Р. *Взгляд на психотерапию: Становление человека*. - М., 1994
 41. Сатир В. *Как строить себя и свою семью*. - М., 1992
 42. Соложенкин В.В. *Исследование механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях*. - Л., 1982
 43. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. *Исследование механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях*. - Л., 1982
 44. Eysenck H. J. *The effects of psychotherapy; an evaluation* // *Journal of Consulting psychology*, 1952. - № 6
 45. Sloane R. et all *Psychotherapy versus Behavior therapy* // *Harvard University Press*, 1975
 46. Smith M.L., Glass G.V. *Meta-analysis of psychotherapy outcome studies* // *American Psychologist*, 1977. - № 32
 47. Зорин Н.А. *Кризис клинической психиатрии: истоки и попытки преодоления (философско-методологический анализ)* // *Философские науки*, 1989. - № 8. - С. 43-52
 48. Зорин Н.А. *Что такое клиническая реальность и как ее понимают отечественные психиатры*. LOGOS, 1998. - № 1. - С. 321-331
 49. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнера Э. *Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины: Медиа-Сфера*, 1999
 50. George E. Woody, M.D., Delinda Mercer, Ph.D., Lester Luborsky, Ph.D. *Textbook of Substance Abuse Treatment*. Edited by Marc Galanter, M.D., Herbert D. Kleber, M.D., *The American Psychiatric Press*, 2nd Edition, 1999, Washington, DC.
-
-

ДИСКУССИЯ О МИССИИ ПСИХОТЕРАПИИ

О РОЛИ-НАЗНАЧЕНИИ ПСИХОТЕРАПИИ В СЕГОДНЯШНЕЙ И ЗАВТРАШНЕЙ ЖИЗНИ

М.Е.Бурно

Психотерапия (помощь душою душе и через душу телу), в стихийных своих основах, существует, с первобытных времён. В человеческой природе заложены определённые психотерапевтические (душевные) механизмы, оживляющиеся разнообразными душевными воздействиями на человека других людей. Или же это оживление наступает, когда человек душевно воздействует на себя самого. Эти механизмы (открытые на сегодняшний день) суть: внушение, гипноз, разъяснение и убеждение, анализ, тренировка, активирование, поведение, группа, игра, гештальт, креативность, душевная телесность. Все эти психотерапевтические механизмы стихийно работали и в первобытные времена. Например, французский этнограф и социолог Клод Леви-Строс (2001) рассматривает сложное, наполненное яркими символами шаманское песнопение, помогающее женщине-индианке в трудных родах, как *“очень близкое” к психоанализу*. Леви-Строс поясняет, что здесь “лечение, по всей видимости, состоит в том, чтобы больная осознала ситуацию, описанную вначале в чисто аффективных терминах, и чтобы дух смирился со страданиями, которых тело больше не может вынести”. При этом больная верит в реальность мешающих и помогающих родов “злых духов и духов-помощников, сверхъестественных чудовищ и волшебных животных”. Всё это – “часть стройной системы, на которой основано представление аборигенов о вселенной”. Страдания больной “выпадают из системы”, но шаман “с помощью мифа” находит этим страданиям место в системе, духи-помощники побеждают злых духов, и, “поняв свои муки, больная не только смиряется с ними, она выздоравливает” (с. 204-205).

Психотерапия поначалу, в древности, густо пронизывала почти *всю* малоразвитую ещё тогда медицину (лечебную и профилактическую, гигиеническую). Может быть, меньше – старинную хирургию. Когда читаю в “Гиппократовом сборнике” (Гиппократ, 1936), что больному с “иссушенным” спинным мозгом, с опухшими ногами и изъязвлениями на пояснице, следует, кроме всего прочего, пить “белое и мягкое вино”, а “на следующий день ему нужно дать выпить восемь котиллий варёного ослиного молока с прибавлением мёда” (с. 438-439), то думаю о том, что все эти уверенные, выразительные

заботливые назначения, как и множество других в этом томе, действовали на больного, в большой мере и психотерапевтически. Это происходило две с половиной тысячи лет назад в Древней Греции. Римский врач Авл Корнелий Цельс (1959) полтысячи лет спустя советует в случае застарелой “кишечно-желудочной болезни”, кроме всего прочего, “поставить клизму из тепловатой дождевой воды” (с. 162, пер. Б.А.Мазикова), а Абу Али ибн Сина (Авиценна) (1979), арабский врач, ещё через тысячу лет, советует лечить меланхолию повязками на область желудка из “семян прутняка, семян руты, корневища касатика и «древа Марии»”, потом же на место повязки положить “хлопок, смоченный горячей водой, или расчёсанную шерсть, или губку” (с. 135). Это всё характерные места из подробных руководств великих врачей. Возможно, указанные природные лекарства порою и в самом деле серьёзно помогали сами по себе. Но всё же, думается, гораздо чаще здесь помогала спокойная убеждённость опытного врача в том, что именно это лечение должно тут помочь. Врач обычно не ошибался. Но чаще – всё же не в отношении природного лекарства, а в отношении собственной одухотворённо-психотерапевтической силы, соединённой с силой чарующего психотерапевтического ритуала, о чём он скорее не подозревал. Конечно, всё это можно предположить только с высоты сегодняшнего дня. Именно так это нередко происходит и сейчас при лечении травами.

Если в приведённых выше примерах в психотерапевтической части врачевания обнаруживается, в первую голову, суггестивный психотерапевтический механизм, то в таком совете Авиценны по лечению “страстной любви”, как “приобретения новых [рабынь] и увеселения с ними” (с. 140), возможно усмотреть гештальт-механизм, вспоминая автобиографические рассказы на подобную тему самого Перлза. А в методе швейцарца Теофраста Парацельса (эпоха Возрождения, XVI век), который он назвал “Theorica”, звучат уже ярко и аналитический, и креативный механизмы, напоминая мифологическое песнопение шамана из книги Леви-Строса. Карл Юнг (1992) в известном докладе о Парацельсе (1929, пер. Д.Мироновой) подчёркивает парацельсовское: врач “должен говорить от бога, ибо бог создал врача и лекарства, и подобно

тому как теолог берёт свою истину из откровений Священного писания, врач – из «света природы». Юнг приводит пример Парацельса – “пример того, как следует пользоваться Theorica, т.е. как говорить с пациентом”, «теоретизировать». Парацельс говорит больному водянойкой о «ясном красивом небе / в котором нет облаков», но вот «в одно мгновение / появляется маленькое облако / оно разрастается и приумножается так, что в течение часа становится большим дождём / градом / ливнем / и т.д.» “Метеорологическое сравнение, – поясняет Юнг, – предрасполагает к осадкам: сейчас откроются шлюзы тела, и ascites (брюшная водянка – М.Б.) вытечет. Подобную психическую стимуляцию никоим образом нельзя недооценивать и для телесных болезней, и я убеждён, что немало чудесных излечений нашего мастера связано с его превосходной Theorica” (с. 51-52).

Старинная профилактика болезней и гигиена также были во многом психотерапевтическими по своему характеру. Это хорошо видится и в стихотворном “Салернском кодексе здоровья, написанном в четырнадцатом столетии философом и врачом Арнольдом из Виллановы” (Пер. с латинск. Ю.Ф.Шульца; М.: Медицина, 1970. – 112 с.). Заведующий кафедрой латинского языка в моей студенческой молодости, замечательный поэт-переводчик Юлий Фёдорович Шульц отмечает в примечаниях, что медицинская школа Салерно хранила в себе всё лучшее из античной медицины (Гиппократ, Гален, Цельс) и арабской медицины, опиралась на работы врачей поздней Римской империи и раннего Средневековья (с. 45). Для меня особенно важно то, что в этой врачебно-поэтической работе профилактически-гигиенически, живо рассказывается и о гиппократовских темпераментах. Например, о сангвинике (глава 83) говорится, что он “влюбчивый, щедрый, весёлый, смеющийся, румянолицый, любящий песни, мясистый, поистине смелый и добрый”, а холерики (глава 86) “молчаливые, мрачные”, “тверды в намереньях, но лишь опасностей ждут отовсюду”, “жадны, печальны, их зависть грызёт, своего не упустят, робки, не чужд им обман, а лицо их землистого цвета”.

История старой медицины (включающей в себя профилактику и гигиену) – в значительной мере история лечения и предупреждения разнообразных болезней средствами врачебной души. И чем древнее медицина, тем больше в ней психотерапии. Это ясно читается и в обстоятельных книгах по истории медицины, особенно – в “Истории древней медицины” Савелия Григорьевича Ковнера (вып. 1-3, Киев, 1878-1888). Донаучная психотерапия пронизывала, наполняла собою медицину почти до середины XIX века, пока благотворные взрывы начавших бурно развиваться клиницизма, медицинской техники, лаборатории, фармакологии не потеснили её. Тогда психотерапия стала “сгущаться”

в тех особых складывающихся областях медицины, которые сделали её царством (психиатрия, психосоматические расстройства, психопрофилактика и психогигиена).

“История психиатрии” Юрия Владимировича Каннабиха (1929) – в сущности, есть подробнейшая история развития психиатрического клиницизма и психиатрической психотерапии допсихотерапевтического времени. Если каннабиховскую “Историю психиатрии” продолжить следующим томом, то в нём много места будут занимать такие новые разделы, как психоанализ (вообще психологическая психотерапия в психиатрии), клиническая психиатрическая психотерапия и психофармакотерапия. Каннабих (1929) заметил ещё в пору острой и широкой критики психоанализа западными клиницистами, что “глубоко оригинальное учение Фрейда уже давно раскололо исследователей на два враждебных лагеря”. И это случилось, несмотря на “волюнтаристический характер” психоаналитического учения (с. 470-471). Под “волюнтаризмом” Каннабих, скорее всего, понимает здесь нежелание Фрейда и других психоаналитиков считаться с объективными закономерностями клинического мышления. В самом деле, Фрейд положил начало психологической (неклинической, психодинамической, психологически-теоретической) психиатрии и психотерапии, медицине вообще – в противовес гиппократовскому клиницизму, существовавшему до него. В том числе, и такому одухотворённому клиницизму, как клиницизм Эугена Блейлера и Эрнста Кречмера. Психотерапия в психиатрии и соматологии распалась на клиническую (на основе естественнонаучного, клинического мышления-мироощущения) и психологическую (основанную на психологических концепциях – психодинамическую, экзистенциально-гуманистическую, когнитивно-поведенческую). Кроме того, Фрейд своим Психоанализом, прежде всего показанным для лечения невротических расстройств, которые он не склонен был клинически отличать от здоровых трудностей, – в сущности, открыл современную психотерапию здоровых людей с душевными трудностями (“проблемами” – как сейчас говорят). В частности, и поэтому сегодняшняя психотерапия здоровых (клиентов) – по большей части психологическая (психотерапевтическое воздействие отправляется не от природных особенностей души, а от определённой психологической (теоретической) ориентации). Существует, конечно, и чисто техническая психотерапия – без мироощущения и концепций (например, нейролингвистическое программирование).

Внелечебная психотерапия здоровых людей, широко распространившаяся на Западе, по существу и есть психотерапевтическая профилактика и психотерапевтическая гигиена. Эта важнейшая область психотерапии, несомненно, будет всё глубже и подробнее, по жизненной необходимости, захватывать,

пронизывать сегодняшнее и завтрашнее человечество, напряжённое опасными разнообразными малопредсказуемыми природными, техническими катастрофами, невиданной прежде алкоголизацией, наркотизацией, террористическими актами, межличностными бытовыми конфликтами. Книга Виктора Викторовича Макарова (в сущности – об этой профилактической, гигиенической психотерапии) так и называется – “Психотерапия нового века” (2001).

Отечественный клиницист-классик первой половины XIX века Иустин Евдокимович Дядьковский (1958) свою профессорскую актовую речь, произнесённую в Московском университете в 1833 году, назвал “О настоятельной необходимости в наше время изучения медицины всем просвещённым людям, особенно богатым”. Дядьковский напомнил слушателям о том, что в давние времена многие образованные люди изучали медицину для себя, дабы себя полечить (изучали “от единоклассного сознания древних высочайшей драгоценности жизни и здоровья”). Кроме того, изучение медицины даёт нам “естественные знания” (важнейшая их часть – “психическая и физическая антропология”), знания, которые противостоят “философическому” (то есть идеалистическому – М.Б.), “мечтательному созерцанию”, обременяющему людей страданиями, порождающему, например, “ипохондрических жанжакистов” (от Жан-Жак Руссо – М.Б.). Дядьковский считает, что его богатые современники особенно должны стремиться к изучению медицины, потому что 1) болеют чаще и тяжелее, нежели бедные, 2) потому что им легче приобретать книги, пособия по медицине, 3) потому что владеют “подвластными себе” и смогут “охранять их здоровье и облегчать их болезни” (с. 77-79).

Актовая речь Дядьковского сбывается в том отношении, что давно уже существуют лечебно-образовательные школы больных сахарным диабетом, школы душевнобольных (“психообразование”) и т.д. Выпускается множество медицинских научно-популярных книг, брошюр, атласов, создаются специальные научно-художественные медицинские фильмы для широкого зрителя. Для нас важно, что эта речь современна и в отношении сегодняшней нашей психопрофилактики и психогигиены, то есть внелечебной психотерапии, “психотерапии нового века”. Уже десятки лет на Западе множество здоровых людей, изучая психотерапию, занимается в разнообразных психотерапевтически-психологических группах в заботе о своём душевном здоровье, о своём умении так ладить с людьми, с самими собою, чтобы преуспевать в жизни, радоваться общению с близкими. Психотерапию профессионально изучают не только врачи и психологи, но и педагоги, социологи, священники, все, кто работает с людьми. Подобное, поначалу робко, происходит и у нас уже в течение четверти века (Макаров В.В.,

2001, с. 21). Ксерокопии заграничных книг, Новосибирская конференция по социально-психологическому тренингу (1980 г.) и, с падением советской власти, макаровские красочные психотерапевтические декадни на корабле по Енисею и потом, без корабля, в разных городах России. Движение внелечебной психотерапии в стране совершенствуется, углубляется, стало многочасовым, но, понятно, и тормозится бедностью многих россиян, не способных платить за длительное участие-работу в психотерапевтических группах. Работа эта происходит у нас в соответствии с российскими особенностями, отличаясь от западной работы нашей традиционной мозаикой психотерапевтических методов (“мультимодальная интегративная российская психотерапия” – Макаров В.В., 2001, с. 74-75). Однако и в нашей внелечебной психотерапии преобладает сегодня психологическая основа. Терапия творческим самовыражением (ТТС) в своих внелечебных формах (Бурно М.Е., Добролюбова Е.А. (ред.), 2003), кажется, единственный метод с российски-традиционной клинической, естественнонаучной основой, работающий в нашей “психотерапии нового века”. Объясняется это тем, что он показан дефензивным людям (людям с более или менее сложным, личностным, переживанием своей неполноценности), требует целительного сложного переживания в занятиях и труден для стремящихся к техникам, умеющих легко воспринимать эти психологические техники, овладевать и довольствоваться ими. Дефензивных здоровых людей много в России. В патологии им соответствуют пациенты со сложными личностными расстройствами, которые не уступают и сегодняшней психофармакотерапии. Дефензивные люди, по робости, тревожности своей, нередко прячутся даже от внелечебной психотерапии и часто от непрактичности своей довольно бедны, чтобы в ней полноценно участвовать. Мне видятся в них образы интеллигентных дореволюционных земских учителей и врачей, за малую плату одухотворённо служивших народу. Примечательно, что в тех местах страны, где таких людей оказывается много вместе (например, среди школьных учителей, институтских преподавателей) внелечебная ТТС расцветает, организуется работа с дефензивными детьми в государственных домах творчества (ТТС в условиях дополнительного образования), проводятся конференции по ТТС, ТТС государственно преподаётся педагогам, психологам в институтах повышения квалификации (дополнительная профессиональная образовательная программа), защищаются диссертации и т.п. См., например, об этом в работах сибирских психологов Наталии Викторовны Грушко из Омска (2003) и Елены Сергеевны Манюковой из Новокузнецка (2003).

Для того, чтобы все желающие это делать люди (в том числе, бедные) могли изучать созвучную им

психотерапию (а это есть сегодня жизненно важное дело), необходимо расширять и совершенствовать, так сказать, литературную часть этой работы. Конечно, у нас есть уже немало научно-популярных психотерапевтических (психопрофилактических, психогигиенических) изданий для народа о невротических расстройствах, о характерах, о пагубных пристрастиях и т.п. В Казани в последние годы опубликованы замечательные в этом духе работы, незаурядные своим живым врачебным переживанием-стремлением научить людей с различными душевными трудностями, переживаниями помогать себе. Это работы Анатолия Михайловича Карпова “Самозащита от наркомании” (Казань: Татполиграф, 2002. – 54 с.) и “Самозащита от стресса” (Казань: Медицина, 2003. – 68 с.) и работы Карпова в соавторстве с Галимзяном Закировичем Шакирзяновым “Самозащита от курения” (Казань: Татполиграф, 2002. – 30 с.) и “Самозащита от алкоголизации” (Москва: Парламентский центр по антиалкогольной профилактике РФ, 2004. – 52 с.). Думается, что эта заочная, литературная область психотерапии может быть серьёзно усилена, обогащена в России не только подобными одухотворёнными научно-популярными произведениями, но и художественно-психотерапевтическими работами (и в том числе театром для широкой аудитории). Эти работы уже есть у нас, и они могут по-своему целительно проникать в душу человека своими художественно-психотерапевтическими образами. Если специалист-психотерапевт – психотерапевт по природе своей, по призванию, если он живёт психотерапией, то и его художественное самовыражение (проза, поэзия, рисунок, живопись, театр и т.д.) может серьёзно, порою таинственно-сложно психотерапевтически, воздействовать на читателя. Большинство этих произведений не есть область литературы, искусства. Произведения эти живут именно в психотерапии и отличаются от истинно художественных творений тем, что художественными образами выполняют психотерапевтические задачи. При этом психотерапевт обычно не действует целенаправленно-осознанно (как это вообще случается не только в художественном творчестве, но и в творческой психотерапии), психотерапевтическая природа специалиста, его опыт-чутьё делают тут своё дело. Эти разнообразные художественно-психотерапевтические произведения, в соответствии со своим авторским духом, содержанием, психотерапевтическим мироощущением, по-разному помогают разным людям. Эта область внелечебной и лечебной психотерапии только начинает по-настоящему углублённо развиваться в мире и требует серьёзного научного изучения в том смысле, как, например, литературоведение изучает художественную литературу, а искусствознание – живопись. Художественно-психотерапевтические произведения, как и все психотерапевтические приёмы,

могут основываться на естественнонаучном (клиническом) мироощущении, на психологическом и мозаичном. Для примера упомяну здесь последние отечественные опыты в этой работе. Это стихи Ирины Алексеевны Чегловой “Подвешенное состояние” и “Под крылом ангела” (Профессиональная психотерапевтическая газета, 2004, №1, с. 12), поэтический сборник “Алые яблоны” Татьяны Евгеньевны Гоголевич (Тольятти: Лит. агентство В.Смирнова, 2004. – 62 с.) и свою книгу “Больной человек и его кот (Психотерапевтическая проза о целебном творческом общении с природой)” (М.: Приор-издат, 2003. – 336 с.).

Наконец, ко всему этому прибавлю, для людей сложных, с философской направленностью души, и психотерапевтическую помощь изучением философии, такую же древнюю, как сама философия, и тесно связанную с терапией творчеством. Об этой помощи, терапии всё больше появляется научных работ в последние годы. Из недавнего упомяну заочную полемику между российским психологом-философом Еленой Анатольевной Ромек и американским психиатром-психотерапевтом Адамом Блатнером в Московском психотерапевтическом журнале (2004, № 2, с. 125-141). По Блатнеру, терапия философией, в сущности, помогает прийти к Богу, помогает пациенту “достичь силы и мудрости, устанавливая глубоко личностную психологическую связь с Ним” (с. 127). Ромек полагает, что терапия философией, напротив, “содействует развитию такой человеческой способности, как *свобода воли*” (с. 140). Однако мне известны и классические, с моей точки зрения работы по терапии философией на естественнонаучной, клинической основе (клинической – не в смысле помощи *больным* людям, а в смысле естественнонаучного, клинического, мышления). Это удивительные работы Константина Ивановича Сотонина, молодого сотрудника Казанского института научной организации труда, по-видимому, врача-философа, загубленного агрессивными большевиками за его мысли в 1929 году. Существо “философской терапии” Сотонина состоит в следующем. “Недовольного”, *сообразно его темпераменту*, надобно приобщить к изучению именно той философской системы, которая ему созвучна и поможет радоваться жизни. И в этом отношении “для врача-философа нет философской системы, которая была бы истиннее или ложнее всякой другой системы” (см.: Бурно М.Е., 1995).

Конечно же, именно Терапия духовной культурой в самом широком смысле (Бурно М.Е., 2000, с. 643-650), то есть терапия, ведущим механизмом которой является креативный механизм (механизм творческого самовыражения), психологическая или естественнонаучная (клиническая), способна особенно серьёзно помочь человеку, больному или здоровому, найти свою целительную жизненную дорогу.

Оторвать психотерапию лечебную от психотерапии внелечебной невозможно, как невозможно оторвать лечение от профилактики и гигиены. Но отличие сегодняшних психопрофилактики и психогигиены (составляющих внелечебную психотерапию) от прежних состоит в том, что они далеко вышли за забор медицины, включив в себя иных, гуманитарных, специалистов. Однако, убеждён, что всё-таки гуманитариям следует чаще, нежели это сейчас происходит, советоваться по поводу своих клиентов с клиницистами, поскольку не так редко болезнь похожа на здоровье, а больному надобно помогать совсем по-другому.

Итак, психотерапия, всегда существовавшая, работавшая в медицине и вообще в жизни человечества (в литературе, искусстве, философии, человеческих отношениях, научных переживаниях), как видим, в своём развитии, уже более ста лет назад “сгустилась”, профессионально углубилась-усложнилась в таких областях медицины, как психиатрия, психосоматические расстройства, психопрофилактика, психогигиена. Но вокруг этих “сгущений” психотерапия впоследствии стала в своих внелечебных формах распространяться на всё

человечество. Даже без желания людей – например, в виде передач по радио и телевидению. В последние годы психотерапия всё шире и крепче, по необходимости, с усложнением нашей жизни, охватывает, прежде всего, своей внелечебной областью, также профессиональной (но уже не ограниченной одной врачебной профессией), наш уже немолодой и нездоровый мир, помогая людям защищаться в нём от нарастающих трудностей, невзгод и, по возможности, быть вместе с созвучными душе людьми, с природой, преуспевать в своих делах, обретая радость. Именно в этом, как Психотерапия (лечебная и внелечебная) сама нам подсказывает извилистостью своего исторического развития, состоит её роль-назначение (миссия) в сегодняшней и завтрашней жизни. Эта роль будет более или менее успешно выполняться только в том случае, если психотерапевты, взаимно уважая различные подходы друг друга, проникнутся убеждённостью в том, что *все они необходимы*, но каждый – в какой-то своей группе пациентов, клиентов. Убеждённостью в том, что и у “жанжакистов” (Дядьковский) есть своя благородная психотерапевтическая правда – для своих пациентов, клиентов.

Литература:

1. Абу Али ибн Сина (Авиценна) Канон врачебной науки / Пер. с арабск. У.И.Каримова и М.А.Салье. Кн. III, т. I. Изд-е 2-е. – Ташкент: Изд-во “ФАН” Узбекской ССР, 1979, 792 с.
2. Авл Корнелий Цельс О медицине (в восьми книгах) / Пер. с латинск. под редакц. В.Н.Терновского и Ю.Ф.Шульца. – М.: 2 МГМИ им. Н.И.Пирогова, 1959, 408 с.
3. Баженов Н.Н. История Московского Долгаша, ныне Московской городской Преображенской больницы для душевнобольных. – М.: Изд-е Моск. гор. общественного управл., 1909, 191 с.
4. Бурно М.Е. О Константине Сотонине и его мыслях // Независимый психиатр. журн., 1995, № 1. – С. 62-64
5. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. – М.: Академическ. Проект, ОППЛ, 2000, 719 с.
6. Бурно М.Е., Добролюбова Е.А. (ред.) Практическое руководство по Терапии творческим самовыражением. – М.: Академическ. Проект, ОППЛ, 2003, 880 с.
7. Гиппократ. Избранные книги / Пер. с греч. В.И.Руднева. Редакция, вступительные статьи и примечания В.П.Карпова. – М.: Госиздат биол. и медиц. лит., 1936, 736 с.
8. Грушко Н.В. Социально-психологическое исследование творческого самовыражения в условиях дополнительного образования. Автореф. дисс. на соискание учён. степени канд. психол. наук. – Ярославль, 2003, 26 с.
9. Дядьковский И.Е. Избранные сочинения / Вступит. статья, подготовка текста и примечания А.Г.Луишикова. – М.: Медгиз, 1958, 566 с.
10. Каннабих Ю.В. История психиатрии. – М.: Гос. медиц. изд-во, 1929, 520 с.
11. Леви-Строс К. Структурная антропология / Пер. с франц. Вяч.Вс.Иванова. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001, 512 с.
12. Макаров В.В. Психотерапия нового века. – М.: Академическ. Проект, ОППЛ, 2001, 496 с.
13. Манюкова Е.С. Терапия творческим самовыражением // Дополнительные профессиональные образовательные программы: психология (Серия “Современные направления содержания образования взрослых”). – Новокузнецк: Минобразования РФ, ИПК, 2003. – С. 57-78
14. Юнг К.Г. Феномен духа в искусстве и науке / Пер. с немецк. – М.: “Ренессанс”, 1992, 320 с.

Л.М.Попов

Проблема состоит в том, что психотерапия, входящая сегодня составной частью в ряд дисциплин (психологию, медицину, теологию, философию, педагогику), ищет свое место среди них с надеждой стать самостоятельной дисциплиной. Она, интегрируя данные многих отраслей человеческого знания, тем не менее по использованию в своем названии слов «психо-» и «терапия» тяготеет к двум из них: медицине и психологии. На наш взгляд, поиск своего места для психотерапии уместно начать с истории вопроса.

До выделения психологии в самостоятельную науку и появления практики широкого психологического консультирования психотерапия с полным правом могла быть отнесена к медицине в той ее части, где речь шла о действиях врача – психиатра по лечению больного пациента, уходу за ним, проявлению заботливого отношения к нему, к его внутреннему миру, т.е. душевной организации. Все эти действия вполне соответствуют значению слова «терапия» по словарным источникам как заботы, ухода, лечения.

При соединении терапии с «психо-» произошла своего рода акцентуация лечения не на внутренних болезнях, т.е. физиологических нарушениях деятельности организма, а на нарушенном равновесии внутреннего (психического) мира пациента. Внутренний мир – это уже не столько организм, сколько обозначение потребностно-мотивационной, эмоционально-волевой и интеллектуальной составляющих человека (В.Д.Шадриков), сопряженной с осознанием всего этого, включая влияние различных детерминирующих воздействий на человека и группу извне и изнутри.

Ситуация диктовала, чтобы врачи – психиатры и терапевты, ближе всех стоящие к взаимодействию с клиентом, пациентом, или должны были включить на серьезной основе в свою деятельность все то, что соотносится с понятием «внутренний мир» другого или передать эту часть работы с клиентом психологу.

На этапе «донаучной психологии», когда психология человека понималась и могла быть объяснена на обыденном языке, а сведения о внутреннем мире человека не подкреплялись достоверно-экспериментальным сопровождением, врачи исполняли и свои врачебные функции и функции психолога.

С конца 19 века, с появлением эксперимента в психологии как складывающейся науки и выявлением чисто психологических феноменов, закономерностей, созданием собственного понятийного аппарата, методов получения данных часть врачей стала активно формировать знания о внутреннем (психическом) мире человека и они стали первыми

профессиональными психотерапевтами (З.Фрейд и его ученики, последователи). Они стали использовать отличные от психиатров того времени методы выявления психических болезней и методы восстановления душевного равновесия, формируя психотерапию без лекарств.

Другая часть медицинского корпуса по-прежнему была уверена, что знания о внутреннем психическом мире вторичны, не значимы, поэтому могут носить интуитивно-эмпирический характер и применяться каждым терапевтом в ходе взаимодействия с пациентом по мере необходимости как дополнительные.

С ростом внимания к человеку как личности, индивидуальности, субъекту труда, общения, управления, а также с ростом внимания к исследованиям групп людей, стилей общения их между собой, подверженности влияниям лидеров, доминирующих в сообществах, влиянием установок на созидательные и разрушительные действия людей, стихийные следования национальным, клановым традициям, – с ростом всех этих феноменов возникла необходимость не только их объяснить, но, в ряде случаев, и снять негативные для общества состояния, настроения, установки, изменить отношения между людьми в семье, в коллективе.

В России, позднее чем в других развитых странах, возникла идея обратиться к индивидуальному миру отдельного человека, а также понять динамику групповых процессов не на основе идей исторического материализма и социогенетического подхода, а идей экзистенциального, гуманистического порядка.

Именно в период ослабления марксистской идеологии и жадного освоения отечественными психологами того знания по человеку, группе, отношениям между людьми, проблемам, которые возникают из-за непринятия другого как субъекта с его индивидуальным психическим миром, возникли первые движения к тому, чтобы вывести психотерапию за пределы медицинского круга.

Психотерапия стала обслуживать запросы тех людей, у которых что-то не ладилось в семье, в производственном коллективе, во взаимоотношениях руководителя с подчиненными, в общении подростков, внутри самого человека. Предметом внимания психотерапевтов становятся и рассогласования человека с самим собой, склонность человека к совершению суицида, стремление субъекта к внутреннему росту: интеллектуальному, коммуникативному, эмоциональному, карьерному.

Все эти проблемы стали разрешаться людьми, стремящимися не столько объяснить явление, сколько воздействовать на другого или активизировать его

самовоздействие, чтобы ситуация практически изменилась.

Появился большой спрос на практиков, т.е. людей, сделавших своей деятельностью помощь в реальном преобразовании внутреннего мира другого, отношений с другим, нормализацию морально-психологического климата в группе, оказание помощи в самопреобразовании.

Чем смогли ответить на этот бурно развивающийся спрос периода 80-90 годов XX века профессиональные врачи и профессиональные психологи?

Часть врачей взяла на себя функцию обслуживать запросы индивидуальных клиентов, когда вместе с привычными для врачебной практики правами на лечение отклонений от нормы с помощью фармакологических средств врачи стали осваивать пространство внутреннего (психического мира) человека и осваивать психологию человека как науку, помогающую в консультационной деятельности. Медики двинулись в психологию (В.Д.Менделевич, Ю.Калмыков, Е.А.Сахаров и др.).

Часть психологов (клинические психологи) сделала также решительный шаг к медицине. Они стали, наряду со знаниями психологии, осваивать основы психиатрии и морфологического строения организма, особенно высшей нервной деятельности, мозга (А.Р.Лурия, Е.Д.Хомская, Б.В.Зейгарник и др.) Толчком к этому стало лечение воинов, получивших травмы головного мозга, восстановление их высших психических функций. Это своего рода лечебная психотерапия без фармакологических средств.

Наряду с этими двумя группами в большей степени среди круга социальных психологов стал складываться круг практикоориентированных психологов когнитивного (Г.Щедровицкий) и коммуникативного (Л.А.Петровская) направлений, что положило основу для развития групповой консультативно-терапевтической психологии. В задачу групп Г.Щедровицкого и его последователей входило психотерапевтическое обеспечение производственного коллектива путем деловых игр, которые помогали решать проблему поиска резервов и оптимальных путей движения группы к успеху. В задачу групп коммуникативного направления входило создание условий для субъект-субъектного общения на доверительной основе, когда участники группы оказывали в условиях специально организованного общения взаимотерапевтическое воздействие друг на друга, когда воистину воплощалась мысль о том, что общение – высшее богатство на Земле.

С ростом демократических тенденций в обществе и необходимостью вывести многих кандидатов в депутаты, в главы администраций, победить соперника с помощью средств психологического воздействия, стала развиваться психотерапия, построенная на манипуляционной основе, где предшествующим этапом выступали наработки в

практике мошенничества, а также наработки Д.Карнеги. Это своего рода «психотерапия наоборот», т.к. психическое равновесие как цель психотерапии возникало лишь у той части взаимодействующих людей, которые, обманывая других, создавая иллюзии у них, получали для себя финансовое, должностное, управленческое преимущество за счет других. Тем не менее, не следует сбрасывать со счетов и это психотерапевтическое направление.

Наконец, еще одно психотерапевтическое направление сложилось в мономодальных организациях (по Р.Тукаеву), где психотерапевтический эффект возникает у всех ее участников, исповедующих одну идею, одну систему духовных и материальных ценностей, где совместное пребывание и ритуалы стимулируют мощный взрыв положительных эмоций, доходящих до экстаза. Это – религиозные секты, мафиозные объединения, сообщества единомышленников в науке, практике.

Теперь, обращаясь к научной психологии, стоит поискать место психотерапии как многопрофильного явления в кругу психологических дисциплин и определить, по возможности, ее место среди них. В центр философского понимания поведения человека необходимо поставить две базовых категории – «созерцание» и «преобразование». Это полярные характеристики поведения (взаимодействия) человека с окружающим миром и с самим собой. «Созерцание» в большей степени передает научный подход к предмету, стремление как можно более полно познать мир, человека в нем и составить на базе этого знания модельное (системно-структурное) представление об объекте познания. «Преобразование» – это отображение активного поведения субъекта по изменению существующего: человека, характера общения, эмоционального состояния, системы ценностных ориентаций и прочее.

Психотерапия как прикладная отрасль психологии соединяется в большей степени с преобразованием, хотя момент расширенного познания человека также присутствует. Требование к познанию у психотерапевта состоит в том, что оно должно быть многомерным, т.к. главный объект познания, – другой человек или группа требует разноплановых знаний: психологии, физиологии, теологии, этики, социологии, философии, правоведения.

Отсюда возникает противоречие: следовать ли психотерапевту строго научным путем, объединяя все характеристики человека на системно-структурном уровне, или идти в оказании воздействия путем здравого смысла, интуиции с учетом сведений об объекте воздействия на уровне одной науки, например, психологии или физиологии.

Выбор первого пути не под силу одному человеку, в противном случае ему надо обладать способностями такого психотерапевта, как В.М.Бехтерев. Выбор действий психотерапевта по второму

пути более реален. Отсюда неизбежность соединения интуиции психотерапевта, т.е. целостного, но эклектического представления о человеке, его отношениях, его проблемах с выбранной психотерапевтом стратегией психотерапевтического воздействия.

Весь исторический путь психотерапии как отрасли человеческого знания и практики работы с человеком, группой говорит о том, что, зародившись в недрах медицинской науки, она в последние десятилетия вышла далеко за ее пределы. Психотерапия превращается в такое направление прикладной психологии, которое синтезирует знания из психологии личности, социальной, клинической психологии, психологии общения, труда.

Сегодня психотерапия все больше и больше становится самостоятельной областью человеческого знания. Основная направленность действий людей, называющих себя психологами – психотерапевтами, состоит в том, чтобы не столько углубиться в познание внутреннего мира человека, в психологический механизм формирования отношений между людьми, сколько подобрать средства, технологии по преобразованию исходной ситуации. И, наконец, - восстановить нарушенное равновесие в человеке, «оживить» его, осуществить терапию средствами прямого или косвенного влияния на человека, группу с учетом выбора «созвучного» им концептуально-идеологического направления.

Квинтэссенцией всех размышлений о психотерапии может быть объединение всех сведений о ней под эгидой выделения всех ее атрибутов как самостоятельной «науки»: объекта, предмета, целей-задач, методов, сложившихся отраслей.

Объектом психотерапии может быть отдельный человек, группа людей с определенными нарушениями гармонии внутреннего мира или отношений.

Предметом психотерапии является сам внутренний мир человека, его внутренний дисбаланс, а также психическое здоровье, степень сбалансированности процессов, состояний, характерных черт, наконец, - предметом психотерапии смогут быть способы, технологии оказания помощи душе другого.

Цели, задачи психотерапии состоят в восстановлении внутренней гармонии, «оживлении» внутреннего мира клиента, самого себя и отношений между людьми. Задачей психотерапии становится

также предельная мобилизация внутренних ресурсов человека или группы для личностного роста и достижения социально-значимого успеха.

Методы, используемые в психотерапии:

1. Методы исходного получения данных: наблюдение, самонаблюдение, тестирование, интервью, беседа, эксперимент.

2. Методы воздействия:

2.1. Методы прямого воздействия: словесные, т.е. психологические. К ним могут быть отнесены гипноз, внушение, анализ-убеждение, духовные воздействия.

2.2. Методы косвенного воздействия, направленные на активизацию внутренних потенциалов человека, группы; вскрытия собственных резервов, вплоть до принятия «собственных» решений. К таким методам относятся игра, деловая игра, психодрама, сказкотерапия, групповая дискуссия, гештальт-терапия, ритуализация, самовнушение, самоуправление, креативные задания, чтение метафорических притч, тренинги личностного, профессионального, карьерного, лидерского роста.

Сложившимися отраслями психотерапии могут быть следующие:

- *психодинамическая* с актуализацией бессознательных инстинктивных побудителей поведения;
- *гуманистическая* с актуализацией внутренних потенциалов, заложенных в человеке от природы;
- *экзистенциальная*, где усилия направляются на отыскание подлинного смысла жизни, выработку отношения к жизни и смерти;
- *поведенческая* с акцентом действий психотерапевта на регуляции стимулов – реакций;
- *когнитивная*, в рамках которой ведется активизация ресурсов интеллектуального роста человека, группы;
- *духовная*, где ведется настрой людей на совершение добра, добрых дел, противодействие агрессии, злонамеренному поведению;
- *самотерапия*, направленная на самопознание, рефлексию своего внутреннего мира, восстановление утраченного равновесия, его преобразование;
- *манипулятивная*, где манипулятивные действия человека, именующего себя психотерапевтом, направлены на подчинение себе кого-либо, получение материального, морального преимущества.

РЕПЛИКА ПО ПОВОДУ «МИССИИ ПСИХОТЕРАПИИ»

А.О.Прохоров

На мой взгляд, прежде чем говорить о психотерапии и её современном назначении, необходимо

очертить некоторые границы взаимодействия психологов и психотерапевтов.

Обратимся к основному названию «психотерапия», которое в переводе с греческого означает лечение души. Поэтому основное её назначение – врачевание, лечение нарушений психической сферы. Сюда, прежде всего, надо отнести область «большой психиатрии», т.е. это та область, где специалистом является врач, получивший соответствующее данному профилю образование. Психолог, на мой взгляд, в этом случае является помощником врача, основная ответственность за лечение лежит на враче-психотерапевте.

Другая область – «малая психиатрия». В работе с пациентом и психолог, соответствующим образом подготовленный, и врач работают «на равных», каждый из них может заниматься диагностикой и лечением неврозов и других пограничных расстройств. Свидетельство тому – подготовка психологов в университетах по специальности «клиническая психология».

Наконец, есть область наиболее широкая на рынке оказания психологических услуг населению – это широкая консультативная практика и помощь отдельному или групповому субъекту в решении его проблем. В этом случае психолог занимает ведущее положение и его роль в этом процессе основная в отличие от врача-психотерапевта. Врачу необходимы фундаментальные знания в области психологии для деятельности в этом направлении, аналогично и для психолога, в случае, если он будет заниматься медицинской практикой. В этом случае врач-психотерапевт выступает как психолог-практик, но ведущие позиции, подчеркиваю, в этой области психологическом консультировании, занимает психолог.

Таким образом, широкая медицинская практика за врачом-психотерапевтом, пограничные расстройства – несут ответственность за лечение и психолог и врач, широкая психологическое консультирование – за психологами. Определение границ снижает необоснованную экспансию в «соседние пределы».

В последнем контексте можно констатировать, что многие врачи-психотерапевты демонстрируют выраженное участие в широкой психологической практике, владея лишь методами, разработанными в той или иной психологической школе, в то же время находясь вне знания фундаментальной психологии (или эти знания очень наивны). Во многом это напоминает вождение автомобиля по правилам, но без знания работы агрегатов этого автомобиля.

Участие врачей-психотерапевтов в широкой психологической практике, на мой взгляд, что надо приветствовать, т.к. это ведёт к взаимообогащению: практическая психология приобретает медицинский опыт и методический инструментарий, в свою очередь обогащение медицины психологическими знаниями приносит пользу, способствуя созданию новых методов психотерапии. А в совокупности от такого взаимодействия польза Человеку, нуждающемуся в психологической помощи.

Что касается понимания психотерапии как науки, то, на мой взгляд, психотерапия скорее искусство, чем наука. (И в этом случае она хорошо дополняет психологию). Во всяком случае, до сих пор не определены предмет психотерапии, механизмы лечебного действия, научные основы методов и их эффективность и др. Становление психотерапии как науки ещё впереди. Но нельзя сказать, что искусство хуже науки!

ТРАНСКУЛЬТУРАЛЬНАЯ МИССИЯ ПСИХОТЕРАПИИ

И.Ф.Сибгатуллина

Я никого не удивлю, если скажу вам, что наш мир изменился. *Unsere Welt haben eine Dnderung.* Мы наблюдаем становление переплетающегося общества, главным признаком которого является культуральное многообразие.

Коллеги, именно оно и ставит перед психотерапевтами серьезную задачу – направить нашу профессиональную деятельность в русло этнокультуральных аспектов, чтобы она соответствовала требованиям сегодняшнего дня.

Принятие психотерапией во внимание этнокультурных традиций не простая задача, требуется современное осмысление практическими

психологами и психотерапевтами инициативы – от монокультурального подхода к многокультуральной психотерапии.

Многие методы психотерапии играют интегрирующую или дифференцирующую роль по отношению к интериоризированным культурным формам в психике конкретного человека. Например, культурная дезинтеграция, обуславливая, психическую дезинтеграцию может приводить к психосоматическим расстройствам.

Сам процесс развития личности и конструктивного разрешения противоречий внутри и между этническими параметрами, может быть представлен

в следующей последовательности: наличие необходимой информации о содержании этнокультурных параметров, осознание, относящихся к самому себе противоречий внутри и между этнокультурных параметров, интеграции осознанных противоречий в большей или меньшей степени в систему личностной Я – концепции в соответствующей системе различных этносов (и их психологических компонентов), осуществление необходимых изменений в поведении, рефлексии собственной жизни.

К России это имеет непосредственное отношение. Ведь расположившись между Западом и Востоком, определяя потенциальную группу пациентов (или клиентов), через культурные традиции более чем 150 национальностей, 19 этнических групп, 7 этнолингвистических семей и большого количества национальных меньшинств, российская психотерапия претендует на понимание важности транскультурального подхода при диагностике и коррекции психических проблем, психосоматических заболеваний и психологической тематики запросов.

Обращаясь к истории, истоки обсуждаемого подхода можно обнаружить в «сравнительной психологии» и «сравнительной психиатрии» немецкого доктора медицины Erieh Kraepelin (1904 г.). Подробно исторический ракурс данной тематики проанализирован Х.Пезешкианом в научном докладе на соискание ученой степени д.м.н. «Позитивная психотерапия как транскультуральный подход в Российской психотерапии» (1998 г.).

В современных работах американских коллег мне встречалось понимание транскультуральной психотерапии, как «Четвертой силы», наряду с психоанализом, бихевиоризмом и гуманистической психотерапией.

Висбаденский институт последипломного образования по психотерапии (WIPF), деятельность которого отмечена высшей медицинской премией в Германии Ричард – Мертен – Прайс транслирует на весь мир позитивную психотерапию – как транскультуральный психотерапевтический метод Носратта и Хамида Пезешкианов, основанный на гуманистическом видении человека как носителя определенной культуры с аналитико-динамической основой и практическим использованием техник и элементов поведенческой терапии.

Президент Всемирной Ассоциации Социальной Психиатрии, директор Института Мира (г. Дели, Индия) профессор Shridhar Sharma, отмечая значимость транскультурального подхода, указывал еще и на тот аспект, что «психологические и психотерапевтические методы, поставляющиеся с Запада (прежде всего из США), не «преломленные» под ментальность западноевропейской или восточной культуры порой провозглашаются «единственной психологической супервластью». Зачастую это происходит без учета и переосмысления их пригодности

и эффективности». То же самое можно сказать и о подготовке специалистов, которые, получая образование на Западе в соответствующей с действующими там нормами, порой с трудом могут применить полученные знания у себя на родине. Эта тенденция, по словам доктора Harre R. получила даже сравнение с «психологической колонизацией» в Россию.

Постсоветское наследие Россия делит с другими государствами, однако её особая ситуация и в некотором смысле, «единственность» часто не признаются или характеризуются мировым профессиональным сообществом в неполной мере. Многие научные работы, например европейцев, не выходят за пределы анализа и исследуют преимущественно то, чему Россия, может научиться у Запада, упуская из внимания то ВЛИЯНИЕ, которое российская психотерапия может оказать на мир психотерапии в целом. Но это означает и то, (далее я цитирую проф. Макарова В.В.), что «культурная обусловленность психотерапии определяет новую эру ответственности психотерапии в России» (2003 г.).

Моё участие в работе Европейской Ассоциации ISPA «Человек и окружающая среда», практика консультирования в Германии и Австрии дала возможность не только теоретически понять, но и на практическом профессиональном опыте дифференцировать четыре различных группы признаков, с точки зрения транскультуральной психотерапии, которые на сегодняшний день характеризуют ментальность всех субъектов психотерапевтического процесса в России. Это:

- Западноевропейские признаки, характеризующиеся отношением к работе и профессиональной деятельности, обучению и получению образования;
- Восточные, такие как значение семьи, детей, родителей, внимание к старшим, значение дружеских связей, интерес к духовным вопросам;
- Советские, к которым относятся «дикое» отношение к собственности, особенности межличностных коммуникаций, коллективизм во всех сферах жизни, способ воспитания детей.
- Российские, к которым относятся НЕБЕРОЯТНОЕ терпение и выдержка (сравнимая по величине только с просторами самой страны), сохранившийся альтруизм, значимость духовно – магических аспектов и суеверия.

Эти признаки одинаково относятся, как к клиентам, так и к психотерапевтам в России. Доктор медицины Аверинцев С. по этому поводу сказал: «Российская психотерапия обладает европейским сознанием и не европейским бессознательным».

Таким образом, подчеркивая транскультуральные различия практической психологии и психотерапии XXI века, анализируя эффективность интегрированных с Востока и Запада методов практики, указывая на необходимость компетентности психологов – практиков и психотерапевтов в транскультуральных

вопросах (особенно в работе с психосоматическими, невротическими и личностными расстройствами), мне представляется значимым обозначить транскультуральную миссию психотерапии и роль этнической

функции культуры в поиске современных методов консультирования и психологической помощи на Втором Казанском Декаднике «Вызовы эпохи в аспекте психологической и психотерапевтической практики».

СТЕНОГРАММА ПРОФЕССОРСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

Бурно: Хочется сосредоточиться на самом главном для меня. Самом главном докладе, с которым мне бы хотелось подискутировать – это доклад профессора Менделевича. Владимир Давидович ясно ставит вопрос: «Что есть миссия психотерапии?» Вообще это слишком патетично. Миссия психотерапии состоит в том, чтобы заниматься своим делом. То есть не заниматься философией, не заниматься творчеством, искусством, психологией, как я понял, читая этот доклад, в психотерапевтической газете, а заниматься своим делом. И вообще что такое арт-терапия? Психотерапевт говорит об искусстве, пациент говорит об искусстве, ну и что? Это их право, а зачем это называть арт-терапией, зачем говорить о терапии творчеством. Конечно, можно все это исключить из психотерапии, но что тогда останется? Получается, что остается строгая медицинская беседа. По-моему, профессор Менделевич дает толковое определение психотерапии. Психотерапевтическая деятельность – это специализированного, целенаправленного, дифференцированного, учитывающего типологию, медицинские особенности, показания и противопоказания и научно-обоснованного медико-психологического воздействия и т.д. Конечно это определение медицинской клинической психотерапии, но встает вопрос: «А как проводить это воздействие?». Получается строго медицински. Проводить воздействие медицинской беседой, может медицинской беседой групповой. Я хочу сказать с убежденностью, что психотерапия развивается без нашей власти, без нашей воли, также, как и другие науки, научное искусство, так же, как искусство. И мы не можем помешать этому развитию, во всяком случае, серьезно. Также развивается и хирургия. Хирургия сегодня все больше и больше включает в себя тончайшую медицинскую технику, и мы не можем представить себе сегодняшнюю хирургию без электроники, лазера, без эндоскопов. Давайте представим себе, что хирургии не разрешили бы медицинскую технику, как было бы плохо людям, которым необходимо все это современное сегодняшнее хирургическое лечение с помощью медицинской техники для спасения жизни. Также и психотерапия, она аккумулирует в себя все более и более духовный

опыт человечества - и философию, и психологию, и искусство, и творчество. И прошло то время, когда научная медицинская психотерапия в конце 19 – начале 20 века ограничивалась медицинской беседой или гипнотическими сеансами. Психотерапия включает в себя все, что действует на человеческую душу, что просветляет и целебно развивает человеческую душу. Иначе и быть не может. Но тут очень важно подчеркнуть, что также, как хирург не становится инженером медицинской техники, применяя современную фантастическую медицинскую технику, также и психотерапевт не становится искусствоведам, писателем, философом, он остается психотерапевтом. Психотерапевтом с естественно-научным клиническим мироощущением, который живет в научном искусстве - психотерапевтическом. Или психотерапевтом психологического склада души. Это может быть не только психолог, это может быть врач с психологическим складом ума и его психологическая психотерапия основывается не на клиницизме, хотя он врач, она основывается на психологической теории – это есть подлинная научная психотерапия и начало ей положил Зигмунд Фрейд, а рядом существует клиническая естественно-научная психотерапия, которая в каких-то формах может тоже помогать людям с душевными трудностями, так сказать клиентам. Вот что я хочу подчеркнуть - психотерапевт, наполняющий свои психотерапевтические приемы духовным опытом культуры, творчеством, искусством, философией, психологией, остается психотерапевтом. Это есть его стержень и он психотерапевтически преломляет весь этот духовный опыт в отличие от писателя, в отличие от художника. Также, как хирург, не являясь инженером медицинской техники, всю эту медицинскую технику, по-своему хирургически, применяет, дабы насущно помочь больному. Можно сравнить для большей понятности. Вот есть замечательные занятия – сейчас изучают английский язык, эта система сейчас довольно разработана сегодня. Есть и рассказы, и сцены, и все это похоже на искусство, на литературу, но это же не есть искусство, это не есть литература, это не есть театр, а это есть методика преподавания английского языка, но с помощью средств

искусства и литературы. Там все педагогически продумано, там все основывается на педагогическом мышлении. Так же, как в психотерапии и психотерапевтическом мышлении. Может быть, это совсем кошунственно, но проповедь священника не правит редактор, потому что это есть не литература, это не рассказ - это религия, в которой выражает себя священник. Также и психотерапевт может писать психотерапевтические рассказы и эти рассказы не есть область искусства и литературы, это есть область психотерапии, потому что художественные образы здесь проникнуты психотерапевтическим мышлением, стремлением психотерапевтически помочь, и это может так написать только психотерапевт. Здесь звучат не просто художественные образы, а именно психотерапевтические художественные образы. Повторю, это все мне представляется очень важным. Еще раз повторяю - психотерапия живет своей жизнью и мы не можем ей помешать наполняться духовным опытом человеческой культуры. Не клиническая, естественно, а научная психотерапия и психологическая психотерапия становятся сегодня все более и более философски художественной.

Макаров: На первой нашей профессорской конференции, я хотел бы коротко сказать о всех докладах в отведенное мне время. Первый доклад профессора Марка Евгеньевича Бурно блестяще описывает историю психотерапии, блестяще описывает включенность психотерапии в ту медицину, которая не была специализированной, и психотерапия тоже была не специализированной. Затем произошло соответствующее разделение, и это блестяще показано. И для меня понятно, для меня важно, что психотерапией следует заниматься тогда, когда мы считаем, что такая помощь или такое развитие для данного человека или для группы эффективнее всего другого. Вот тогда, когда мы считаем, что то, что мы делаем эффективнее всего другого - тогда этим следует заниматься, если у нас есть другое мнение - лучше переадресовать, конечно, к другому профессионалу.

Я сожалею, что профессор Карпов не подал доклад и заболел сегодня.

С профессором Катковым, который участвует заочно, в нашей профессорской конференции у нас много общего, много лет мы работаем вместе. Мы обсуждаем и дискутируем, хотя он живет в Казахстане, а я живу в России и то, что он описывает в своем докладе, сильно перекликается с докладом профессора Хусаиновой, но вот только по-другому. С другой стороны описывает сходные явления.

Если говорить о докладе профессора Менделевича, я очень люблю дискутировать с Владимиром Давидовичем, мне доставляет удовольствие дискутировать с ним. Я хочу сказать то, что Владимир Давидович считает, что воз и ныне там - это его

глубокое заблуждение и это его особенность. Поэтому что он слышит и видит только себя, а не то, что происходит вокруг, это не его свойство видеть ту огромную динамику, которая происходит вокруг. Действительно, те изменения, которые происходят в нашей области - они огромны. Это можно увидеть и в Казани, это можно увидеть и в Москве, и во Владивостоке, и в других регионах. То, что Владимир Давидович считает, что нам не следует учитывать западный опыт, для меня это странно, потому что он сам как раз и учитывает западный опыт, он сам много берет на западе и сейчас, в данную минуту, он переезжает из Эдинбурга в Лондон, а завтра будет в Казани. Поэтому, я хочу сказать, что наши дискуссии с ним очень перспективны и, в общем, это дает результат и движение развития нашей специальности.

Профессор Попов Дмитрий Михайлович дал такое теоретическое описание психотерапии, которое мне ближе, чем другие теоретические описания и я хочу сказать, что проблема нашей психотерапии в том, что у нас, мягко сказать, очень мало теоретиков. Практически нет теоретиков - тех людей, которые бы говорили: «Я - психотерапевт-теоретик». Действительно, все мы занимаемся практикой, и более того, существует такая точка зрения, что если ты не практикуешь - ты не психотерапевт. Я считаю, что эта точка зрения во многом устарела на данном этапе развития нашей специальности. Нам необходимы теоретики, ведь в западных странах есть теоретики. Я с большой завистью слушаю такие доклады, когда выходит человек и говорит (на всемирных конгрессах, 4 всемирный конгресс будет в Буэнос-Айрасе в конце августа, пожалуйста, кто желает, присоединяйтесь к нашей делегации. Российская делегация, как всегда, будет одной из самых больших. На втором конгрессе мы были второй по величине делегацией, на третьей были четвертыми, уступив китайцам, а вот на четвертом, мы, конечно, не будем в пятерке самых крупных, потому что все-таки это латинская Америка, и это не очень дешево туда ездить, но наша делегация будет большой) «Я 40 лет занимаюсь историей психотерапии, я пришел к вот таким выводам» и начинает рассказывать - это крайне важно и это крайне интересно. Та система, которую излагает профессор Попов, мне она наиболее близка, и я думаю, мы ее опубликуем везде, где можно и хорошо бы, чтобы это теоретическое направление психотерапии дальше развивалось.

Профессор Прохоров высказал свои представления о психотерапии, свои представления о психологической модели, о медицинской модели. Вместе с тем, я хочу сказать и профессору Попову и профессору Прохорову, что слово «терапия» имеет одно из значений «честь», только одно и это новое значение для слова «терапия». В общем-то, психотерапия может также переводиться успешно, как

«служение очага», служение очага светского гуманизма. У данного слова много смыслов.

Теперь я хочу перейти к докладу Ирины Федоровны. Он произвел на меня очень большое впечатление. Ирина Федоровна имеет возможности сравнивать то, что происходит за рубежом и то, что происходит у нас. Имеет опыт работы и там и здесь и это очень важно. Нам очень важно, что бы у нас было как можно больше специалистов, имеющих зарубежный опыт, к сожалению, те, кто едут туда учиться, там и остаются. Раньше так бывало, что те, кто выезжал, при возвращении в страну выходили на пенсию, потому что это ездили чиновники государственные, все ездили за государственный счет. А сейчас те, кто едут учиться там и остаются, потому что понятно - что, те кто едут, они обучаются там тем методикам. Они получают там работу, а едут лучшие представители. Чем больше специалистов с западным опытом будут возвращаться в нашу страну, тем быстрее мы будем продвигаться в нашей области.

Доктор медицинских наук Тукаев является одним из немногих теоретиков, которые совмещают теорию с практикой и его заявление, что миссия психотерапии в развитии самой психотерапии, я слово «развитие» добавляю в его заявление, оно, конечно, соответствует реальности. И это можно говорить о миссии всего, в чем состоит миссия человека, человечества? В развитии человечества. В чем состоит миссия конкретного человека? В развитии, в его развитии. Это беспроектное представление о миссии и оно также имеет важное значение. Экономический аспект психотерапии Рашид Джаудатович подчеркнул очень удачно, и Рашид Джаудатович также удачно сказал о моно-модальности. Действительно, ряд модальностей не только в России, но и в развитых странах, к сожалению, складывается как секта, и они уже приходят к нам в страну, и я уже знаю, как вычислять этих людей. После первого тура обучения остаются не самые способные, а самые преданные остаются на второй тур. То есть, я набрал группу в 40 человек; из них 16 - были врачи с большим стажем, суперспециалисты. Вдруг, после того, как был закончен первый год обучения, все были отчислены как малоспособные. Зато другие люди, с моей точки зрения не способные, оказались лучшими. Отбираются люди по принципу преданности. Дальше они обучаются бесконечно долго, становясь сторонниками этой модальности, то есть модальности некоторой части, важной модальности таких, как гештальттерапия, психоаналитическое направление, ряд психоаналитических направлений. Некоторые аспекты транзактного анализа складываются, как секты, и идет это с запада. Экзистенциальная психотерапия в одном из своих вариантов тоже складывается, как секта. Это есть, и это болезнь.

В докладе профессора Хусаиновой прозвучало очень много важных моментов. Доклад перекликается с докладом профессора Каткова. И вот о том, что русские являются носителями западной культуры, у меня есть большое сомнение, как у человека на 100% русского, и как изучающего наше прошлое и настоящее. Мы являемся таким срединным народом и сильно отличаемся от западных людей, очень сильно отличаемся от западных людей. В том, что нарастают проблемы отцов и детей и то, что здесь еще этнический аспект. Действительно, мы переживаем самые бурные изменения за всю обозримую историю нашей страны, самые бурные. Никогда такого не было. Конечно, если добавить этнический аспект, то все это будет еще более представленным. Я доверяю профессору Хусаиновой по поводу исследования элиты, но, в общем, у меня другое мнение по поводу первых лиц. Если среди членов политбюро ЦК КПСС не все были с высшим образованием, Никита Сергеевич Хрущев – гений – то ли школу закончил, то ли 8 классов, он гений.

Кто-то: там начального образования иногда не было.

Макаров: То сегодня посмотрите, первые лица государства почти все с учеными степенями, полученными до того, как они стали первыми лицами, то есть нормальным путем, большинство - со знанием иностранного языков и опытом работы за рубежом. То есть, среди первых лиц, среди первого эшелона наш культурный уровень, профессиональный уровень резко выше, чем это было. Я очень обеспокоен, как и другие, вопросами семьи, и не согласен с профессором Хусаиновой, что разные типы семьи – это очень хорошо, прекрасно. Любая семья, гражданская (мне однополая только не нравится), любая семья. У меня есть такое предложение – расширить понятие семьи и создавать в нашей стране культ семьи. В отношении рождаемости я совершенно согласен, и мне было печально 8 марта смотреть, как наш президент пригласил к себе на чай ветеранок войны, но ни одной матери-героини. Мы, конечно, чтим наши достижения и победы, у меня воевали оба родителя на войне, но когда 8 марта за столом у президента нет ни одной матери-героини – вообще не обсуждается вопрос о рождаемости в стране и о миссии женщины. Я думаю, что это ошибка, которую мы, профессионалы, должны стремиться максимально быстро исправить и, максимально используя все наши каналы, подсказать власть предержащим, что сегодня нужно заниматься семьей, заниматься рождаемостью, и что главный ресурс нашей страны – это наши граждане, это менталитет наших граждан, а не только наши прошлые достижения и наши полезные ископаемые.

Доклад профессора Каткова А.Л. во многом перекликается с моим докладом. Это не мудрено. Мы много лет сотрудничаем и у нас много общих результатов.

Вот это то, что я хотел сказать на дискуссии нашей профессорской конференции.

Попов: Я хочу сказать, что это очень знаменательное, приятное событие в жизни людей, которые занимаются человекознанием в Казани. Это действительно так. Я раньше не сказал слова благодарности нашим гостям, которые регулярно заглядывают к нам. Более того, я понял, что им понравилось вся та атмосфера, которая создается на этих декадниках и постепенно круг компетентных лиц все расширяется и расширяется. Это приятно. Приятно то, что это направление, вольно или невольно, обогащает те действия российского психологического общества, которое тоже ищет свое современное новое лицо. И действительно, я думаю, что это очень приятное событие. Теперь по существу тех позиций, тех положений, которые мне близки и над которыми я буду соображать дальше.

Во-первых, мне близка идея профессора Макарова, что настало время, когда психотерапия может рассчитывать или быть провозглашена в качестве или самостоятельной науки, или самостоятельной отрасли знания. То есть как бы выведенной из-под крыла только медицины или только психологии. Я думаю, что есть все основания говорить о росте психотерапевтических ассоциаций, интересов и, главное, спроса нашего общества на это. Далее в действие вступает возможность дискуссии, как отнестись к этому, но, к сожалению, доклад профессора Менделевича я не услышал, были другие дела. Понятно, что речь идет, с одной стороны, об ограничении пространства, которое должно быть занято психотерапевтами по строгости требований, предъявляемых к этой деятельности. С другой стороны, как сказал профессор Бурно, жизнь богаче, она столько много дает нам направлений, что пока что замыкание в рамках этих границ не целесообразно. Хотя здесь, я думаю, мы должны многому, психологи во всяком случае, поучиться у медицины. А именно, когда возникают проблемы экспертной оценки какого-то человека силами психиатра, медика, допустим, врача, психолога, социального работника, то все знают, что психологу не дают право окончательного решения и ставить подпись под этим решением. То есть медики, традиционно как бы более лучше, представлены в нашем сообществе в статусном положении, этому я думаю надо учиться. Именно от этого идет движение Владимира Давыдовича Менделевича к ограничению, своего рода стереотипности действий, программ вплоть до создания каких-то программных документов. Но вы же понимаете, что психотерапия в действительности - это все-таки искусство. Здесь я

солидарен с Марком Евгеньевичем. Это искусство и закрывать на это глаза нельзя, и когда я говорил о возможности помещения психотерапии в русло, допустим, целостного подхода к личности, ну это хотя бы какая-то смычка, к научному осмыслению психотерапии. На самом деле всегда это будет. Деятельность, которая связана действительно с духовным осмыслением всей культуры, с очень внимательным отношением к клиенту, с демонстрацией своей интуиции, как ни у кого больше, у художника, в данном случае, у психотерапевта она должна работать с учетом здравого смысла и так далее. Но ведь вот такая еще проблема возникает. Вы знаете, что в ряде случаев психотерапевт претендует на научное звание, потому что ему мало народной любви. Какие формы признания существуют у психотерапевтов? Вот в психотерапевтической лиге, к которой нас Сергей Владимирович причислил как наблюдательных пока еще членов, существуют уже некоторые градации людей посвященных, скажем так. В обществе не выработаны критерии, по которым человек, занимающийся психотерапией имел бы народное и государственное признание. Не выработано. Остается проблема, где же получить это признание? С одной стороны через народ, через деньги, которые они несут, и через большую любовь. Наира Юсуповна призвала к большому просветительству, я согласен. Но в начале не плохо поставить вопрос о взаимопросвещении в рамках психотерапевтической лиги и о снятии возможности посещения в разные секции без взноса. Я думаю, что это тоже был бы небольшой шаг к этому делу.

Дальше я бы хотел сказать, что искусство-то остается, но если человек желает степень получить - ему приходится или на медицину рассчитывать, или на психологию. А тут свои каноны, свои законы, свои эксперты со своими правилами, и, по неволе, тогда надо вмещать все свои результаты в узкое прокрустово ложе, назовем так, науки, где самые разные дополнения не принимаются во внимание. Вот одна из очень больших проблем. Для меня, например, совершенно ясно, что можно психотерапевтическое направление рассматривать в рамках технологической составляющей человека, как субъекта развития и саморазвития, группу, как субъекта развития и саморазвития. То есть, наряду с содержательной составляющей, чем давно занимаются психологи, для меня стало совершенно ясно, что технологическая составляющая, теоретически не осмысленна, ибо она во многих случаях строится на базе наития, здравого смысла, не выявленных закономерностей, но также, и как содержательная составляющая, когда создается какой-то продукт. В рамках психотерапевтического движения может быть своя линия на этом направлении, свои механизмы, вскрытые через углубление психологии. Следовательно, признание со стороны

такой науки, как психология, здесь нет, я думаю, никаких загадок. Но иногда приходится практикующим психотерапевтам преклонить голову перед членами ученого совета, потому что надо вписываться во всю вот эту проблематику, весь этот понятийный аппарат. Приходится частично ломать себя, пригибать себя, но ради большого дела, я думаю, это делать надо, потому что дальше уже простор, но научная оснастка остается, и от этого тоже никуда не денешься.

Прохоров: Уважаемые коллеги я хочу сказать, что я не хотел бы давать оценку докладам, потому что это разные дороги к одному целому, как говорят, разные дороги к Богу. Много путей к Богу, не важно, какие они и все доклады, они разные, естественно. Я хотел бы отметить тезисно два момента, которые меня особо заинтересовали. Прежде всего, это первый момент, то, что разные методы модальности – дают одинаковый результат. Напрашивается вывод о том, что существуют какие-то одинаковые механизмы, психологические или психофизиологические, которые приводят к одному и тому же результату. Мне кажется, в этом аспекте имеет смысл поработать психотерапевтам, занимающимся теоретическими вопросами в области психотерапии и, на мой взгляд, ответ на этот вопрос «Почему при разных методах одинаковый результат?» ответ находится в глубоком изучении сознания человека или, упрощенно говоря, его ментальности. Сознание структурировано, и если мы возьмем какую-нибудь модель, например, модель Леонтьева, нашего выдающегося психолога московской школы, то сознание имеет три крупнейшие составляющие. Это чувственная ткань, которая представлена в образах; это система значений, которая раскрывается через словесное описание и через семантику; и - смысловая структура. Получается так, что на сознание мы воздействуем словом или знаком словесным, на сознание мы воздействуем образом, на сознание мы воздействуем действием физическим. Это воздействие изменяет, на мой взгляд, семантическое пространство, которое представляет, образно говоря, пианино с клавишами, где каждая клавиша отражает действие целой системы, физиологической одной, другой, третьей, психических систем и различных отделов. И воздействие словом на эти системы приводит к тому, что изменяется смысловая структура, изменяются психические свойства человека. Мне кажется, что развитие исследования в этом направлении позволило бы дать ответ на вопрос «Почему разные методы приводят к одному и тому же результату» и мне кажется, что здесь есть большая перспектива такого рода исследований.

Второй тезис, о котором я бы хотел сказать, заключается в том, что психотерапия, у меня такое впечатление складывается, скорее всего по нашим

казанским психотерапевтам и психиатрам, далеко стоит от психологии. Много того, что наработывается психологами, совершенно не внедряется, не учитывается, не наработывается, не подхватывается в виде методов, которые могли бы иметь место в реальной практике. Ну, например, Казанский университет является ведущим в стране, я полагаю, в области изучения психологии состояния. Разрабатывается теория психических состояний человека. На факультете психологии, у нас в университете, разработан целый ряд концепций функциональных структур состояний, концепций неравновесных состояний, концепций семантических пространств состояний, концепции смысловых детерминаций состояний, концепции структурно-функциональной организации и т.д. Это направление разрабатывается очень давно, но ни разу еще не было ни одного психиатра и психотерапевта, которые бы поинтересовались как такие фундаментальные исследования, полученные в рамках этого направления и школы, были бы интересны, полезны для разработки каких-то методологий. И мне кажется, что мной второй тезис заключается в том, что необходимо, чтобы движение психотерапевта, психолога было более интенсивно, более плодотворно для нас в деле решения проблем человека.

В заключении я хочу сказать следующее, что покровитель наук в казанском университете, покровитель студенчества - Святой Варфоломей – он незримо летает над нами, и чувствуется, что наш декадник, начало декадника, - профессорская конференция удалась. Я всех поздравляю и желаю удачи.

Сибгатуллина: Я выскажу три тезиса, которые подвигают меня к этой дискуссии и касаются они докладов моих коллег. Первое, мне хотелось бы остановиться на докладе профессора Хусаиновой и обратить внимание на тезисы, которые звучали относительно вопросов профилактической психотерапии. Вы знаете, меня однажды очень удивила ситуация, когда я услышала ход своего европейского коллеги-психотерапевта, который заявил клиенту, что ему еще рано, что он еще не созрел до того, что бы прийти к психотерапевту. Я слышала это от некоторых докторов в разных ситуациях, медиков, которые говорят, что вашу болезнь еще рано лечить, ведь она еще не в той стадии, чтобы я мог применить свой метод. Мне кажется, что это неверно, поэтому я обращаю ваше внимание на тезис Наиры Юсуповой и хочу сказать, что, в определенной степени, на сегодняшний день профилактическая психотерапия - это то, что весьма требуется. Хотя удивляешься иной раз тому, что о профилактике, употребляя этот термин, говорят все. О профилактической медицине, например, в практической психологии образования я сама читала положения, говорила об этом. И в данном случае мне кажется, нужно уделить особое внимание нам. Но

встает сразу вопрос - в каких формах и в каком содержании, и в каком управленческом механизме эта профилактическая психотерапия на сегодняшний день может быть. Если вы читали труды профессора Фахояна – это московский профессор, он занимается психопрофилактикой в психологии, он говорил о разработке этой структуры - это его докторская работа и эта работа имела огромную дискуссию и, в том числе, было мнение, что она не подходит к системе психологической службы образования и здравоохранении. Опять таки, я возвращаюсь к своему тезису, что надо думать, осмысливать как это делать.

Второй тезис касается доклада Владимира Давыдовича Менделевича и, в частности, его мысли о том, что на сегодняшний день есть методы психотерапевтические, которые не относятся к психотерапии никоим образом. Речь шла о тех методах, которые заложены искусством. Я очень уважаю профессора Менделевича и очень его люблю и дружу с ним и, даже не даст соврать Леонид Михайлович Попов, мы сейчас совместно ведем научную работу и являемся со-руководителями одной из кандидатских работ, но я выросла в семье художника, я замужем за человеком, который занимается творчеством и мой сын выбрал этот путь как профессиональный. И я вам могу сказать на своем опыте как человека, что искусство всегда имело психотерапевтическую, если не цель, то, по крайней мере, духовную функцию. Более того, я не могу не сказать о том, что последние два года моей профессиональной деятельности в этом направлении – это открытие работ магистра искусствоведения. Вы читали наши публикации в последнем сборнике психотерапевтической лиги, и работы Марка Евгеньевича Бурно, с которым я имею счастье сегодня познакомиться.

Третий тезис, который я бы хотела высказать в дискуссии: мне кажется, если вы обратили внимание на слова Александра Октябриновича о том, насколько мы готовы сегодня принимать методологические школы. Я имею в виду медицину и психологию, в частности, психологию и психиатрию. Мне кажется это очень важно. И кто здесь в большей степени готов еще вопрос. Когда я писала докторскую работу, а я занимаюсь исследованием дисинхронии психического развития, я только в психиатрических словарях нашла определение этого научного понятия. Но каково было мое удивление, что все последующие работы, касающиеся изучения неравновесных психических, в том числе и состояний, которыми занимается профессор Прохоров, все они были в области психологии. Хотя ни один психиатр мне не сказал: «Что это за термин вы новый придумали – дисинхрония?». Эти вопросы мне больше задавали психологи, но в определенной степени именно содержание было разработано в

методологической школе, психологической школе. Вот это то, что я хотела бы заявить в дискуссии.

Тукаев Р.Д.: Дорогие коллеги, я не хотел рассматривать и отреагировать каждый из докладов, скорее я хотел бы отрефлексировать некоторые идеи, которые звучали в этих докладах. Отреагировать их через, с одной стороны, понимание того времени, в котором мы живем и понимании, в общем-то, оптимистическом, поскольку большая часть из присутствующих здесь в зале пережили распад империи, огромной, современной, одной из последних империй на земном шаре. И предшествующий человеческий опыт говорит о том, что этот период после распада империи протекает достаточно тяжело, долго и болезненно. И весь этот период мы, собственно, сейчас и переживаем, но история также доказывает, что люди переживают подобные эпохи и переживают вполне благополучно. Поэтому, если говорить о тех, кто живет в этой стране и о той психотерапии, которая есть в этой стране, я думаю, что с нами со всеми все будет хорошо. Несколько успокаивает, когда соотносишься со временем, в котором живешь. Чтение исторической литературы, а для меня нет ничего более успокаивающего в этом отношении, чем чтение книги Гая Светония Транквилла о жизни 12 цезарей. Сравнивая то, что происходило тогда с тем, что происходит сейчас, успокаиваешься, потому что такого масштаба, такого размаха ни добро, ни зло в наше время, в общем-то, не имело, даже по сравнению с Древним Римом. Ничего ужасного и не происходит. Видимо это ассоциация в связи с одним из последних докладов, который звучал. Я думаю, что есть еще один важный момент, по поводу которого я начал именно с этого свое выступление. Когда изучаешь историю развития психотерапии, она всегда предстает как авторская история, возникает впечатление, что автор создает методику, методика затем распространяется, тиражируется. Вот здесь был высказан пример позитивной психотерапии Хамида Пезешкиана, но есть и другая точка зрения, которую кстати до меня в дискуссии высказал Марк Евгеньевич Бурно, о том, что психотерапевтический процесс развивается достаточно спонтанно, о том, что психотерапия имеет потенциал саморазвития, о том, что она развивается в ответ на социальный запрос общества. Конечно, ответ на этот запрос он всегда носит авторский характер, конечно же, он персонифицирован, но, тем не менее, возникает вопрос: «Что первично - запрос на определенную терапию от социума, в котором мы живем сейчас здесь или же предлагаемые методики?». Я думаю, что первичен этот запрос и собственно общество и селекционирует и отбирает из широкого перечня того, что предлагают только то, что актуально, востребовано и соответствует середине этого запроса. Если мы возьмем сегодня западную

психотерапию? Ну, кто сегодня вспомнит психотерапию первичным криком? Когда-то Джон Леннон, Йоко Оно и иже с ними были первыми видными пациентами, и был большой ажиотаж. Есть и другие направления, например, случайно ли направления, ориентированы на восточную философию, мудрость и фольклор стали популярны в западной Европе. Давайте вспомним сказку о Маленьком Муке, давайте вспомним сказки «Тысячи и одной ночи», и тогда поймем, что на определенном этапе развития общества эта восточная тема, учитывая тем более нарастающую мусульманизацию населения западной Европы, арабизацию, иранизацию этого населения, конечно же, она стала востребованной. Появление в западной Европе позитивной психотерапии не случайно. Это социально обусловленный процесс, и вот с этой точки зрения очень интересен тот материал, очень свежий материал, который получили из Шри Ланки, Таиланда и прочих регионов, которые потерпели жесточайший урон от цунами. Мы знаем, как это должно выглядеть. Это консультативная помощь, прямо там, родственникам пострадавших, при работе в очаге поражения, это последующая работа по предотвращению - терапия стрессовых расстройств, длительная работа и очень тяжелая. Давайте сравним то, что же получилось в той же Шри-Ланке. На всю Шри-Ланку, а там живет на сегодняшний день много миллионов людей, я боюсь ошибиться, то ли 4 то ли 40 психиатров. Мне почему-то кажется, что 4 психиатра. Причем проблемы с терапией постстрессовых расстройств, а это утверждения официальных представителей мировой психиатрии актуальные, только что полученные, - нет. Этих 4 психиатров, всех кто не эмигрировал, кто остался в Шри-Ланке, (в основном психиатры получают высшее образование и уезжают и работают в западном мире) вполне достаточно, потому что население, в общем-то, не пользуется помощью психиатров при решении своих тяжелейших личностных проблем, а также помощью психотерапевтов. Лучшее средство в Шри-Ланке для лечения, скажем, посттравматических стрессовых расстройств – это массаж, который снимает все постстрессовые проблемы людей. И объяснить это можно только одним способом – важно помнить, что у социума, у населения в целом, есть представление о том, что такое болезнь и как ее лечить. В своих работах я называю это Моделью Болезни и Терапии массового сознания или же моделью проблемы и ее решения тоже массового сознания. Причем в этой модели прописаны разные способы и они, действительно, как сказал кто-то из выступавших здесь, культурально обусловлены, более того, исторически обусловлены, потому что эта модель – иерархическое образование, уходит корнями в прошлое, и, просто напросто, в Модели Болезни Терапии тех людей, которые пострадали от цунами, совершенно

другие средства для решения личностных, психологических проблем. И именно поэтому эти средства задействованы и именно поэтому они эффективны, то есть если у меня есть культурально-обусловленное представление о том, что такое моя проблема и как с ней работать. Срабатывание этого представления, реализация его в жизни дает мне решение этой проблемы. Я думаю, что этот пример очень интересен и, вообще, надо сказать, что совершенно неоригинальна точка зрения о том, что психотерапия является целительством культуры. По определению исследователей, которые с данной точки зрения исследуют культуру, это важнейший компонент психотерапии. Где-то до 60% эффективность психотерапии, даже такие исследования проводились и проценты подсчитывались, определяется именно культуральным компонентом. Совершенно очевидно поэтому, что слепой автоматический перенос психотерапии из одной культуры в другую практически не возможен, или будут работать методы психотерапии совершенно по-другому. И я хотел бы еще сказать о взаимовлиянии, о взаимопроникновении психологии и психотерапии. Конечно же, психотерапия весьма и весьма зависима от психологии, и далеко не полностью использует тот ее огромный, наработанный на сегодня потенциал, который разработан в психологии. Хотя и есть обратная связь психологии и психотерапии. Поскольку в психотерапии есть возможность изучать системы, я имею в виду одного человека или группы людей в динамике, причем это направленная динамика с определенной функциональной нагрузкой, эти изменения и качественная их оценка позволяет вскрыть те механизмы, которые лежат в основе этих изменений. Не случайно многие психотерапевты служили инициаторами развития психологических направлений и теорий. И именно то, что психотерапия работает с меняющимися системами, позволяет, в рамках психотерапии, получать очень важный и очень богатый динамический материал, который подлежит далее научному и психологическому осмыслению. Я думаю, что вот эта составляющая психотерапии не полностью еще учитывается психологами в их научной работе, и я думаю, что поэтому у психологии и психотерапии, которые, конечно же, являются двумя из трех сестер, потому что хочешь не хочешь, а третья сестра - это медицина в общем и психиатрия в частном. Конечно же, у них есть возможности для взаимовлияния, взаимной интеграции, взаимопоставления и это сопоставление будет благодатным. Собственно все, что я хотел сказать, я уже сказал. Мне остается поблагодарить организаторов этого мероприятия, саму аудиторию за тот прием, теплый, несомненно, он ощущается и подчеркнуть, что и психотерапия и психология, которая с ней, безусловно, дружит и будет дружить дальше в российском варианте, по крайней мере, я уверен, с прогнозом все будет хорошо.

Хусаинова Н.Ю.: Доклад был зачитан Менделевича и там была одна очень опасная, на мой взгляд, мысль, что психотерапия, если она должна быть научно реализована, научно обоснована, она должна быть свободна от момента, где влияет сам психотерапевт. Ведь идея такая была. С этим я, в принципе, не могу согласиться. Во-первых, потому что я здесь с вами стою в одном названии, хотя я по базовому образованию физик. Так вот в квантовой физике уже доказано, что присутствие только экспериментатора влияет на поведение элементарных частиц. Что же говорить тогда о взаимодействии клиент – психотерапевт, которое организует систему. Есть исследования, где показано сравнительное влияние методов на результат и показано, что, действительно, отличий нет, исходя из методов. Все различие – только от самого психотерапевта, от человека. Поэтому, это мое кредо, что все мы работаем с другим через себя. Мы, психотерапевты, психологи, преподаватели являемся инструментом взаимодействия с другим человеком, этот инструмент надо каждый раз совершенствовать, оттачивать и всегда помнить, что мы влияем целиком собой.

И теперь по поводу моего выступления. Во-первых, я сразу оговорила, что я, опираясь на исследования других людей, называла фамилии, поэтому если речь шла о том, что понижается интеллектуализация элиты, то термин был интеллектуализация, а не что-либо другое и вы сами сказали, что он был почти гений. Да, поэтому я не говорила об образованности, я говорила об интеллектуализации – это первое. И второе, когда я говорила о том, что 80% татар имеют европейский тип культуры, я не имела в виду тип культуры, я говорила об управленческом типе культуры.

Макаров: Брифинг. Вот подошла пресса, как мне сказали. Итак, пожалуйста, сейчас представители прессы и другие желающие могут задавать вопросы профессорам, в последующем желающие могут высказать свое мнение. Пожалуйста, кто желает задать первый вопрос?

Газета «Молодежь Татарстана», Людмила Голова: Когда человек приходит к психотерапевту с желанием закодироваться от алкоголизма, допустим. Почему потом, очень часто, люди начинают либо курить, либо больше есть.

Макаров: Итак, кодирование – это такая психотерапевтическая процедура, которая разработана доктором Довженко в советское время, он был драматологом, учился психотерапии один месяц на нашей кафедре, после этого разработал свой подход. Воздействие на зависимого человека, успешное, приводит к тому, что этот зависимый человек начинает развивать другие зависимости. Поэтому,

когда мы начинаем действовать на зависимого человека, мы думаем, какая же зависимость может развиваться на смену блокированной зависимости? Вы правильно сказали, и это еще не самое страшное, когда человек, закодированный от алкоголя, как вы сказали, начинает либо много есть, либо много курить. Активизируется либо пищевая зависимость, либо зависимость, связанная с курением, потому что процедура кодирования не предполагает глубокой работы с личностью. Это разовая процедура, это советская психотерапия, которая рассчитана на советского человека, которого главное было как следует напугать и утешить. Но понимаете, к сожалению, кодирование все еще востребовано, настолько востребовано, насколько люди остаются советскими людьми.

Газета «Молодежь Татарстана», Людмила Голова: А сейчас человек не советский? Он сейчас не зависимый?

Макаров: Человек постсоветский. Мы, к счастью, лишены многих внешних запретов, но они нами интериоризированы в нашей голове и на три поколения обеспечены нам эти запреты и эти советские мифы, если психотерапевты не будут работать над тем, чтобы эти мифы заменить новыми.

Газета «Молодежь Татарстана», Людмила Голова: А они есть эти новые мифы?

Макаров: Новые мифы есть, они активно навязываются нам средствами массовой информации. Рискуйте, играйте, выигрывайте. Выиграть может каждый, на каждом углу казино, на каждом углу нам предлагают играть и выигрывать. Вот новый миф. Деньги решают все, наш главный герой сейчас – бизнесмен и в местах лишения свободы встретились те, кто находится за незаконную предпринимательскую деятельность, и новые герои наши встретились. Те, кто был анти-героем недавно, стали главными героями в наше время. Да, есть новые мифы, они активно рождаются, ни одна страна, ни одно общество не могут жить без мифов. Рашид Джаудатович сегодня удачно говорил о мифах и более того, второй мировой конгресс по психотерапии так и назывался «Миф. Сон. Реальность».

Газета «Республика Татарстан» Людмила Карташова: Я хочу сказать, что я очень внимательно выслушала доклады. Мне очень понравился доклад профессора Хусаиновой, несмотря на некоторое негативное мнение, которое вызвали ее выводы. У меня вопрос такой: «А какие решения этих проблем? Помогут ли нам психотерапевты, что же нам делать?». И, я думаю, почему меня это заинтересовало, мы ведь живем в Татарстане, что вы ответите?

Хусаинова: Я обращаюсь лично к вам, когда я озвучивала, актуализировала эти проблемы, я говорила, что предстоит работа нам, полагая, что мы должны вести не специфичную, не присущую нам работу, связанную с просветительством. Вот в этом я вижу первый шаг к решению. Ну и, в основном, мы должны работать, заранее предполагая, кто нам поможет решать эти проблемы психотерапевтов, ибо психотерапевт всегда работает за деньги и если кто-то будет не в состоянии платить, а проблема есть, значит должна быть уже какая-то инфраструктура, которая должна обеспечивать эту нашу проблему в виде оплаты. Поэтому, мы должны работать с кем-то еще, чтобы до осознания групп людей доходило, что это очень сложная и важная работа, и она не может быть бесплатной, и эту работу нужно оплачивать кому-то вместо страждущего.

Макаров: Позвольте, тогда я дополню профессора Хусаинову. Один или два раза в неделю мне звонят с разных каналов телевидения в Москве и говорят: «Дайте говорящего психотерапевта на такую-то передачу «Что хочет женщина?», «Что хочет мужчина?». Вот вчера на «Что хочет женщина» нужно было психотерапевта и сексолога, то есть мы востребованы в средствах массовой информации. Я, как президент профессиональной психотерапевтической лиги, каждую неделю озабочен тем, чтобы направить одного сотрудника, направить другого психотерапевта на телевидение, или чтобы они давали интервью прессе. Мы востребованы. Я не согласен с профессором Хусаиновой, что не наше дело просвещение.

Хусаинова: Как раз наше. Не специфичное, но наше.

Макаров: Я согласен, что наше. И я также хочу сказать, что мне очень нравится, что говорит профессор Хусаинова, что каждый раз, когда мы работаем нужно понимать, кто платит. Часто плачу я сам. У нас есть такие консультации, профессор Бурно ведет, я веду. В Интернете все это обозначено, можно записаться и прийти, и мы будем консультировать. Кто платит? Мы платим, и наши сотрудники платят за это. Всегда важно понимать, кто платит. И всегда важно говорить клиенту, что я работаю с вами за мой личный счет. Бесплатного ничего нет. Или я работаю с вами за что-то другое.

Газета «Республика Татарстан» Людмила Карташова: назовите ваш электронный адрес.

Макаров: centr@oppl.ru

Иванова Т., студентка 3 курса факультета психологии: Я хотела спросить, что в связи с тем, что

сегодня в обществе все чаще возникают такие тенденции – растет агрессия в семье, растет агрессия в профессиональных коллективах и так далее. Как может психолог-профессионал функционально повлиять на это и каковы пути-выходы вообще из этой агрессии?

Макаров: Первый путь – это путь отреагирования агрессии. Для этого во всем цивилизованном мире существует огромная киноиндустрия. Включите после 12 телевизор, и на всех каналах убивают, насилюют и так далее. Это один из путей отреагирования агрессии. И есть второй путь, нам нужно каждый раз осознавать – нужна ли нам эта информация? Если нужна, я ее восприму, и я ее буду хранить. Нам нужно каждый раз осознавать, за чей счет мы должны отреагировать эмоцией, которые нам передают. Человек встает, приходит на работу и раздает всем пинки, я его останавливаю и говорю: «Если вы хотите меня напинать, пожалуйста. Мой рабочий час стоит столько-то денег. Вы мне испортите полдня, заплатите, пожалуйста, потом можете сказать все, что обо мне думаете». То есть, здесь дальнейшее движение состоит в развитии психологической культуры, и мы с вами призваны для того, чтобы психологическая культура общества повышалась. А работать мы можем в этом направлении только через средства массовой информации и, слава богу, включаем телевизор, почти во всех передачах есть психологи, психотерапевты – мы можем работать, у нас канал есть.

Хусаинова: Я некоторое время назад приехала из Парижа, где долго смотрела телевизионные передачи с участием психологов. У нас психологов показывают очень коротко, взяв интервью, тебя вырезают, и потому удивляешься, как ты такую ересь могла сказать, потому что там все вырезано. Там передачи с участием психологов идут по 3-4 часа и на очень узкие проблемы. Например, какую сумку должна носить женщина – 4 часа. Все понятно становится. По каждой проблеме, должно быть просвещение.

Макаров: Это наше будущее. Я пытаюсь в Москве найти канал, который пожелает с нами так сотрудничать, пока не нашел, но уже некоторое время ищем. Если в Казани вы найдете такую возможность, что психолог будет регулярно на экране и, будут специальные программы, рейтинг которых будет расти, то я думаю, что и московское телевидение обратит на это внимание.

Вопрос: Ваше мнение по поводу канала «Домашний», программа «Поговори с ней».

Макаров: Канал «Домашний» только начинается, а эту передачу, к сожалению, я ни разу не видел.

А что там?

Из зала: А там, как раз, разбор жизненных проблем психологом, примерно час передача длится.

Хусаинова: Там все немножечко не так, не то.

Макаров: А кто в качестве психолога выступает? Часто актеры выступают в качестве психологов. У нас особая страна, актеры вместо психологов, начинают глупости какие-то нести. Я, как президент лиги, наш этический комитет начинает задавать вопрос «А кто это?», а потом оказывается, что это начинающий актер такого-то театра.

Есть ли еще вопросы? Вопросов больше нет, тогда переходим к выступлению желающих.

Фамилия моя Ибрагимова, я преподаватель педагогического университета. По поводу той дискуссии, которая велась в отношении доклада Менделевича. Вот там я отрезонировала со словами, что иррационализм – это наследие прошлого. И во мне все взбунтовалось, во-первых, слово рационализм, иррационализм – в нем ничего нет плохого, и у меня сразу возникла мысль, что это не наследие прошлого, а это предвосхищение будущего. И, во-вторых, взгляд на человека, как на существо целостное, холистическое оно предполагает в какой-то мере метафизический взгляд на него и понимание того, что человек устроен не так просто, как рассматривает его медицина – физическое тело и все.

Меня зовут Андрей Камин, я представитель Нижегородского отделения ОППЛ. Я с искренним удовольствием прослушал все эти доклады. Нам предстоит что-то подобное, но ниже уровнем, на следующей неделе. Мы бы хотели сформулировать отношение психотерапевта к базовым социальным проблемам. То, что называлось в медицине социальными болезнями – это проблема зависимого поведения, это проблема домашнего насилия, это проблемы психического здоровья и проблемы людей с ограниченными возможностями, у нас в России 2/3 инвалидов – это люди с психическими нарушениями. Понято, что эти проблемы в первую очередь социальные, проблемы национальной интеграции, проблемы толерантности, потому что в многонациональной стране. И очень рад, что было много сказано, что у наших психотерапевтов такое технологии есть. Мне бы очень хотелось эти технологии довести до представителей власти.

Лучников Владимир, я врач-психотерапевт единого реестра город Киров. Во-первых, мне хочется поблагодарить организаторов, Сергея и весь оргкомитет. С удовольствием послушал, был поднят очень важный вопрос – место психотерапии. Мне понравилось, как Александр Тевринович отметил,

что сейчас нужно действительно повышать профессиональный уровень психотерапевтов, психологов и особенно, что бы больше шли глубоко психологические знания. Дело в том, что каждый человек со своими особенностями, у кого-то больше работает образное мышление, у кого-то больше логическое, у кого-то словесное, кинестетическое, то каждый специалист он должен определить через что? Через душу, через тело, через логику его действие, для этого нужно быть действительно профессионалом и что бы мы могли разными методами достичь одно и то же. Для этого нужно действительно повысить профессиональный уровень наших специалистов. Мне понравился поднятый вопрос, что действительно давно пора провести более сильное слияние теории и практики. Но это у нас уже происходит и Виктор Викторович Макаров, благодаря, распространению декадников, действительно высокий уровень теоретических и практических знаний, прежде всего профессионалов. Поэтому хотелось бы в будущем, что бы такие вот дискуссии были бы чаще.

Я, Валерий Ядринкин, город Лесосибирск, Красноярский край. Второй раз в Казани, очень рад, что сегодня у нас столь высокая встреча и столь важный, для меня и всех нас, разговор. Я рад, что собрался, можно сказать, цвет нашей профессии. Очень рад и всех вас приветствую. Я хочу сказать о своем видении и понимании психотерапии. Действительно, стремление психотерапии соответствовать стандартам, соответствовать неким научным категориям, философско-теоретическим основаниям, естественно, понятно и обосновано. Также, как и обосновано развивающаяся психотерапия и консультирование, европейская стандартизация и сертификация. И все-таки, когда речь идет о том, что бы психотерапия была научно обоснованной, у меня возникает тревога. Что может произойти, если будет развиваться сущностный подход к пониманию человека и к пониманию психотерапии как технологии, которая может исправлять человека. Когда-то Людвиг Бейнсвангер, психиатр, врач, экзистенциальный терапевт, назвал это раковой опухолью психологии. Если будет только вот такой, утрированно научный подход, то есть из языка психологии, из языка психотерапии уйдет нечто очень важное, ценное, о чем сегодня говорили и другие выступающие до меня. Ведь человека можно понимать не только как сущность и понимать то, что происходит в душе его как вполне понятные, логически обоснованные феномены. Человека можно понимать как процесс, как бытие и как некое таинство, которое всегда будет. И если мы этого не знаем, то кто еще будет это знать, как не специалисты по душе. Психотерапия – это не только технология и в моем понимании, это и не только искусство. Мы очень близки к искусству в своей подготовке,

своей жизнедеятельности, потому что, что важно для художника, музыканта – длительная систематическая подготовка, а потом, когда он берет инструмент или когда он стоит перед холстом – ему нужно все это забыть. И тогда он становится инструментом, только чего? Искусства или чего-то другого. Об этом можно много говорить и все это будут лишь слова. Если говорить о наших встречах, и может ли психотерапевт быть инструментом? Вот я хочу так ответить: «Может, если он перестает осознавать себя психотерапевтом и все-таки выполняет некую психотерапевтическую роль». Он становится человеком. Человеком, который имеет психотерапевтическую подготовку и человеком, прожившим определенную жизнь, и работающим со своими собственными проблемами где-то. Но вот сейчас он просто есть и есть с тобой человек это или доктор. Психотерапия – это встреча не только умов, но и сердец, которые не понятны. В моем понимании, пусть это звучит как-то может быть не совсем психологично, психотерапевтическая встреча – всегда некое таинство и, говоря словами Юнга, мы в это не верим, мы это не понимаем, мы это просто знаем. Я хочу процитировать Карла Ясперса, который когда-то сказал: «Как много мы теряем, когда нам не хватает силы простого человеческого присутствия». Когда-то Виктор Франкл процитировал Фрейда, его слова о том, что «человечеству было понятно, что оно высокодуховно, я же напомнил человечеству, что у него есть инстинкты». Виктор Франкл, с улыбкой говоря о нашем времени, меняет это «Сейчас обществу хорошо известно об инстинктах и общество умеет их

реализовывать. А наша задача напомнить ему о его духовности. И сама психотерапия должна стать духовной» – это франкловские слова, с которыми я полностью согласен. И этому невозможно теоретически обучить, в этом можно просто жить. Для меня это обучение – это наши декадники, который завтра открывается, на которых я присутствую с самого их изначального рождения, я благодарен судьбе и встрече с вами Виктор Викторович, с тем, что я там проходил эту, можно так сказать подготовку-проживание, где можно быть открытым, где можно быть. Я приветствую начало наших встреч сегодняшних, завтрашних и последующих. Спасибо вам.

Попов: Уважаемые коллеги, наше действие подошло к концу и программа профессорской конференции заканчивается. Мне не хотелось подводить итог этой конференции, потому что каждый из здесь сидящих мог бы это сделать. Мне хочется пожелать успеха коллегам, которые приехали на декадник, поблагодарить организаторов декадника, прежде всего профессора Макарова В.В. и доцента С.В.Петрушина. Я бы хотел, чтобы то пространство знания, то пространство общения, пространство любви, как и обозначен декадник, было наполнено значимым содержанием для вас и чтобы то состояние, которое вы испытывали на этом декаднике, может быть состояние измененного, в какой-то степени, сознания переросло в те новые знания, новые смыслы и новые значения, дающие вам силы для дальнейшей жизни. Итак, в добрый путь.

К ВОПРОСУ О МИССИИ ПСИХОТЕРАПИИ

Р.Д.Тукаев

Составной термин “Миссия психотерапии” звучит, несомненно, пафосно и харизматично, но является довольно общим. Существует ли в настоящее время единое понимание психотерапии и возможно ли выделить для нее некую универсальную важную задачу (определение слова миссия в толковом словаре) вне исторического, этнического, географического, конфессионального, контекстов?

Несмотря на более чем вековую историю существования термина “психотерапия” и обилие его определений, ни одно из них нельзя признать общепризнанным. В большей степени психотерапия может быть определена конвенционально как область человеческой помогающей человеку деятельности в рамках модальных, национальных, международных организаций психотерапевтов.

К контексту психотерапии следует отнести: стороны, участвующие в психотерапии – психотерапевта (психотерапевтов) пациента (пациентов), клиента (клиентов); области психотерапии – клиническую, психологическую; психотерапевтический коммуникативный процесс, включающий целенаправленное взаимодействие психотерапевта (психотерапевтов) и пациента (пациентов), клиента (клиентов) в клинической либо психологической областях в цикле начала психотерапии (контракт) формирования стыковочного сценария психотерапии (Р.Д.Тукаев, 2003), реализации психотерапии, завершения психотерапии.

Психотерапия функционирует одновременно в двух сопредельных областях: теории и практике.

• Первой особенностью психотерапии является расчлененность ее теории и практики в рамках отдельных модальностей и их совокупностей – направлений.

• Второй особенностью психотерапии является принципиальное тождество терапевтических результатов направлений и частных модальностей психотерапии.

• Третьей особенностью психотерапии является историчность, конечность ее модальностей и направлений.

Ранее (Р.Д.Тукаев, 2003) нами было показано наличие исторического, временного соответствия форм и методов психотерапии актуальному массовому, обыденному сознанию, культурам соответствующих эпох и территорий.

Психотерапия и ее предшествующие аналоги (знахарство, целительство) всегда соответствуют в своем формально-методическом выражении запросам массового сознания своей эпохи. Любая психотерапевтическая система представляет из себя миф, реализующий себя специфическим психотерапевтическим ритуалом.

Важнейшим аспектом психотерапии является экономический, в свете которого модальности психотерапии следует рассматривать как продукты, конкурирующие на рынке психотерапевтических услуг со всеми вытекающими последствиями. Современный рынок западной психотерапии цивилизован и сложно организован. С экономической точки зрения психотерапевтические модальности регионального, национального, международного уровня являются подобием франчайзинговых компаний (типа Мак-Дональдса), с иерархической структурой, в которой лидирующие организации и персоны предстают как продавцы технологий и психотерапевтических навыков, тогда как иерархически соподчиненные им организации и единичные психотерапевты являются покупателями технологий и психотерапевтических навыков, продающих их, наконец, конечным потребителям – пациентам, клиентам.

Международные психотерапевтические организации, объединяющие национальные, региональные сообщества, строятся на тех же экономических основаниях, создавая и продавая универсальные требования, правила, стандарты, сертификаты мета-уровня.

Чрезвычайно интересным и совершенно неизученным является социологический вопрос о функционировании различных психотерапевтических организаций, прежде всего – мономодальных. Принципы формирования элиты модальности, управления ею, карьерного роста в модальности порой близки к таковым для сект, кланов, этнических и иных сообществ.

Учитывая все вышеизложенное, трудно представить некую единичную и единую миссию психотерапии.

В качестве удобоваримой общей формулировки можно предположить следующую: - “Миссия психотерапии – есть сама психотерапия”.

Детализация данной предельно обобщенной миссии ведет к выделению довольно пространного перечня субмиссий.

В историческом аспекте субмиссией психотерапии является генерация, развитие, прекращение деятельности модальностей психотерапии.

В экономическом аспекте значимо создание и утилизация экономически эффективных моделей функционирования модальных и иных психотерапевтических структур и практик.

В социально-экономическом аспекте миссией психотерапии является поддержка модальностей психотерапии с доказанной клинико-психологической, экологической эффективностью.

В научном аспекте миссией психотерапии является изучение:

- клинических механизмов психотерапии, диапазона применимости и эффективности;
- психологических механизмов психотерапии, диапазона применимости и эффективности;
- деятельности психотерапевта, включая эффективность, психогигиену;
- этику и деонтологию деятельности психотерапевта;
- закономерности функционирования модальных, межмодальных сообществ психотерапевтов;
- определение границ психотерапии, а именно, где психотерапия перестает быть психотерапией;
- объективное сравнительное научное изучение современных модальностей психотерапии.

Перечень миссий психотерапии является открытым...

МИССИЯ ПСИХОТЕРАПИИ В КОНТЕКСТЕ НАЦИОНАЛЬНО-ПОЛИТИЧЕСКИХ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ (НА ПРИМЕРЕ ТАТАРСТАНА)

Н.Ю.Хусаинова

Признавая и принимая факт существования психотерапии как стихийного явления, присущего

человечеству, исторически явленного нам в разнообразных формах жизнедеятельности человека, и

специально конструируемого последние 200 лет, сегодня необходимо признать, осознать и принять, что психотерапии будущего брошены вызовы, с которыми раньше она не сталкивалась. И эта психотерапия, подлинно выполняя свою миссию, должна будет **подчиняться математическому принципу хрупкости Левантовского**. Этот принцип утверждает, что **все хорошее всегда хрупко**. Следовательно, если хоть какая-то самая малая часть системы психотерапии будет обладать не достаточно хорошими свойствами, то любой психотерапевтический акт будет ущербным. Согласно принципу хрупкости, результаты и даже отдаленные последствия психотерапии должны быть действительно хорошими во всех аспектах как для того, кто проходит психотерапию, с учетом его созависимых, так и для самого психотерапевта, с его собственными созависимыми людьми. Для этого психотерапия должна учитывать или хотя бы иметь в виду множество факторов, являющихся фактически мультимодальными проблемами, влияющими на психическое состояние человека. Человек, как сложнейшая система, холистически организован, холистически существует и холистически функционирует в природном, социальном и духовном мире.

Рассмотрим в этом контексте основные объективно существующие проблемы Татарстана, на фоне которых и из-за которых неизбежно возникают сначала психологические проблемы отдельного человека и группы людей, потом ухудшается социальное самочувствие большинства, что ведет к развитию в обществе маргинализма со всеми его крайне негативными последствиями, что помешает нам в ближайшее время быть инкорпорированными Мировым цивилизованным сообществом, если мы психотерапевты не внесем свой вклад в решение этих проблем.

Проблемы, небольшая часть которых будет мною актуализирована, не рядоположны, но взаимодетерминированы и потому их трудно иерархизировать при любых основаниях обоснования иерархизации. Изначально принимая позицию холистичности человека и его проблемы, психотерапевт, даже не задумываясь об этом в каждый момент, знает, что любая проблема влияет на всю целостную жизнь человека, а психотерапевтическая работа с любым аспектом проблемы, оказывает воздействие на всю целостность человека и на психическое состояние, и на социальное поведение, и на функционирование его тела, и на духовную его жизнь. В этом контексте хорошо работает Гингеровская пентаграмма как холистическая модель человека. И поскольку человек в мир приходит либо женщиной, либо мужчиной, относясь изначально к какой-то нации, рождаясь с каким-то конкретным генетическим и социальным происхождением, вынужденно проживая самую главную детскую часть

своей жизни в социально-экономических и политических условиях той государственности, в которой родители дали биологическое начало его жизни, влияя через воспитание и обучение на дальнейшие его выборы до тех пор, пока, постоянно доосознавая свое предназначение, человек сам не делает что-то еще со своей жизнью, оставаясь при этом все время в рамках возможностей Человека-Землянина, то упомянутая Гингеровская модель как призма будет присутствовать далее при актуализации тех или иных проблем, которые затем в психологизированном виде выступают предметом работы психотерапевта. Напомню, что в этой модели верхний луч звезды обозначает голову человека (интеллект), два горизонтальных луча – руки человека (эмоциональный и социальный мир), а два нижних луча – ноги человека (тело и дух). Центр звезды – «Я» человека.

Начну с актуализации идеи **национального возрождения** - проблемы, типичной для многих национальных республик, которую я в свое время исследовала в контексте деятельности руководителя. Я обнаружила, что независимо от сферы деятельности, испытываемые-татары в 80% случаев являются носителями западного типа культуры управления. Естественно предположить, что и дети этих татар также склонны к восприятию той культуры, которую уже либо интроецировали, либо ассимилировали их родители.

С психоаналитической позиции З.Фрейда, особая психическая инстанция человеческого «Я» включает требования культуры в число своих заповедей. Такое усиление «Я» - ценнейшее психологическое приобретение культуры. Личности, в которых эта интериоризация культуры произошла, делают не только носителями культуры, но и развивают ее, преодолевая многие трудности в жизни. Если насильственно и быстро попытаться изменить существующую ситуацию в Татарстане, помня былое величие народа Булгарии, и игнорируя 80% русифицированность татар, мы приведем огромное число людей к тому, что они, повинувшись новым культурным запретам, под давлением внешнего принуждения в виде общественного мнения либо иных оценочных суждений, идущих от референтных лиц, **станут подвержены неврозам, либо превратятся в нравственно ненадежных граждан**. Поскольку эти татары останутся в окружении носителей западной культуры - русских и некоторых татар, принципиально отторгающих культуру востока (культуру реально мотивированную и ориентированную на человека), людей, которых не будут касаться новые ограничения, то психотерапия, а потом и система образования, и правительство столкнутся со сложной психологической ситуацией. Те татары, которые будут вынужденно подчиняться новым культурным требованиям, не будут интериоризировать эти требования, а наоборот

будут разрушать саму культуру и даже ее предпосылки. И тогда новые культурные идеалы могут стать поводом к размежеванию и вражде не только между нациями, но и различными людьми одной нации. И здесь силами только психотерапии уже не обойтись. Хотя психотерапевтическая деятельность неожиданно понадобится местной правящей элите, ибо объективностью является реально существующая неготовность воспринять психологические и психотерапевтические знания необходимые для коррекции «СВЕРХ-Я» у тех, от кого зависят государственные решения по всем вопросам, в том числе и по национальному возрождению.

Психика русифицированного татарина сформировалась в ходе длительного периода, в течение которого происходила **интроекция и ассимиляция** чужой культуры и адаптация к ней для целей выживания. Поэтому в недрах этой психики, в ее структуре непременно должно быть нечто, что соответствует этой цели, и это нечто должно стать предметом специальных исследований психотерапевтов, психологов, педагогов и всех тех, кто изучает человека и его «Я». И вполне возможно, что идея национального возрождения сейчас выступает фактором, дисгармонизирующим психическое состояние большого числа русифицированных татар с западным типом культуры, что приведет к увеличению числа клиентов и пациентов в психотерапевтических кабинетах именно среди татар.

Одновременно с этим социологи отмечают встречное явление - уменьшение этнического фактора в структуре ценностных ориентаций молодого населения провинциальных городов Татарстана по сравнению с социальным и политическим факторами. И эта тенденция не зависит от нации. (Исламшина Т.Г., Иванова Э.А.). Следовательно, назревают, если еще не назрели, региональные проблемы «отцов и детей», которые психотерапевтически придется решать в контексте явления созависимости. Как показывает анализ, взрослые татары – более религиозны, нежели русские и другие нации; они – более консервативны в вопросах межэтнических браков; сельская интеллигенция Татарстана вообще менее склонна к интеграции с соседствующими народами в республике, а межэтнические отношения хоть и толерантны, но не опускаются ниже уровня профессионального взаимодействия; более всех дистанцируются татарские интеллигенты села, мотивируя это стремлением сохранить национальную самобытность и культуру (Юсупов И.М.).

При большом сходстве интересов молодежи, независимо от нации, имеются и существенные их различия. Сравнительный анализ Я-концепций студенческой молодежи г. Казани (татарской, русской и еврейской наций) обнаружил следующий психологический портрет: татары тонко рефлексируют свое тело как источник чувств, ощущений и

эмоций; они любят все, что связано с витальностью; у них развиты социально-ролевые умения; развита эмоциональная сфера; они скрыто-агрессивны. Русские любят уважительное отношение к себе; несколько не адекватно считают, что они умеют все делать; их референтная группа состоит из родственников и близких. Евреи: интеллектуальны; телесноловкие; их страхи, связаны с потребностью в безопасности (Хусаинова Н.Ю., Низамова Д.К.).

Продолжая актуализировать нерядоположные проблемы, посмотрим на данные социологических исследований по поводу политической и бизнес-элиты, от которых зависит не только экономическая жизнь народа, но и психологическое его состояние. Сравнительный анализ политической элиты России со времени Хрущевской оттепели до сегодняшнего дня обнаружил уменьшение интеллектуализации правительства при увеличении провинциализации и числа военных. (Рахматуллин Э.С., Гузельбаева Г.Я.). Татарстанская же политическая элита хоть и имеет 100% высшее образование, но, будучи по происхождению на 50% деревенской и на 67% - татарской, на мой взгляд несет в себе в полном масштабе те интроекты, о которых говорилось выше. Данная психологически негативная тенденция усугубляется и тем, что наше правительство в основном мужское и потому обобщенный психологический портрет политической элиты имеет еще и четкую гендерную специфику. Бизнес-элита Татарстана - также преимущественно мужская, но более молодая и менее образована, чем политическая. К тому же бизнес-элита, срачивающаяся с политической элитой, имеет типичные заболевания – алкоголизм, депрессию и снижение либидо. (Гильманов А.З., Ахмадуллин И.Р.). Если учесть психоаналитический закон, согласно которому каждый руководитель бессознательно проецирует на свое окружение свои психологические качества, то результирующая картина психологического диссонанса граждан, возникающего за счет психологических особенностей бизнес-элиты и политической элиты, весьма многообещающая для психотерапии.

Эта ситуация еще более осложняется тем, что имеющиеся изменения в политической сфере привели к росту социально-политической отчужденности населения. Социологи констатируют явную усталость населения от нестабильности; уже отсутствует даже иллюзия по поводу социальной направленности имеющихся реформ; произошло общее снижение доверия россиян к институту власти. Данную ситуацию осложняет затрудненное профессиональное трудоустройство молодых специалистов с высшим образованием из-за масштабного несоответствия объективных потребностей общества в интеллектуально-профессиональных трудовых ресурсах и субъективных моделей профессионально-трудового поведения молодых специалистов. (Гильманов А.Э., Панченко О.Л.). Это рассогласование

может привести к непредсказуемо негативным последствиям, например, массовой деквалификации личностей, приводящей к потере психологического равновесия огромного пласта образованного молодого населения, с чем нам психотерапевтам одним уже не справиться. Здесь нужны долговременные хорошо продуманные государственные программы и регулирование создавшейся уже ситуации на государственном уровне, при безусловном нашем психотерапевтическом вмешательстве, также осуществляемом на государственном уровне и за счет государства. Нам психотерапевтам надо доосознать неизбежность того, что предстоит громадный объем работы без ее оплаты самими клиентами. Следовательно, нужна организационно-просветительская деятельность на уровне правительства по психологизации их сознания, чтобы у нас, как в цивилизованном мире, были созданы центры по упреждающей психотерапевтической работе с молодыми образованными людьми, не нашедшими работу по специальности, дабы наше общество не захлестнуло социально опасное явление маргинальности.

Следующая проблема связана с уже возникшей дисфункцией культурно-институциональной инфраструктуры нашего общества, представляющей собой устойчивый комплекс ценностей, норм, организационных структур, социальных практик, регулирующих процессы производства, потребления духовного продукта. (Рахматуллин Э.С., Падерина О.В.). Под культурой понимается система исторически развивающихся программ человеческой жизнедеятельности не биологического происхождения, которые обеспечивают воспроизводство и развитие социальной жизни во всех ее проявлениях, и которая в идеале должна обеспечивать духовным продуктом все области социума. От этих программ зависят и стабильность общества в целом, и чувство уверенности, и чувство защищенности человека. Если гармоничного функционирования такой культурно-институциональной структуры нет, то формируется специфичное не реалистическое мышление граждан. В Татарстане, как и в России в целом, данная дисфункция сопровождается распространением нетипичных для нас духовных практик и идей. В норме эти, чуждые для нас, явления должны были бы встретить специально организованные на государственном уровне гуманизирующие жизнь противодействия, более свойственные нашему менталитету, нашим идеалам и нашим корням. Поскольку этого встречного движения нет, психотерапевты этой эпохи вынуждены принять на себя почти в одиночку.

Следующая проблема связана с явлением ассертивности - наиболее поздним продуктом социализации человека. С другой стороны, ассертивность - самое молодое социальное требование к женщине в Татарстане. От женщины традиционно

ожидается, что единственное о чем она мечтает – это замужество и материнство.

Между тем появление понятия «ассертивная женщина» отражает большие изменения, происходящие в обществе, в процессе которых женщины всех возрастных групп и разного уровня жизни, политических взглядов и профессий начали осознавать себя психологически и социально независимыми, способными постоять за себя, не испытывая при этом никакого чувства вины, не нуждаясь в необходимости извиняться перед кем-либо за выражение своей личной свободы.

Известно, что ассертивное поведение способствует лучшему пониманию себя и окружающих, стимулирует развитие личности. Поэтому переход женщин к ассертивному стилю поведения сопряжен с необходимостью преодоления многих предрассудков, неравноправия в отношениях, которые, безусловно, по разному выражаются в национальных культурах.

Ассертивность женщин не обязательно должна отражаться в конкуренции с мужчинами в погоне за привилегиями, престижем, успехом. Самое главное здесь - ощущение личной силы, восприятие себя как личности, способной к самостоятельному выбору, с чувством своей ценности и активным отношением к жизни, умение преодолевать состояние тревожности, беспомощности и зависимости. Нами исследовались Я-концепции ассертивных женщин, рефлексующих и нерефлексующих свою половую принадлежность. Оказалось, что они не просто отличаются, а имеют системно-структурные различия. У женщин, рефлексующих свою половую принадлежность, все параметры Я-концепции распределены равномерно, что свидетельствует о ее психологическом благополучии. У женщин, нерефлексующих свою половую принадлежность, очень большая представленность рефлексивных структур Я-концепции, когда человек воспринимает себя «приложенным» к другому значимому для себя субъекту. Этот факт психоаналитически интерпретируется как меньшая выраженность субъектности человека, то есть его зависимость от другого референтного лица. Следовательно, вскоре и ассертивные женщины с неизбежностью придут к психотерапевтам, пополнив ряды женщин-безработных, одиноких женщин, женщин, страдающих от мужа-тирана, женщин – матерей наркоманов и иных проблемных женщин.

Следующий вызов, брошенный психотерапии, связан с негативными последствиями демографических процессов развитии общества. Мы входим в число стран со сверхнизкой рождаемостью, высокой смертностью и маленькой продолжительностью жизни населения. Если начавшаяся депопуляция сохранится и впредь, то нам грозят стратегические последствия, работающие уже против самосохранения общества. Поэтому психотерапевты

должны планировать и проводить уже сейчас работу по формированию мотивации брачного, репродуктивного и миграционного поведения молодых людей, в противовес типичной либерализации семейно-брачной морали, роста численности гражданских браков, внебрачных рождений, менее прочных межэтнических браков и ориентации молодых семей на малодетность или же вообще бездетность. В этом контексте особенный ракурс и остроту приобретает проблема «утечки молодых мозгов» из Татарстана в Москву, Санкт-Петербург и дальше зарубежье и наоборот пополнение крупных городов низкообразованными людьми из стран ближнего зарубежья с другим менталитетом. Все это свидетельствует о том, что татарстанским психотерапевтам вскоре придется столкнуться с психологическими проблемами, которые уже давно известны мировому цивилизованному сообществу. Поэтому нужны совместные исследования с зарубежными психотерапевтами и психологами, чтобы, не открывая заново велосипед, создавать нечто новое и хорошее, подчиняющееся принципу хрупкости.

Следующее актуальнейшее явление - наркотизация населения, грозящее основам самой государственности. Наркомания исследуется с различных позиций, что уже привело к множеству открытий. Однако тот факт, что наркозависимыми становятся люди разного возраста, разных наций, разного социального и культурного происхождения и уровня независимо от пола и политического устройства государства их проживания, все еще не стал предметом исследований, посвященных поиску особого инварианта, объединяющего всех наркотизированных. Есть что-то особо-специфичное, детерминирующее любое поведение человека в мире, в том числе и поведение, ведущее к любой форме зависимости. Таким всепоглощающим психическим феноменом является, как известно, Я-концепция, которая, фиксируя совокупность представлений человека о самом себе, сопряженных с самооценкой, предопределяет меру и качество представленности человека в мире. Мы исследовали этот феномен и пришли к выводу, что особенности Я-концепции ребенка, закладываясь в процессе его внутриутробного развития, формируются особенностями семьи и главным образом матерью ребенка. Этот вывод был сделан на основе анализа созависимых матерей наркоманов, которые, как оказалось, во время беременности страдали длительным токсикозом, что с психоаналитической позиции интерпретируется как **бессознательное неприятие** матерью своего ребенка. Это неприятие – следствие разных причин, например, нежелательная беременность для будущего отца или для матери, супружеская неверность мужа, бытовые трудности семьи и пр. Иначе говоря, наркоман просто продолжает уничтожение самого себя, себя – когда-то ненужного родителям. Следовательно, для психотерапевтов,

помимо прямой профессиональной деятельности с наркозависимыми и созависимыми их родственниками, с необходимостью возникает новая просветительская работа с молодыми девушками и юношами – потенциально будущими родителями с целью осознания и принятия ими своей будущей миссии, от тщательности выполнения которой будет зависеть здоровье собственного ребенка и здоровье человечества.

Перечень проблем эпохи можно продолжить. Но не в этом суть моего взгляда на то, ради чего мы все сегодня собрались. Я убеждена, что если мы – психотерапевты будем сами изначально **негативно** интерпретировать эти вызовы эпохи, воспринимая их как трудности, то наши клиенты, в момент контактов с нами, составляя единое психотерапевтическое поле, будут в еще более психологически угнетенном состоянии, а мы – психотерапевты в этот же самый момент ослабляем свои возможности помочь нашим клиентам. Необходимо поменять парадигму взаимодействия в системе «психотерапевт-клиент» самому психотерапевту. Суть новой парадигмы в том, что мы сами психотерапевты должны посмотреть на эти вызовы эпохи как **проблемные ситуации**, которые, как известно при профессиональном их разрешении, реально **развивают всех сразу и одновременно в буквальном смысле «здесь и сейчас» в момент позитивной интерпретации этой ситуации хотя бы одним членом системы**. Как только наше собственное энергетическое поле будет свободно от мыслей, что ситуация плоха, в этот самый момент наше восприятие ситуации, ситуации - безусловно несущее в себе зерно развития, становится фактором, позитивно влияющим на исход психотерапевтического контакта с клиентом. При этом все наши технологии и техники психотерапии сохраняются, **меняется только наша прежняя мысль** о том, что ситуация, с которой приходит к нам клиент – плоха, на новую мысль, что **ситуация - проблемна, а потому именно тем самым и хороша**. Это правда. Любой выход из проблемы – развивает человека. Эта идея – краеугольный камень дидактической теории проблемного обучения, ориентированной на развитие человека. Психотерапевту нужно только решиться **придерживаться мысли**, что все вызовы эпохи, все проблемы клиентов – **совершенны** из-за того, что **несут в себе зерно развития**. И тогда в едином энергетическом поле системы «психотерапевт-клиент» начинают работать позитивные механизмы трансформации всей системы в целом. И это – правда. Таков закон существования и функционирования любой системы. Это - закон Руперта Шелдрейка, открывшего существование полей, посредством которых осуществляется самоорганизация и саморегуляция систем в природе. И если я знаю этот закон, то кто мне мешает его применить в моей психотерапевтической деятельности?

Только я сама. А я себя люблю, потому что Бог, имея всех ВАС, создал еще и меня. Значит он меня полюбил. Это дословный перевод на русский язык с

татарского языка *смысла сущности жизни: «ШУ-ЛАЙ ХОДАЙ ЯРАТКАН!» - «ТАК ПОЛЮБИЛ БОГ!»*.

О ПСИХОТЕРАПИИ, РАЦИОНАЛИЗМЕ, ИРРАЦИОНАЛИЗМЕ, МИССИИ И МИССИОНЕРСТВЕ

(размышления психотерапевта по материалам апрельского 2005 года номера П.П.Г.)

В.Ядринкин

Размышляя над выступлениями и толкованиями уважаемых мэтров психологии и психотерапии я по-новому, ясно и отчетливо услышал призыв: «Богу подобен врач-философ». Конечно, это не требование к изучению философии как науки. В наши дни призыв далекого и духовно близкого наставника звучит по-особому мудро: «не изучать, а Быть философом». «Быть» это не сумма философских знаний, которыми можно оперировать и «удивлять» мир. Нет. Это стратегия жизни, в которой:

- процесс жизни, открытости и доверия к жизни и к самому себе важнее ярлыков;
- терпение и терпимость к Другим, инакомыслящим, по-своему (не так, как я) видящим мир и свои проблемы. Что не исключает печалей и страданий в столкновении с их притязаниями на мою территорию;
- понимание глубочайшей относительности любых конвенциональных знаний и одновременное признание, что без этих знаний невозможно наше человеческое и профессиональное развитие. Понимание на уровне чувств фразы: «Я знаю, что я не знаю, что я знаю...»

В этих Пониманиях мы можем найти подтверждение идеи о том, что человеческая психика это не только и не столько рациональный ум, а это и богатство иррационального. В этих глубинных слоях есть и яростно-агрессивное биологическое («фрейдовское»), и драматически требовательное, торжественное, архитепическое («юнгианское»), и мягко-заботящееся стремящееся к глубокому человеческому контакту («адлеровское, роджерсовское»), и притягивающая своим мерцающим светом бездна (трансперсональное, «грофовское»). В ясном и тихом признании этих аспектов своей души и в открытом принятии устремлений и давлений мира я открываю Свою Веру! Это не вера в свою силу, в свое могущество врача-психотерапевта, в свою технологическую власть («Я знаю, а Ты не знаешь, и поэтому Я сильнее»). Такая «вера-самоуверенность», по моему, как раз проистекает из

рационализма. Вернее, из рационального понимания Иррационального, из механистического трактования духовного измерения, из смешения «Ока разума» и «Ока созерцания».

Я, как и В.Д.Менделевич, переживаю тревогу, когда слышу фразы психологов, целителей: «Я пришел дать вам здоровье и спокойствие», «я научу вас правильно жить». Именно поэтому, именно в нашем сегодняшнем российском мире, именно сейчас так актуально: «кто Ты, Человек, именующий себя психологом, психотерапевтом?» Как ты сам относишься к рациональному и иррациональному? Ибо только от того, кто Ты, как ты видишь свой мир, как ты сам строишь отношения с миром, зависит в значительной степени с каким видением себя, мира и себя-в-мире уйдет от тебя страдающий человек:

- рационально суживающий свой мир и надеющийся на то, что и в будущем он сможет опереться на твои четкие знания о психике и мире, и ты вылечишь его от невроза;
- или уйдет Человек, осознавший свою человеческую зрелость, свое человеческое достоинство и бремя свободы-ответственности и может быть открытое в общении с тобой озарение, что Его ресурсы всегда доступны ему и без тебя. Уйдет человек понявший, что не все в его внутреннем и внешнем мире доступно его логическому пониманию, а главное, что он может переживать свою жизнь и как несчастье и как трудное счастье, счастье труда (а какое оно может быть еще?).

Мне близок коллега психолог, психотерапевт, который, как я, понимает и развивает свое рационалистическое понимание души и в тоже время и в жизни своей, и в терапевтических и консультативных встречах реализует-проживает принцип: «Я знаю, что ты знаешь, что ты не знаешь, что ты знаешь. Я буду стараться помогать тебе открывать свет этого знания, открывать этот свет для себя, для мира, и для себя-в-мире. Этому служат техники и процедуры, которые я знаю и которым я продолжаю обучаться».

Миссия – это миссия! И кто, как не мы, психологи и психотерапевты, будем о ней говорить! Но говорить не призывами к миссионерству и не в завуалированном преподнесении своих идей, как идей очередного «мессии» от психологии. Главное же не столько говорить, сколько стремиться реализовывать свою собственную миссию.

Миссию можно понимать как чувственно-смысловое жизненное пробуждение, о котором красиво и тонко, через откровение своей жизни рассказал нам А.С.Баранников. Осознанная актуализация своей миссии способна изменить наши отношения с миром:

- не на родительско-детские. Это удел тех, кто как раз не переживает свою профессиональную миссию. Кто недостаток этого восполняет стремлением властвовать над клиентом.

- нет, на отношения человеческие, исходящие из нашей иррациональной духовности и осуществляющиеся через наше рациональное (независимо от психологической, психотерапевтической модальности).

Осознание миссии помогает быть счастливыми в тревожной суете жизни и профессиональной напряженности.

Можно согласиться, что миссия современной психотерапии действительно состоит в отказе от миссионерства и мессианства, то есть в осознанном отказе от навязывания другим своего видения мира, в отказе от демонстрации себя в качестве спасителя-мудреца.

«Миссия психотерапии есть сама психотерапия» (Р.Д.Тукаев). Наверное, в нашем обществе сейчас актуально чтобы психотерапия, наконец-то, была услышана и понята, понята в своей уникальности

и в своих возможностях как рациональных, так и иррациональных. А для этого важно, чтобы психологи, психотерапевты осознавали и выполняли свои миссии в своем конкретном мире. И тогда мы поймем абсурдность утверждений:

- Лечит не психотерапевт, лечит техника;
- Лечит не техника, а психотерапевт

Признавая рациональное и иррациональное и в психике, и в психотерапии можно признать и то, что на самом деле конкретный страдающий человек исцеляется (то есть восстанавливает и актуализирует свою целостность) во Встрече с конкретным психотерапевтом через их открытые многоуровневые рационально-иррациональные взаимоотношения. Выражается же это через конкретные общие для них философско-психологические мировоззрения и осуществляется через конкретные психотерапевтические модальности и психотехнологии.

Наша задача не в том, чтобы научно обосновать, кто или что определило нашу миссию. Ответ на это находится за пределами рационального. Наша задача осознать свою миссию, и осознав, смело и скромно реализовывать ее, стараясь не отвлекаться ни на жесткую критику, ни на льстивые восторги в свой адрес.

Я надеюсь, что осознание и реализация миссии психотерапии поможет проявиться (а значит и изменить соответствующие взаимоотношения) и миссии хирургии, и миссии терапии, и миссии психиатрии, и миссиям других форм заботы – в служении обществу. И может быть тогда изменятся не только формы осуществления этих профессий в России, но может быть изменится и само общество...

ПИСЬМА

Фридрих С.

Здравствуйте!

Разные ко мне приходят письма. Какие люди, такие и письма...Видно в каждом письме человека. Я на ваших же письмах ПОКАЗЫВАЮ вам то, на что вы сами внимания не обращаете. И многие ВИДЯТ новое в своем же собственном письме. Да. В жизни, если быть внимательным, столько интересного можно УВИДЕТЬ и УСЛЫШАТЬ.

Одно письмо поразило меня.

«Здравствуйте Светлана Станиславовна!

Читая Вашу рассылку, ко мне пришла уверенность в том, что Вы та женщина, которая может помочь. Расскажите, где можно пройти курс интенсивной психотерапии, и сколько это стоит?

Очень надеюсь, что ваш метод поможет **найти мою истину, мой путь в жизни, и это будет не временное улучшение состояния, а коренное изменение во всех сферах моей деятельности.**

С уважением, ...»

И ВИДИТ человек, И ЗНАЕТ, чего хочет. Такое письмо одно ко мне было. Других много.

Многие люди вообще не задают даже себе вопрос: «ЗАЧЕМ я живу на Земле?».

Кто-то пишет мне без имени моего, кто-то свое имя забывает, кто-то прячет. С уважением редко кто пишет. А ведь не ко мне уважение - **к себе прежде всего. Нет возможности уважать другого, когда человек СЕБЯ не уважает.** Если НЕТ ВНУТРИ этого, то что наружу отправить можно? Многие хотят и даже требуют К СЕБЕ уважения – смешные☺))

Если НЕТ внутри, снаружи что возьмется?

Вопросы мне задают многие.

Один чудак написал: «Я не против задать психологам вопросы. Я Библейскую психологию изучал, но...» КАКОВО!)))? (Без имени, без уважения, естественно).

Мой ответ: **Но-но-но – лошадей погоняют. А психологам нужны ли твои вопросы☺))?**

Слегка обиделся на мой такой ответ он. Луку процитировал мне - дай, мол, просящему, отвори, мол, стучащему... Я НЕ СТАЛА БОЛЬШЕ ему отвечать.

НЕ ВИДИТ – что я силы зря тратить буду? Библия тоже черным по белому написана. Правда, в ней многое изъято и искажено записывавшими. Но и то, что есть, НЕ ВИДЯТ многие. Этот парень НЕ ВИДИТ, что Лука не написал – **«отвечай спрашивающему».**

Что вы мне задаете вопросы свои? Себя спрашивайте, все ответы внутри вас есть. Ответы на свои вопросы сами ищите. ИЩИТЕ И НАЙДЕТЕ.

Только так. Вы видите из моих к вам ответов, что **я не отвечаю** на ваши вопросы, а ответы в **своем же написанном** вы находите☺)))

Я могу лишь показать вам то, что вы сами не ВИДЕЛИ.

Отвечать вам, КАК ВАМ ЖИТЬ – не моя задача. Вы сами найдете для себя СВОЮ ИСТИНУ и СВОЙ СМЫСЛ ЖИЗНИ. Если захотите. Я могу только помочь...

Но не за вас искать ваше. Я свое нашла!))) Мне чужого не нужно!))).

Раз вспомнили о Библии, то вот еще **пример** того, КАК люди не видят. Из моей работы в Павлодаре несколько лет назад. Я тогда еще Анну Барг не встретила, одна работала.

Женщина во время моей с ней работы призналась себе:

- Да, я не люблю своего мужа. Я хочу близости с другим мужчиной.

Я: И что?

Она: (растерянно) Ну... НЕЛЬЗЯ же...

Я: (удивленно) Чего это??? Это запрещено???

Она: ... Ну... в Библии сказано же «не прелюбодействуй»...

Я: Там сказано - «Не пожелай **жены** ближнего своего». Ты ЖЕНЩИНУ хочешь?

Она: (смеясь) Нет, мужчину.

Я: Вот и читают люди, а **НЕ ВИДЯТ написанное.**

Жену ближнего нельзя желать, а про МУЖА и не сказано☺))) Женщинам, значит, можно.

Если не лесбиянки☺))) Мужчины грустили, вижу, им не понравились слова Христа. А желать жену ДАЛЬНЕГО (не соседа) тоже не запрещено.

ХОХОТ в зале... (Кто осудил сейчас мои слова или смех людей – тот по себе и судит☺)))

ЗАПРЕТ внутри этой женщины мешает ЧЕСТНО СКАЗАТЬ СЕБЕ – Я НЕ ЛЮБЛЮ СВОЕГО МУЖА. Я живу с нелюбимым женщиной.

Какие могут быть искренние отношения при ИСПОЛНЕНИИ РОЛИ хорошей жены, примерно-го мужа, благопристойных супругов, при выполнении супружеского ДОЛГА☺)))? Исполнение РОЛИ – сплошь манипуляция, фальшивые, неподлинные отношения. Тоска и скука в душе от них. И холодно сердцу и пусто и тошно душе.

Ради чего ТАК ЖИТЬ? Не любя??? Многие женщины лгут себе и детям своим – РАДИ ДЕТЕЙ. А правда вся – РАДИ ДЕНЕГ. Детей ведь кормить и одевать нужно, и много чего детям нужно нашим. Именно в этой правде и путь к спасению. И зарабатывать женщина сама может, и не обременять своей нелюбовью себя и мужчину, и детям своим не создавать путаницу. Если мужчина – ОТЕЦ внутри,

то он и сам детей не оставит. А если внутри НЕ ОТЕЦ, то его деньги тяжелым грузом задавят. Дети разве НЕ ЧУВСТВУЮТ, что папа с мамой ПЛОХО живут??? Что родители НЕ любят друг друга? И дети растут в такой семье, воспринимая НЕЛЮБОВЬ между родителями как единственную правду жизни. Увы! Какую семью создадут эти дети?..

Это ли не ПРЕЛЮБОДЕЙСТВО???

Сказано древними: «НЕ ПРЕЛЮБОДЕЙСТВУЙТЕ». Христос видел, что люди продолжают пре-любо-действовать. Он не мог молчать. Ему было больно видеть, КАК живут люди. Он стал говорить, объяснять людям более популярно - про жену ближнего и пр. В Нагорной проповеди есть подлинные Его слова. Но Христос НЕ ЗАПРЕЩАЛ. ОН ЗНАЛ, что запретить НЕВОЗМОЖНО. «Не возжелай - это не НЕЛЬЗЯ». Он хотел объяснить людям. Христос говорил в уши. «Имеющий уши да услышит». Сам-то Он не записывал Свои слова, в просветлении писать НЕВОЗМОЖНО. Его ученики записывали - отсюда и искажения. Они писали не ЧТО СКАЗАЛ Христос, а что ОНИ УСЛЫШАЛИ из Его слов. Диктофонов ведь тогда не было. Каждый человек слышит СВОЕ.

А что тут добавить к

НЕ ПРЕЛЮБОДЕЙСТВУЙТЕ?

СМОТРИТЕ ГЛАЗАМИ:

ЛИЦЕ – ДЕЙСТВО (лицами действие)

ЛЮБО – ДЕЙСТВО (любовью действие)

ПРЕ - ЛЮБО-ДЕЙСТВО (в превосходной степени **манипуляция - действие** любовью)

Разве только об отношении мужчины и женщины эти слова? Когда мама ребенку говорит: «Будь послушным, я не люблю непослушного» - это и есть манипуляция любовью. **Такого люблю, а сякого – не люблю. ЭТО НЕ ЛЮБОВЬ.** Заслужи, помилован будешь. Любовь не заслуживают. Она – случается. С ДЕТСТВА люди встречаются с **прелюбодеянием**. Манипуляции любовью – и между родителями, и от родителей к детям. Мама говорит «люблю» и «сволочью, дрянью» обзывает. Или ругается часто, кричит. Или не замечает почти. **Что-то не так с этой любовью**, чувствует растущий человек... И обидно бывает на маму, на папу тоже, и страшно. Любить и бояться одновременно невозможно. А где призывы любви и страха звучат? «Любите и бойтесь»? А? Вспомнили?

Кто видел фильм «Зеленая миля», возможно услышал слова «ЛЮДИ УБИВАЮТ ДРУГ ДРУГА СВОЕЙ ЛЮБОВЬЮ». Да, так тяжел груз ответственности за то, что «меня любят», «я должен быть достойным любви». «Я его люблю, а он **должен** в любить меня», сказала мне НЕ одна моя клиентка!

В ЛЮБВИ ДОЛГА НЕТ. В ЛЮБВИ ТОЛЬКО ВОЛЬНАЯ ВОЛЯ САМОГО ЧЕЛОВЕКА. Если, конечно, он свободный. А не привязанный, не зависимый.

ЛЮБОВЬ ДАРИТ, А НЕ ДОЛЖЕНСТВУЕТ.

А слова «ты должен, ты должна» - от ума лукавого нашего.

Придуманные умом слова «ЧУВСТВО ДОЛГА» – ох, ум лукавый обманщик! НЕТ ТАКОГО ЧУВСТВА. ЕСТЬ ЧУВСТВО – ЛЮБОВЬ. Она или есть. Или ее нет. ОТСУТСТВИЕ ЛЮБВИ никакой долг не наполнит. **Невозможно заставить себя полюбить. Долг любовь УБИВАЕТ.** Ее за деньги не купить.

И Христос еще людям сказал так: «А Я говорю вам – **ВОЗЛЮБИТЕ** друг друга».

Не просто – любите, а **ВОЗЛЮБИТЕ**. Желательно, **КАК самих себя**))))

Себя **НЕМНОГИЕ** любят. Ох, немногие. А любви от других хотят и даже требуют.

А слова **ВОЗЛЮБЛЕННЫЙ** и **ВОЗЛЮБЛЕННАЯ** нынче не в моде....

Христос сделал свое дело. Свою жизнь он прожил. Его убили. Теперь на него, **распятого на кресте**, смотрят и молятся, просят Его: «Помоги, Господи», НЕ ВИДЯ, что Ему **БОЛЬНО** висеть на кресте. КАК Он поможет, если Ему **САМОМУ БОЛЬНО**???

Ведь сколько НЕ ВИДЯЩИХ людей???

Думают, что Его с креста сняли, НЕ ВИДЯ, на какой крест крестятся... Образ же Самого Христа ДО СИХ ПОР на кресте висит. Это – факт. Так есть. **СМОТРИТЕ И УВИДИТЕ...**

Да... У Христа на иконах многих печальные глаза... Как Ему не печалится? Многие люди прозреть не хотят до сих пор... Смотрят, а НЕ ВИДЯТ. **Думают**, так жить легче...

1. О любви

Девушка: «Но Я ЖЕ ЛЮБЛЮ ЕГО!»

- И что?

Девушка, вновь: «Но Я же ЕГО ЛЮБЛЮ!!!!»

- И что?

Девушка, растерянно: «А он...»

- Что – он?

Девушка: А он тоже должен любить меня.

- Нет, он ЭТОГО тебе НЕ ДОЛЖЕН!

Девушка! ... Как?...

- ДА, НЕ ДОЛЖЕН! Ведь ТВОЯ ЛЮБОВЬ – ТЕБЕ ДУШУ ГРЕЕТ! СПАСИБО ЕЙ! А если он не чувствует ТВОЮ ЛЮБОВЬ, значит, слишком в ней много «ДОЛЖЕН!»

Что именно ОН ДОЛЖЕН тебе за твою ЛЮБОВЬ? Что ты от него хочешь?

Девушка: «Ну.., я хочу, чтобы он был мне мужем, любовником, отцом моих троих детей, чтобы он содержал семью, был хорошим партнером по бизнесу. И он должен любить меня и моих детей...

- А не слишком ли ты много хочешь взамен за свою любовь? Лучше тебе заключить с ним контракт, в котором будет НАПИСАНО: «Я тебя люблю, а за ЭТО ты мне должен: 1, 2, 3, 4, 5 (детей ведь трое), 6, 7, 8... да еще и любить тебя и твоих троих детей)

Не слишком ли ты МНОГО хочешь за свою любовь?

А что оно ТАКОЕ – твоя любовь тогда, если ты ее сейчас уже продаешь?

Вряд ли «девушке» понравилась ТАКАЯ терапия. Горькая правда полезнее, чем сладкая ложь. Многие лекарства тоже горькие на вкус.

2. Работа моя в Казахстане

Девушка в черном костюме: (в нашей стране смешное обращение – «девушка» или «женщина» Многие «девушки» забыли, когда они ими были☺)))

Она: «Я не могу без него, он мне очень дорог.»

- Сколько ОН стоит?

Она: «Ну, я не в этом смысле!»

- А я – в этом: сколько он стоит?

Она: «Я не в ЭТОМ смысле!» (заявка клиентки – закон.)

- Хорошо, что ты хочешь?

Она: «Я бы все отдала, чтобы он сейчас был ЗДЕСЬ со мной!!!»

- ДАВАЙ! ВСЕ! Мне давай, и он **сейчас будет здесь!** Ты же знаешь, для меня очень просто сейчас привезти его сюда.

Она, растерянно, медленно **достаёт** из карманов: носовой платок... треть пачки сигарет «Marlboro»... и 600 тенге (120 рублей)... Отдает ВСЕ мне!

- Вот и хорошо! А сама говорила «не в этом смысле!» А смысл твой у меня в руках.

Недорого же ты ЕГО ценишь. Я эти твои деньги лишь на такси потрачу, а плюс стоимость МОЕЙ индивидуальной работы. У тебя **нет таких денег**, чтобы заплатить мне за его доставку, а уж тем более – за него самого.

Терапия закончена. Тоже горько для клиентки. Но у нее есть возможность встречи с ЦЕНОЙ человека и ценой своих к нему чувств.

3. Прекрасная молодая женщина, смущаясь, говорит:

«У меня проблема с любимым...»

- В чем она?

«Мы часто ругаемся с ним.»

- Ты НЕ ЛЮБИШЬ этого человека!

Женщина вспыхнула, растерялась – сигнал получен.

«Почему?»

- С любимым не ругаются – нет причины для ругани.

Она: растерянно - «...Да...»

4. Женщина: «У меня проблемы с моим другом.»

- У вас с ним секс?

Она: «Да.»

- Какой же он тебе ДРУГ?

Она: очень удивленно - Как???

- Да – так. Он тебе не друг. С другом нет секса. Друг – это друг.

Она: «А кто же он – партнер?»

- А я не знаю, кто для тебя ОН! У него есть, наверное, имя, может, он – любовник, может – бойфренд (нерусское слово украсит пустоту отношений). Я не знаю, как тебе называть того мужчину, с кем ты свою постель делишь и кому свое тело отдаешь. К сожалению, многие люди забыли слова Любимый, Возлюбленный, Единственный.

Вместо них – «любой, лишь бы рядом», «друг», «партнер».

А Любимый – это не любой.

Как и Любимая – не любая....

Да кто нынче так живет с Единственными... Немногие...

Да и кому она нужна, эта любовь... А душу свою все равно не обманешь.

Можно придумывать о любви все, что угодно. Можно придумывать, что она вам не нужна вовсе, что вы «позволяете» себя любить. От лукавого ума эти придумывания. Пустоту в своей душе своими придумками не заполнить...

Многим хочется любви... Ее ищут многие... Ждут... Зовут...

Или уже перестали надеяться...

Если НЕТ внутри, снаружи что возьмется?..

С ЛЮБОВЬЮ,
Фридрих Светлана

РЕЗЮМЕ

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

В.М.Николаев, Е.В.Петрова, О.А.Петров

В настоящее время когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) является одним из наиболее перспективных современных психотерапевтических подходов в лечении алкоголизма. В процессе КПТ возможно достижение комплексных терапевтических целей – становление критической оценки своей болезни, убеждение необходимости и возможности лечения, желание активной борьбы со своим недугом, выработка положительных ценностно-смысловых установок, нормативного общественного поведения, что способствует формированию длительных и качественных ремиссий. Стационарные поведенческие психотерапевтические антиалкогольные программы достаточно хорошо описаны в зарубежной и отечественной литературе и применяются специалистами. В амбулаторной практике лечения больных алкоголизмом использование конкретных когнитивно-поведенческих психотерапевтических методов и их научная оценка пока весьма незначительны, что и определило наш научный интерес.

Целью нашей работы было изучение возможностей амбулаторного когнитивно-поведенческого подхода при лечении больных алкоголизмом в зависимости от их личностных особенностей на этапе становления терапевтической ремиссии и во время длительной поддерживающей терапии в течение двух лет.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СОТРУДНИКОВ СИСТЕМЫ МВД

М.Б.Едигенова, Р.К.Сандыбаева

При сравнении этиологии органических психических расстройств у 55% обследованных выявлен преимущественно травматический генез, сосудистые и другие факторы встречались реже.

АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ ТЕНДЕНЦИЙ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Н.В.Жаркова

В статье описан поиск более экономически выгодных форм оказания психиатрической помощи. Одной из них является выделение и работа с группами Больных «длительно болеющих в психиатрии».

Ключевые слова: «тяжелые и дорогостоящие», больные в психиатрии, «часто и длительно болеющие».

ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПО ГРУППАМ «ЭКОНОМИЧЕСКОГО РИСКА»

Н.В.Жаркова

Описывается дифференциация психиатрической помощи путем выделения групп «экономического риска». Доказывается сокращение прямых и косвенных расходов национального дохода.

Ключевые слова: «тяжелые и дорогостоящие», «часто и длительно болеющие».

Н.В.Жаркова

Проводится анализ литературы, касающейся экономического аспекта лечения шизофрении с учетом клинико-экономических критериев.

Ключевые слова: «тяжелые и дорогостоящие», «часто и длительно болеющие».

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ИКСЕЛ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ В ИНВОЛЮЦИОННОМ ВОЗРАСТЕ

Г.М.Кудьярова, Б.Б.Джарбусынова, В.С.Бойко

Депрессия у пожилых людей может проявляться симптомами когнитивных нарушений, обозначаемых термином «псевдодеменция». У многих пациентов с диагнозом деменции депрессия может возникнуть вследствие осознания ими прогрессирующих когнитивных нарушений. Больным с симптомами как деменции, так и депрессии с целью уточнения диагноза показаны пробный курс лечения антидепрессантами. Из клиники следует, что общими признаками депрессивных состояний при данном виде органической патологии считаются их длительность, торпидность течения, трудность терапии. Применяемые в клинической практике традиционные антидепрессанты обладают большим количеством побочных эффектов, которые плохо переносятся. Широко известны атропиноподобные побочные эффекты, описаны и более тяжелые осложнения: судорожные припадки, делириозные состояния, «амитриптилиновые старческие делирии».

В данной статье описывается применение препарата «Иксел» при лечении депрессивных состояний в инволюционном возрасте.

ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ СУДЕБНОЙ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ (КСПЭ) НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Г.М.Кудьярова, А.Кудайбергенова

Основные задачи комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы несовершеннолетних обвиняемых вытекают из ч. 3 ст. 15 УК РК. Согласно этой норме в задачи экспертов – психологов и экспертов – психиатров входит установление наличия и причин отставания в психическом развитии несовершеннолетнего с целью ответа на вопросы: мог ли несовершеннолетний в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий в момент совершения инкриминируемого деяния; мог ли он в полной мере руководить ими? Решение этих задач требует уточнения границ и содержания понятия «отставание в психическом развитии» в юридической, медицинской (психиатрической) и психологической науках.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ, ВЛИЯЮЩИЙ НА ФОРМИРОВАНИЕ СВОЙСТВ АНТИНАРКОТИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ В МЛАДШЕМ ШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

А.А.Марашева

Основные сложности в квалификации вышеуказанных состояний связаны с несомненными особенностями клинко-психопатологического оформления основных признаков химической зависимости у детей (клиническая незавершенность, неопределенность, рудиментарность многих психопатологических синдромов, свойственных взрослым); сочетанием многих социальных и биологических обстоятельств, приводящих к формированию патологических радикалов психики, которые не всегда возможно идентифицировать; выводимой отсюда особенностью диагностических подходов, которые необходимо использовать в детской наркологии. В нашем случае эти сложности преодолевались за счет использования в качестве

ДВА КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Б.А.Шахметов

В данной статье описаны два клинических случая психосоматических расстройств. При этом комплексная психотерапия: рациональная, суггестивная, гипнотерапия по Эриксону, НЛП, семейная психотерапия, арттерапия, лечебная педагогика в сочетании с медикаментозной терапией дали положительный результат, настолько, что превзошли ожидания у пациентов, их семей и врачей.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ, ВЛИЯЮЩИЙ НА ФОРМИРОВАНИЕ СВОЙСТВ АНТИНАРКОТИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

А.А.Марашева

Клинико-психологический метод включает в себя исследования сформированности свойств антинаркотической устойчивости. Доказывая применимость концепции антинаркотической устойчивости у детей младшего школьного возраста, мы рассматриваем её основные компоненты относительно данного возраста.

МОТИВАЦИИ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ (СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СУБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ)

Ю.А.Россинский, Б.Ж.Нуралиев, Г.И.Алтынбекова

В данной статье рассматриваются мотивации употребления наркотика, в частности – первого опыта употребления наркотика (период от первого случая и эпизодического употребления до момента формирования аддиктивной мотивации) у больных опийной наркоманией, в том числе имеющих коморбидную психическую патологию в виде специфических расстройств зрелой личности и хронических аффективных расстройств настроения (циклотимии). Вводится и рассматривается новое понятие гипертимической мотивации употребления наркотиков, на примере исследуемых групп.

ВЗАИМОСВЯЗИ НЕКОТОРЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ С АГРЕССИВНЫМИ И ЭГРЕССИВНЫМИ ФОРМАМИ ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ МУЖСКОГО ПОЛА

Ю.А.Россинский, О.В.Россинская, Б.Ж.Нуралиев

В данной статье рассматриваются проблемы школьной и социальной адаптации (низкая учебная успеваемость, деструктивные формы коммуникации, девиантное поведение) с позиций уровня развития психологического здоровья школьника, на примере репрезентативного исследования подростков мужского пола, учащихся общеобразовательных школ. Рассмотрены три группы подростков с различными уровнями адаптационных возможностей: подростки с высокими адаптивными возможностями и способностями к саморегуляции или «Успешные подростки»; подростки, имеющие проблемы школьной адаптации; подростки, которые не отвечающие критериям группы «успешных» подростков с высоким уровнем адаптивных возможностей и способностей к самоорганизации, а так же не имеющие проблем в плане психической и школьной адаптации. Исследуются взаимосвязи эмоционально-поведенческих особенностей исследуемых подростков с некоторыми характеристиками психологического здоровья.

ПРОФИЛАКТИКА НЕУСПЕВАЕМОСТИ В НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЕ. ДЕТИ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ

М.С.Соковнина

Неуспеваемость может быть предупреждена до того, как она завела ребенка так далеко, что принимаются меры по его переводу в другой класс с облегченной программой, в другую школу, или его оставляют на второй год. Все переводы связаны с изменением обстановки, социального окружения, взаимоотношений. Они грозят срывом социальной адаптации, которая в свою очередь часто углубляет и учебную дезадаптацию. В настоящее время нет педагогических программ, направленных на помощь школьнику в адаптации к новым условиям при переводе его из класса в класс. Поэтому лучше проводить профилактику неуспеваемости, чем позволить проблемам нарастать подобно снежному кому.

Две основные группы неуспевающих – это дети с синдромом дефицита внимания и дети, получающие недостаточную заботу и недостаточную для развития стимуляцию со стороны родителей. В данной статье пойдет речь о профилактике неуспеваемости для первой группы детей.

ПРОБЛЕМА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ *(литературный обзор)*

Т.В.Пак

Статья посвящена проблеме доказательной эффективности психотерапии. Дается обзор научных исследований, изучающих данную проблему с описанием исторического фактора, влияющего на развитие психотерапевтической науки и практики. Описывается научно-теоретический и прикладной вклад выдающихся психотерапевтов в развитие данного направления психотерапии. Дается краткое определение доказательной медицины в аспекте эффективности психотерапии.

О РОЛИ-НАЗНАЧЕНИИ ПСИХОТЕРАПИИ В СЕГОДНЯШНЕЙ И ЗАВТРАШНЕЙ ЖИЗНИ

М.Е.Бурно

Психотерапия, в стихийных своих основах, существует, с первобытных времён. В человеческой природе заложены определённые психотерапевтические механизмы, оживляющиеся разнообразными душевными воздействиями на человека других людей. Эти механизмы - суть: внушение, гипноз, разъяснение и убеждение, анализ, тренировка, активирование, поведение, группа, игра, гештальт, креативность, душевная телесность.

Психотерапия, всегда существовавшая, работавшая в медицине и вообще в жизни человечества, в своём развитии, уже более ста лет назад “сгустилась”, профессионально углубилась-усложнилась в таких областях медицины, как психиатрия, психосоматические расстройства, психопрофилактика, психогигиена. Но вокруг этих “сгущений” психотерапия впоследствии стала в своих внелечебных формах распространяться на всё человечество. В последние годы психотерапия всё шире и крепче охватывает, прежде всего, своей внелечебной областью наш уже немолодой и нездоровый мир, помогая людям защищаться в нём от нарастающих трудностей, невзгод и, по возможности, быть вместе с созвучными душе людьми, с природой, преуспевать в своих делах, обретая радость.

ПСИХОТЕРАПИЯ КАК ОТРАСЛЬ ПСИХОЛОГИИ

Л.М.Попов

Проблема состоит в том, что психотерапия, входя сегодня составной частью в ряд дисциплин (психологию, медицину, теологию, философию, педагогику), ищет свое место среди них с надеждой стать

самостоятельной дисциплиной. Она, интегрируя данные многих отраслей человеческого знания, тем не менее по использованию в своем названии слов «психо-» и «терапия» тяготеет к двум из них: медицине и психологии. В данной статье автор ведет поиск места для психотерапии

МИССИЯ ПСИХОТЕРАПИИ В КОНТЕКСТЕ НАЦИОНАЛЬНО-ПОЛИТИЧЕСКИХ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ (НА ПРИМЕРЕ ТАТАРСТАНА)

Н.Ю.Хусаинова

Признавая и принимая факт существования психотерапии как стихийного явления, присущего человечеству, исторически явленного нам в разнообразных формах жизнедеятельности человека, и специально конструируемого последние 200 лет, сегодня необходимо признать, осознать и принять, что психотерапии будущего брошены вызовы, с которыми раньше она не сталкивалась. И эта психотерапия, подлинно выполняя свою миссию, должна будет подчиняться математическому принципу хрупкости Левантовского, в котором утверждается, что все хорошее всегда хрупко. Следовательно, если хоть какая-то самая малая часть системы психотерапии будет обладать не достаточно хорошими свойствами, то любой психотерапевтический акт будет ущербным. Согласно принципу хрупкости, результаты и даже отдаленные последствия психотерапии должны быть действительно хорошими во всех аспектах как для того, кто проходит психотерапию, с учетом его созависимых, так и для самого психотерапевта, с его собственными созависимыми людьми. Для этого психотерапия должна учитывать или хотя бы иметь в виду множество факторов, являющихся фактически мультимодальными проблемами, влияющими на психическое состояние человека. Человек, как сложнейшая система, холистически организован, холистически существует и холистически функционирует в природном, социальном и духовном мире.

В данной статье рассмотрены основные объективно существующие проблемы Татарстана, на фоне которых и из-за которых неизбежно возникают сначала психологические проблемы отдельного человека и группы людей, потом ухудшается социальное самочувствие большинства, что ведет к развитию в обществе маргинализма со всеми его крайне негативными последствиями.

SUMMARIES

COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY OF PATIENTS WITH ALCOHOLIC DEPENDENCE

V.M.Nikolaev, E.V.Petrova, O.A.Petrov

Now cognitive-behavioral therapy (CBT) is one of the most perspective modern psychotherapeutic approaches in treatment of alcoholism. In process of CBT achievement of the complex therapeutic purposes - becoming of a critical estimation of the illness, belief of necessity and an opportunity of treatment, desire of active struggle against the illness, development of positive value-semantic installations, normative public behavior that promotes formation of long and qualitative remissions is possible. Stationary behavioral psychotherapeutic antialcoholic programs are well enough described in the foreign and domestic literature and applied by experts. In out-patient practice of treatment of patients with alcoholic dependence use of concrete cognitive-behavioral psychotherapeutic methods and their scientific estimation while are rather insignificant, as has defined our scientific interest.

The purpose of our work was studying opportunities of the out-patient cognitive-behavioral approach at treatment of patients with alcoholic dependence depending on their personal features at a stage of becoming of therapeutic remission and during long supporting therapy within two years.

THE ANALYSIS OF STRUCTURE OF ORGANIC MENTAL DISORDERS AT EMPLOYEES OF THE MINISTRY OF INTERNAL AFFAIRS SYSTEM

M.B.Edigenova, R.K.Sandybaeva

At comparison of ethiology organic mental disorders at 55 % surveyed it is revealed mainly traumatic genesis, vascular and other factors less often met.

THE ANALYSIS OF MODERN TENDENCIES IN PSYCHIATRIC AID

N.V.Zharkova

The article deals with searching of more economically efficient forms of offering psychiatric aid. One of these forms is singling out groups of patients with “lingering illness” in psychiatry.

THE DIFFERENTIATION OF PSYCHIATRIC AID ACCORDING TO THE GROUPS OF “ECONOMIC RISK”

N.V.Zharkova

The article describes the differentiation of psychiatric aid through singling out groups of “economic risk”. The reduction of direct and indirect expenses of national income is proved.

ECONOMICAL ASPECTS OF TREATING SCHIZOPHRENIA

N.V.Zharkova

The article contains the analysis of literature dealing with the economical aspect of treating schizophrenia regarding clinic-economical criteria.

APPLICATION OF PREPARATION «IXELL» AT TREATMENT OF DEPRESSIONS IN INVOLUTION AGE

G.M.Kud'jarova, B.B.Dzharbusynova, V.S.Bojko

Depression at older persons can be shown with cognitive disturbances symptoms designated with the term «pseudodementia». At many patients with the diagnosis dementia depression can arise owing to comprehension by them progressing cognitive disturbances. The patient with symptoms as dementia, and depressions with the purpose of specification of the diagnosis are indicated trial course of treatment with antidepressants. From clinic it follows, that as the common attributes of depressions at the given kind of an organic pathology are considered their duration, apatheticness of currents, difficulty of therapy. Traditional antidepressants used in clinical practice have a plenty of by-effects which are badly transferred. Atropine-like by-effects are widely known, heavier complications are described also: convulsive attacks, delirious conditions, «amitriptyline senile delirium».

In the given article application of preparation «Ixell» is described at treatment of depressions in involutional age.

FEATURES OF COMPLEX JUDICIAL PSYCHOLOGICAL-PSYCHIATRIC EXAMINATION OF MINORS

G.M.Kud'jarova. A.Kudajbergenova

Primary goals of complex judicial psychological-psychiatric examination of minors accused follow from part 3 of items 15 criminal code of RK. According to this norm into problems of experts-psychologists and experts-psychiatrists enters the establishment of presence and the reasons of mental developmental lag of the minor with the purpose of the answer to questions: whether could minor realize actual character and public danger of the actions at the moment of fulfilment of incriminated act; whether could he supervise over them? The decision of these problems demands specification of borders and the contents of concept «mental developmental lag» in legal, medical (psychiatric) and psychological sciences.

THE CLINIC-PSYCHOPATHOLOGICAL ASPECT INFLUENCING FORMATION OF PROPERTIES OF ANTINARCOTIC RESISTANCE AT YOUNGER SCHOOL AGE

A.A.Marasheva

The basic complexities in qualification of above named conditions are connected with doubtless features of clinic-psychopathological registration of the basic attributes of chemical dependence at children (clinical incompleteness, uncertainty, rudimentary of many psychopathological syndromes peculiar to the adult); a combination of many social and biological circumstances resulting in formation of pathological radicals of mentality which are not always possible for identifying; feature of diagnostic approaches deduced from here which are necessary for using in a children's narcology. In our case these complexities were overcome due to use as the basic diagnostic tool of the adapted variant of ICD-10, with reference to mental and behavioral disorders of children's age.

TWO CLINICAL CASES OF PSYCHOSOMATIC DISORDERS

B.A.Shahmetov

In given article two clinical cases of psychosomatic disorders are described. Thus complex psychotherapy: rational, suggestive, Erikson's hypnotherapy, NLP, family psychotherapy, arttherapy, medical pedagogics in a combination to medicamentous therapy gave positive result, so, that have surpassed expectations at patients, their families and doctors.

THE CLINIC-PSYCHOLOGICAL ASPECT INFLUENCING FORMATION OF PROPERTIES OF ANTINARCOTIC RESISTANCE AT CHILDREN OF YOUNGER SCHOOL AGE

A.A.Marasheva

The clinic-psychological method includes researches of formation of properties of antinarcotic resistance. Proving applicability of the concept of antinarcotic resistance at children of younger school age, we consider its basic multipliers concerning the given age.

MOTIVATIONS OF ADDICTIVE BEHAVIOR AT PATIENTS WITH A THEBAIC ADDICTION (THE COMPARATIVE ANALYSIS OF VALUE JUDGMENT)

Yu.A.Rossinsky, B.Z.Nuraliev, G.I.Altynbekova

In given article motivations of the drug use, in particular - the first experience of the drug use (the period from the first case and the incidental use up to the moment of formation of addictive motivation) at patient with a thebaic addiction, including having a comorbid mental pathology as specific frustration of the mature person and chronic affective frustration of mood (cyclothymic depression) are considered. The new concept of hyperthymic motivations of the use of drugs, on an example of researched groups is entered and considered.

INTERRELATIONS OF SOME CHARACTERISTICS OF PSYCHOLOGICAL HEALTH WITH AGGRESSIVE AND EGGRESSIVE FORMS OF BEHAVIOR AT MALE TEENAGERS

Yu.A.Rossinsky, O.V.Rossinskaya, B.Z.Nuraliev

In given article problems of school and social adaptation (low educational progress, destructive forms of the communications, deviant behavior) from stands of a level of development of psychological health of the schoolboy, on an example of representative research of male teenagers, learning in comprehensive schools are considered. Three groups of teenagers with various levels of adaptable opportunities are considered: teenagers with high adaptive opportunities and abilities to self-control or «Successful teenagers»; the teenagers having problems of school adaptation; teenagers, which groups of «successful» teenagers not adequate to criteria with a high level of adaptive opportunities and abilities to self-organizing, and as not having problems by way of mental and school adaptation. Interrelations of emotional-behavioral features of researched teenagers with some characteristics of psychological health are investigated.

PREVENTION OF POOR PROGRESS IN AN ELEMENTARY SCHOOL. CHILDREN WITH A SYNDROME OF DEFICIENCY OF ATTENTION

M.S.Sokovnina

Poor progress can be warned before it has started the child so far, that of a measure on his moving up into the next form with the facilitated program, take in other school, or keep him in the same grade. All movement are connected to change of conditions, social environment, mutual relation. They threaten with failure of social adaptation which in turn frequently deepens also an educational desadaptation. Now there are no the pedagogical programs directed to the aid of the schoolboy in adaptation to new conditions while moving up him into the next form. Therefore it is better to carry out preventive maintenance of poor progress than to allow problems to accrue similarly to snow ball.

Two basic groups poor are children with a syndrome of deficiency of attention and children receiving insufficient care and insufficient stimulation for development from parents. In given article there will be a speech about preventive maintenance of poor progress for the first group of children.

PROBLEM OF EFFICIENCY OF PSYCHOTHERAPY *(the literary review)*

T.V.Pak

The article is devoted to a problem of demonstrative efficiency of psychotherapy. The review of the scientific researches studying the given problem with the description of the historical factor, influencing on development of a psychotherapeutic science and practice is given. The scientific-theoretical and applied contribution of outstanding psychotherapists in development of the given direction of psychotherapy is described. Brief definition of demonstrative medicine in aspect of efficiency of psychotherapy is given.

ABOUT ROLE-PURPOSE OF PSYCHOTHERAPY IN TODAY'S AND TOMORROW'S LIFE

M.E.Burno

The psychotherapy, in spontaneous bases, exists, from pristine times. In a human nature the certain psychotherapeutic mechanisms, quickening by various emotional influences on the person of other people are incorporated. These mechanisms - essence: suggestion, hypnosis, an explanation and belief, the analysis, training, activation, behavior, group, game, gestalt, creativeness, emotional bodiness.

The psychotherapy always existing, working in medicine and in life of mankind, in the development, already more than hundred years back «was condensed», has professionally deepened - has complicated in such regions of medicine, as psychiatry, the mental health, psychohygiene, psychosomatic disorders. But around of these «condensations» the psychotherapy subsequently began in the extramedical forms to be distributed to all mankind. Last years psychotherapy covers, first of all, the extramedical region our already elderly and unhealthy world more widely and more strong, helping people to be protected in it from increasing difficulties, miseries and, whenever possible, to be together with conformable to soul people, with a nature, to succeed in the affairs, finding pleasure.

PSYCHOTHERAPY AS BRANCH OF PSYCHOLOGY

L.M.Popov

The problem is, that psychotherapy, entering today a component in a number of disciplines (psychology, medicine, theology, philosophy, pedagogics), searches the place among them with hope to become independent discipline. It, integrating the data of many branches of human knowledge, nevertheless on use in the name of words «psycho-» and «therapy» gravitates to two of them: to medicine and psychology. In given article the author conducts search of a place for psychotherapy.

MISSION OF PSYCHOTHERAPY TO A CONTEXT OF NATIONAL-POLITICAL AND SOCIAL-PSYCHOLOGICAL PROBLEMS (ON AN EXAMPLE OF TATARSTAN)

N.Yu.Husainova

Recognizing and accepting the fact of existence of psychotherapy as the spontaneous phenomenon inherent in mankind, historically shown to us in various forms of vital activity of the person, and specially designed last 200 years, today it is necessary to recognize, realize and accept, that psychotherapy of the future calls with which earlier it did not face are thrown. And this psychotherapy, originally carrying out the mission, should submit to a mathematical Levantovsky's principle of fragility in which affirms, that all good is always fragile. Hence, if though any smallest part of system of psychotherapy will have not good enough properties any psychotherapeutic act will be decline. According to a principle of fragility, results and even remote a consequences of psychotherapy should be really good in all aspects as for the one who passes psychotherapy. For this purpose the psychotherapy should take into account or even mean set of the factors being actually multimodal problems, influencing on a

mental condition of the person. The person as the most complicated system, it is organized holistically, exists holistically and functions holistically in natural, social and a spiritual world.

In the given article the basic objectively existing problems of Tatarstan on which background and because of which inevitably there are all over again psychological problems of the person and group of people, the social state of health of the majority is then worsened that conducts to development in a society marginalizm with all its extremely negative consequences are considered.

Подписано в печать 18.08.2005 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