

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

Том VIII

№ 2

2002

Москва-Павлодар

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Профессор А.Л. Катков (главный редактор); профессор В.В. Макаров (главный редактор); Е.В. Денисова (ответственный секретарь); А.Н. Рамм (редактор); кандидат медицинских наук С.А. Алтынбеков; профессор Ж.А.Алимханов; профессор О.Т.Жузжанов; профессор Н.Т.Измаилова; кандидат психологических наук Г.А.Макарова; кандидат медицинских наук Ю.А.Россинский; академик РАМН В.Я.Семке; А.К.Тастанова; кандидат медицинских наук В.Ф.Трубецкой (Москва); профессор А.А.Чуркин.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.Асимов (Алматы); Н.А.Бохан (Томск); М.Е.Бурно (Москва); М.Х.Гонопольский (Хайфа); Ж.А.Доскалиев (Астана); В.Ю.Завьялов (Новосибирск); Р.Г.Илешева (Алматы); Н.А.Корнетов (Томск); Р.Кочунас (Вильнюс); Г.М.Кудьярова (Алматы); И.Е.Куприянова (Томск); Х.Пезешкиан (Висбаден); кандидат медицинских наук Х.А.Сагын (Астана); В.В.Соложенкин (Бишкек); Л.А.Степанова (Томск); М.З.Таргакова (Алматы); доктор медицинских наук профессор 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**

**Журнал основан в 1995 году
Адрес редакции: Казахстан, г. Павлодар, ул. Кутузова, 200.
Телефон (факс): 8(3182) 45-07-75
E-mail: neovitae@pisem.net**

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

СОДЕРЖАНИЕ

РЕДАКТОРСКИЕ СТАТЬИ

УЧРЕДИТЕЛИ:

Катков А.Л.

Социальная модель психотерапии – что это?

9-11

ТРАНСАКТНЫЙ АНАЛИЗ

**Профессиональная
Психотерапевтическая
Лига**

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

**Том VIII
№ 2
2002 год**

**выходит
4 раза в год**

<i>Макаров В.В.</i>	
Трансактный анализ восточная версия	12-13
<i>Володин Б.Ю., Володина Л.Н.</i>	
Использование трансактного анализа в онкологии	13-15
<i>Гусаковский В.Е.</i>	
Демократия и восточный авторитаризм в транзактном анализе	15-19
<i>Зобов А.С., Козлова М.И.</i>	
Трансактный анализ и групповая работа	19-20
<i>Кокс М.</i>	
Уровни лечения	20-23
<i>Лимонова Д.Л.</i>	
Место трансактного анализа в психотерапии больных наркоманией	23-31
<i>Макарова Г.А.</i>	
Лекция по применению трансактного анализа в психо- логическом консультировании	31-32
<i>Макарова Г.А.</i>	
Консультирование в концепции Трансактного анализа при переживании горя	32-36
<i>Меринов А.В.</i>	
Сценарные аспекты поведения жен мужчин больных ал- коголизмом	36-37
<i>Меринов А.В., Шустов Д.И., Ховрачев А.П.</i>	
Эпискрипт в «алкогольном браке»	37-40
<i>Ховрачев А.П., Еремина Е.К.</i>	
Краткосрочная групповая терапия: ТА здесь и сейчас	40-41
<i>Ховрачев А.П., Ховрачева О.В.</i>	
Трансакционный анализ материнской патологии	42-45
<i>Хохлова Л.П.</i>	
Трансдисциплинарный холодинамический подход к структуре личности	45-49
<i>Чеглова И.А.</i>	
Еще две игры	49-53
<i>Шитов Е.А., Ховрачев А.П.</i>	
Теория пассивности шифров: обзор	53-58
<i>Яценко В.И.</i>	
Интегративная система в психотерапии на основе ини- циатического анализа и трансактного анализа	58-65

ПСИХОТЕРАПИЯ

Власова Н.М., Королева С.И.

Эффективность применения фитопрепарата “Memory
rise” в детской психиатрической практике

66-67

<i>Власова Н.М., Королева С.И.</i>	
Роль речи в психической жизни ребенка и структурный анализ	
ЭЭГ детей с разными формами нарушений речевого развития	68-69
<i>Гагаркина И.Г., Черняева Т.Б.</i>	
Лечебная верховая езда при синдроме раннего детского аутизма	70-72
<i>Гирич Я.П.</i>	
Новые возможности психотерапевтических технологий	72-77
<i>Ланцберг М.Б., Филимонов В.И., Малышев К.П.</i>	
К вопросу сочетания травматического органического повреждения центральной нервной системы и посттравматических стрессовых расстройств, полученных в условиях боевых действий и чрезвычайных ситуаций	77-78
<i>Макаров В.В.</i>	
Психотерапевтические аспекты Российской наркологии	78-83
<i>Новикова М.Ю.</i>	
Обоснование и опыт применения арт-терапии в работе медицинского психолога	83-87
<i>Титова В.В.</i>	
Проблема оценки психотерапии зависимостей	87-89
<i>Фридрих С.</i>	
Гештальт, ведущий к Просветлению	89-92

ПСИХИАТРИЯ

<i>Бочковская И.П., Исмаилова С.А.</i>	
Состояние соматического здоровья детей с резидуально-органическими поражениями Центральной нервной системы	93-95
<i>Власова Н.М., Королева С.И.</i>	
Применение фитопрепарата “Neirostabil” в детской психиатрии	95-97
<i>Едигенова М.Б., Молдахметова Ж.С.</i>	
Влияние инстенона на динамику реоэнцефалографических показателей у больных с сосудистыми поражениями центральной нервной системы	97-99
<i>Едигенова М.Б., Царенко С.А., Айтенов М.К.</i>	
Психолого-психиатрическая характеристика лиц, поступающих в учебные заведения МВД РК	99-101
<i>Захарова Е.В.</i>	
Медико-психологические характеристики больных туберкулезом легких	101-102
<i>Новикова М.Ю.</i>	
Психологическая интерпретация цветовой символики лирики А.А.Блока	102-106
<i>Пугачёв В.П., Юнусов М.Р., Яkipova Г.Т., Бибакова Н.Т.</i>	
Клинические исследования побочных эффектов при лечении депрессивных состояний амитриптилином у больных с органически неполноценным фоном	106-112
<i>Чуркин А.А., Реверчук И.В.</i>	
Особенности факторов структурообразования осевых синдромов пограничных психических расстройств у больных русской и удмуртской национальностей	113-116

НАРКОЛОГИЯ

<i>Белоног Ю.А.</i>	
Уровень осведомленности сельского населения Акмолинской области о проблеме наркотизма	117-120

Пакеев С.О., Шайкенов М.Т., Шайкенова Р.
Данные клинико-психопатологического исследования больных с различными формами алкогольного делирия

120-121

ИНФОРМАЦИЯ

<i>Катков А.Л.</i>	122-124
Психотерапия Центральной Азии	
<i>Макаров В.В.</i>	
Открытое письмо проекто отраслевой программы Министерства здравоохранения Российской Федерации “Реорганизация сети психиатрической помощи в Российской Федерации (2003-2008г.)”	124-125
<i>Резюме</i>	126-139



VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

TABLE OF CONTENTS

EDITORIAL ARTICLES

FOUNDERS:

**Professional
Psychotherapeutic
League**

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

**Volume VIII
№ 2
2002
Published 4 times
in a year**

<i>Katkov A.L.</i>	
Social model of psychotherapy - what is it?	9-11

TRANSACT ANALYSIS

<i>Makarov V.V.</i>	
The transact analysis east version	12-13
<i>Volodin B.Y., Volodina L.N.</i>	
The application of transactional analysis in oncology	13-15
<i>Gusakovskiy V.E.</i>	
Democracy and east authoritarianism in the transact analysis	15-19
<i>Zobov A.S., Kozlova M.I.</i>	
Transact Analysis and group work	19-20
<i>Mary Cox</i>	
Levels of treatment	20-23
<i>Limonova D.L.</i>	
Place of the transact analysis in psychotherapy of patients with an addiction	23-31
<i>Makarova G.A.</i>	
Application of the transact analysis in psychological consultation	31-32
<i>Makarova G.A.</i>	
Consultation in the concept of the transact analysis at experience burning	32-36
<i>Merinov A.V.</i>	
Script aspects of behavior of wives of alcoholics	36-37
<i>Merinov A.V., Shustov D.I., Hovrachev A.P.</i>	
Episcript in «alcoholic marriage»	37-40
<i>Hovrachev A.P., Eremina E.K.</i>	
Short-term group psychotherapy: TA here and now	40-41
<i>Hovrachev A.P., Hovracheva O.V.</i>	
The transact analysis of a parent pathology	42-45
<i>Hoholova L.P.</i>	
Transdisciplinary holodynamic approach to structure of a personality	45-49
<i>Cheglova I.A.</i>	
Two more games	49-53
<i>Shitov E.A., Hovrachev A.P.</i>	
The Schiff theory of passivity: the review	53-58
<i>Jatsenko V.I.</i>	
Integrative system in psychotherapy on a basis of initial analysis and transact analysis	58-65

PSYCHOTHERAPY

<i>Vlasova N.M., Koroleva S.I.</i>	
Efficiency of application of fidomedicine «Memory rise» in children's psychiatric practice	66-67

<i>Vlasova N.M., Koroleva S.I.</i>	
Role of speech in mental life of child and structural analysis of EEG of children with different forms of speech disturbances	68-69
<i>Gagarkina I.G., Chernjaeva T.B.</i>	
Medical riding at a syndrome of infantile autism	70-72
<i>Girich J.P.</i>	
New opportunities of psychotherapeutic technologies	72-77
<i>Lantsberg M.B., Filimonova V.I., Malyshov K.P.</i>	
To a question of a combination of traumatic organic damage of the central nervous system and the posttraumatic stressful frustration received in conditions of operations and extreme situations	77-78
<i>Makarov V.V.</i>	
Psychotherapeutic aspects of the Russian narcology	78-83
<i>Novikova M.J.</i>	
Reasons for using art therapy and cases of its using in work of a medical psychologist	83-87
<i>Titova V.V.</i>	
Problem of an estimation of psychotherapy of dependences	87-89
<i>Fridrikh S.</i>	
Gestalt, conducting to the Enlightenment	89-92

PSYCHIATRY

<i>Bochkovskaja I.P., Ismailova S.A.</i>	
Condition of somatic health of children with residual - organic syndrome of the central nervous system	93-95
<i>Vlasova N.M., Koroleva S.I.</i>	
Application of fidomedcine «Neirostabil» in children's psychiatry	95-97
<i>Edigenova M.B., Moldahmetova Z.S.</i>	
Influence of instenon on dynamics of rheoencephalography parameters at patients with vascular affection of central nervous system	97-99
<i>Edigenova M.B., Tsarenko S.A., Ajtenov M.K.</i>	
Psychological-psychiatric characteristic of the persons entering in educational institutions of Ministry of Internal Affairs of RK	99-101
<i>Zaharov E.V.</i>	
Medico-psychological characteristics of consumptives	101-102
<i>Novikova M.J.</i>	
Psychological interpretation of color symbols of lyrics of A. Block	102-106
<i>Pugachev V.P., Junusov M.R., Jakipov G.T., Bibakova N.T.</i>	
Clinical researches of by-effects at treatment of depressions with amitriptyline at patients with integrally defective background	106-112
<i>Churkin A.A., Reverchuk I.V.</i>	
Features of factors of structurization of axial syndromes of border-line mental disorders at patients of Russian and Udmurt nationality	113-116

NARCOLOGY

Belonog J.A.

Condition of narcological service in a countryside and a level
of awareness of rural population of Akmolinskaya oblast about
a problem of drug addiction

117-120

Pakeev S.O., Shajkenov M.T., Shajkenova R.

Data of clinico-psychopathological research of patients with
various forms of delirium alcoholicum

120-121

INFORMATION

Katkov A.L.

Psychotherapy of the Central Asia

122-124

Makarov V.V.

Open letter of the project of the branch program of Ministry of
Health of the Russian Federation «Reorganization of a net-
work of a psychiatric service in the Russian Federation (2003
- 2008)

124-125

Summaries

126-139

РЕДАКТОРСКИЕ СТАТЬИ

СОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ – ЧТО ЭТО?

проф., кмн А.Л.Катков

г. Павлодар

В эпоху Нового Времени, когда различного рода социальные кризисы – спутники резко возросших скоростей общественного бытия – становятся перманентной нормой, четко обозначается потребность в масштабной социальной психотерапии, выходящей за рамки привычных институализированных практик.

Существует, однако, методологические и чисто практические сложности в оформлении и реализации данного направления развития психотерапии.

Методологические сложности, как минимум, заключаются в определении объекта, и, соответственно, масштабов психотерапевтического воздействия. Но, кроме того, встает вопрос: о каком собственно воздействии идет речь. Если о непосредственном, то группа, в которой реализуется данный вид психотерапии, должна включать существенную часть общества. Если имеется ввиду опосредованное и долговременное воздействие, то следует определить степень и основной вектор влияния психотерапевтической науки и практики на традиционные, институализированные способы развития общества.

На наш взгляд, имеет смысл обсуждать лишь последний концептуальный вариант ответа на вопрос: что есть социальная психотерапия, поскольку даже такие сверх-тотальные инструменты воздействия на сознание и поведение людей как политика и религия не в состоянии охватывать более или менее существенные группы населения без опоры на соответствующие социальные институты (воспитание, образование, устойчиво-структурная идиоматическая информационная среда и т.д.).

Исходя из всего сказанного, социальная психотерапия в нашей концепции, представляет собой уникальную, в основном опосредованную, технологию кризисного развития общества, реализуемую по отношению к его существенной части, а не только в отношении отдельных групп населения.

Рассматривая заявленную проблему в данном курсе, теперь следует определиться с местом современной психотерапии в континууме: эксклюзивная социальная практика, т.е. ответить на второй существенный вопрос: в какой степени современная психотерапия может считаться социальной? Есть ли у психотерапии Нового Времени идеи, технологии, методы, способные резко ускорить процессы общественного развития и вывести большую часть социума из кризисной, хотя бы, в предкризисную

зону?

Ответ на этот вопрос (конечно, неоднозначный и неоформленный) выводится из постоянно возрастающего интереса к профессиональной психотерапии, фиксируемого у гуманитариев различной направленности (этим интересом, на наш взгляд, и подпитывается психотерапевтический ренессанс последних лет). Между тем, такого рода интерес пока что не носит системного характера и направлен скорее к результату психотерапии, разительно отличающемуся от результатов институализированных развивающих практик, а не к верифицированной концепции его достижения.

Дело в том, что психотерапия до настоящего времени не прелагает целостной концепции развивающего психотерапевтического процесса и, следовательно, не в состоянии осмысленно и системно экспортirовать собственные технологии в традиционные социальные институты, основательно реформируя последние. Напротив, ситуация такова, что в своем настоящем статусе психотерапия, в основном, питается теориями (речь идет о более или менее верифицированных концепциях психического), заимствованными из базисных гуманитарных научных направлений.

Таким образом, психотерапия, до настоящего времени, остается в основном эксклюзивной практикой, недоступной для большинства населения. Идентификационные проблемы психотерапии являются реальными препятствиями к реализации социальной миссии данного научно-практического направления.

Мы полагаем, что научно-методическим, а затем и практическим прорывом в решении данной проблемы должно быть выведение всячески вытесняемого из реальности основного предмета психотерапии, именуемого (как ни странно) душой, соседствующей с духом, из сферы иррациональной тени; из тезауруса стыдливых, на самом деле приходящих к рациональному вакууму, обозначенный - бессознательное, подсознательное, неосознанное, предсознательное и т.д. - в обновленную категорию реальности, где есть место не только для, так называемых, объектно-субъектных феноменов, но и для исключительно субъектных инстанций.

Для этого, естественно, потребуется разработка не просто обновленного научного направления, а нового научного архетипа со своим собственным категориальным аппаратом. То есть речь идет не только

ко смене научно-гуманитарной парадигмы, но и о реформировании социальной метадигмы, включающей все аспекты человеческого бытия. Последнее обстоятельство является гарантией вовлеченности в процесс конструктивного реформирования традиционных общественных институтов.

Следовательно, появляется перспектива того, что психотерапия, обретая свой собственные предмет в новом качестве, продвигается к статусу истинно социальной практики.

Вместе с возможностью формирования новых фундаментальных концепций психического, более адекватных метадигме новой реальности, появляются и перспективы развития целостного прикладного научно-практического психотерапевтического базиса, реально востребуемого традиционными социальными институтами:

- двухуровневой структуры процесса развития индивида и социума;
- универсальных механизмов глубинного уровня психотерапевтической коммуникации;
- двухуровневого подхода к технологическому оформлению психотерапевтической коммуникации;
- модели семиступенчатого интерактивного инсайта как базисной стратегической характеристики развивающего психотерапевтического процесса;
- модели многоосевой развивающей стратегии психотерапевтического процесса;
- концепции сведения базисных систем координат;
- структурного оформления “золотого” правила психотерапии;
- структурного, оформления иерархии целей и задач развивающего психотерапевтического процесса.

Таким образом, выстраивается основа для унифицированных подходов к подготовке профессионалов развивающего гуманитарного профиля, осмыслинного и организованного экспорта психотерапевтических подходов в общий фронт развития социума.

Итогом нашего методологического экскурса в реальное содержание определения “социальная психотерапия” являются следующие выводы:

1. под термином “социальная психотерапия” следует понимать уникальную, в основном, опосредованную технологию кризисного развития общества, реализуемую по отношению к его существенной части

2. основными идентификационными характеристиками данной психотерапевтической модели являются:

- возможность конструктивного влияния на все слои населения, а не только на эксклюзивные группы людей
- возможность активного вовлечения в данный процесс традиционных социальных институтов

- активное использование идеоматической информационной среды

3. современная психотерапия, во многом не решившая собственных идентификационных проблем, тяготеет к полюсу и, соответственно, статусу эксклюзивной, а не социальной психотерапевтической практики

4. перспективным, в этом смысле, представляется выведение основного предмета психотерапии из категории иррационального в сферу (метадигму) новой реальности, разработки целостного фундаментального и прикладного научно-практического базиса, адекватного для адаптации и реформирования деятельности основных институализированных развивающих практик.

Итак, социальная психотерапия – это не характеристика какой-либо определенной модели психотерапевтического процесса в узком смысле этого слова, но правомочное отнесение данной специальности в категорию полноценно сформированного и реально-действующего института общественного развития.

Научно-методологические перспективы продвижения психотерапии к целостной, интегративно-развивающей концепции, обозначенные выше, позволяют, на наш взгляд, эффективно интегрировать информационный и прикладной базис специальности в традиционные институализированные практики развития. И в первую очередь в систему воспитания и образования, основательно реформируя последние.

Практический процесс осмыслинного и эффективного экспорта психотерапевтических технологий в действующие социальные институты, будет зависеть от качества образовательного стандарта, объема и последовательности его реализации для педагогов, воспитателей, социальных педагогов, педагогов-психологов и других представителей развивающих профессий.

Мы полагаем, что образовательные стандарты такого рода, как минимум, должны предусматривать 3 этапа развития специальных знаний-умений-навыков:

- этап образования в сфере существенных феноменов психотерапевтического пространства (коренное отличие характеристик психотерапевтического пространства от условий любой другой развивающей практики; содержание неосознанных, скрытых стратегий развития, реализуемых в условиях психотерапевтического пространства; особенности и характеристики субъективных ресурсов, используемых в данном феноменологическом поле и т.д.). Данный этап характеризуется как вводный, достаточно краткосрочный (до 144 часов), интенсивный;
- этап освоения универсальных, глубинных механизмов психотерапевтической коммуникации, личностного самопознания, терапии и личностного роста. Данный этап характеризуется как базис-

ный, среднесрочный, интенсивный, реализуемый в условиях достижения ресурсного состояния (до 280 часов);

- этап усвоения основных психотерапевтических методов (технологического уровня психотерапии) с адаптацией к педагогической и воспитательной практике. Данный этап характеризуется как специализированный, среднесрочный, сопровождается интенсивной практикой личной терапии и личностного роста (до 280 часов).

Первый практический опыт по реализации интенсивного вводного психотерапевтического цикла для социальных педагогов на кафедре психотерапии и наркологии СГМА (апрель 2002 г.) выявил следующее:

- социальные педагоги готовы к восприятию основной идеи интегративно-развивающей психотерапии, несмотря на достаточно выраженную профессиональную деформацию и перегруженность со-

циально-педагогическими штампами;

- основным конструктивным “потрясением” для представителей данной профессиональной категории является первый опыт участия в групповой и личной терапии;

- процесс “расплавления” социальных стереотипов и подходов в области развивающих практик происходит достаточно быстро и конструктивно. Параллельно с этим отмечается высокий уровень осмысливания и рефлексивной систематизации личностного опыта и сопутствующей теории;

- в нашем случае (17 отзывов) была получена однозначно-позитивная оценка перспектив интегрирования психотерапевтических подходов в педагогическую практику, включая специальную подготовку, педагогического персонала. В то же время были отмечены объективные сложности и необходимость организационной адаптации психотерапевтических практик к педагогическому процессу.

ТРАНСАКТНЫЙ АНАЛИЗ

ТРАНСАКТНЫЙ АНАЛИЗ ВОСТОЧНАЯ ВЕРСИЯ

проф. В.В.Макаров

г. Москва

Трансактный анализ в нашей стране имеет свою историю, которая насчитывает около 30 лет, точнее -28 лет. Можно назвать три истока трансактного анализа в Российской Федерации. Первый из них относится к диссидентскому движению. Тогда, наряду с другой литературой, переводились книги по трансактному анализу. Эти книги передавались из рук в руки. Обсуждались в небольших группах интеллигенции. Представители научной интеллигенции Новосибирска передали книги по трансактному анализу врачам и психологам. В начале это были две работы основоположника трансактного анализа Э.Берна “Введение в психиатрию и психоанализ для непосвящённых” и “Игры, в которые играют люди”. Они были очень точно и качественно переведены известным математиком, доктором математических наук и одним из активных и авторитетных участников диссидентского движения А.И.Фетом. В последующем они неоднократно издавались типографским способом. А переводчик книг обозначался под его псевдонимом - А.И.Фёдоров.

С середины семидесятых годов в Москве в среде психологов и интересующихся психологией активно обсуждалась книга “Игры, в которые играют люди”. В то время казалось, что её официальное издание “перевернёт мир”. В 1979 году благодаря декану психологического факультета МГУ Бодалёву была открыта лаборатория, изучавшая трансактный анализ. Её руководителем был назначен Столин. Эта лаборатория известна по адресу своего места нахождения “Погодинка, 20”. В ней бывали все известные московские психологи, врачи и просто люди, интересующиеся трансактным анализом, современной психотерапией. По мнению участников собраний в данной лаборатории трансактный анализ занимал ведущее место среди зарубежных методов психотерапии, вплоть до 1986 года, когда в Москву приехал К.Роджерс. Это второй исток. И третий исток происходил из северо-запада страны.

По-другому развивался трансактный анализ в Ленинграде. В 1986 году в этот город нанёс визит состоятельный поклонник трансактного анализа из США Г.Вестен. В последующем, он финансировал приезды из США супружеского Д. и Т. Фрейзеров, которые длительно преподавали 101 курс трансактного анализа в Ленинграде. И в 1992 году сложилось сообщество, получившее название Санкт-Петербургский институт трансактного анализа. В 1996 году в издательстве “Социально-психологический центр” Санкт-Петербурга вышла фундаментальная книга

Я.Сьюарта и В.Джонса “Современный трансактный анализ”, в прекрасном переводе психолога и переводчика Д.Касьянова. И в этот раз Санкт-Петербург подтвердил свою роль западных ворот страны.

Вместе с тем, уже с середины семидесятых годов прошлого столетия книги по трансактному анализу активно обсуждались в кругу учёных и прогрессивно настроенных врачей. А в начале восьмидесятых годов в Новосибирске шли группы личной терапии для врачей и психологов. Первая такая группа работала в течение полутора лет. Организатором и ведущим групп выступил Б.Ю.Сапожников (псевдоним Б.Ю.Найдорфа). В это же время переводились и, подробно обсуждались и разбирались на специальных семинарах, книги по трансактному анализу.

А трансактным анализом занималось много профессионалов и просто умных людей. Они были оторваны от международного профессионального сообщества и часто даже не знали о существовании друг друга. И, конечно же, в их работе было много своеобразия, много находок, которые в последующем и легли в основу восточной версии трансактного анализа. И только в начале девяностых, с почти двадцатилетним опытом трансактного анализа полученного из книг, и тренингов под руководством талантливых непрофессионалов, мы встретились с ведущими трансактными аналитиками из Международной ассоциации трансактного анализа. Эта встреча и наблюдение за их работой в тренинге и терапии показала: насколько они профессиональны и насколько мы отличаемся от них. Она состоялась в октябре 1990 года на большой международной конференции по трансактному анализу на озере Байкал. Тогда же в г. Иркутске была создана Всесоюзная ассоциация трансактного анализа. Её сопредседателями были избраны: В.В.Макаров - заведующий кафедрой психиатрии, наркологии, возрастной и медицинской psychology Красноярской медицинской академии и П.И.Беленко - психолог из Новосибирска. Данная ассоциация продолжала объединять профессионалов даже после распада Советского Союза.

Сегодня, когда в нашей стране развивается классический трансактный анализ из Международной Ассоциации Трансактного Анализа (штаб-квартира в США), когда обучающие семинары ведут коллеги из Европейской Ассоциации Трансактного Анализа мы ещё раз осознали своеобразие того ва-

рианта трансактного анализа, который самостоятельно развивается у нас в стране скоро уже 30 лет. Он основан на опыте профессионалов нашей страны, на своеобразии менталитета наших граждан. На нашем народном фольклоре, наших сказках. На истории судеб отдельных людей, судьбах семей и их истории. В частности, в самой сложной части трансактного анализа - сценарии жизни человека, у нас обнаруживается явная зависимость сценария, неосознаваемого плана жизни, от основной жизненной позиции.

Более того, оказывается, что у каждого человека актуально, активно представлены сразу все четыре жизненные позиции. А значит, каждый человек имеет не один жизненный сценарий, а как минимум четыре. И в отличие от западных людей мы каждый день принимаем решения, совершаляем поступки, которые в корне могут изменить нашу жизнь и жизнь наших потомков. У наших сограждан зачастую обнаруживается не один сценарий, а несколько 3-4 и более. И люди живут сразу в нескольких сценариях.

Обращает внимание особо важное значение знаковой системы чувств (эмоций) для наших соотечественников. Нам не хочется употреблять здесь понятие – язык. Оно сразу уводит нас к мышлению и речи. Получается так, что мышление при помощи языка скрывает более архаическую знаковую систему чувств. И чем больше развито мышление, тем неосознаваемее становится знаковая система чувств. Получается, что знаковая система мышления, осуществляемого при помощи языка, и знаковая система эмоций и чувств функционируют параллельно. И если мышление осуществляется при

помощи языка, то, как передаются чувства? Конечно, чувства передаются при помощи голоса, когда голосовые сигналы носят невербальный характер, мимики, вегетативных реакций. Или при помощи звучания музыкальных инструментов. Ведь описание воздействия музыкальных произведений при помощи слов часто кажется неполным и весьма упрощенным. Пока мы недостаточно полно и точно умеем оценивать и интерпретировать знаковую систему чувств. Образное, магическое мышление, традиционно свойственное соотечественникам смешивает две эти знаковые системы. Исследования и использование в консультативной и терапевтической практике знаковой системы чувств и магического мышления представляется одной из важных, ближайших задач восточной версии трансактного анализа.

В работах основоположника трансактного анализа Э.Берна ощущается влияние ментальности Восточной Европы. И это понятно. Его предки эмигрировали в Канаду из Российской Империи. То у последующих американских и Западно-Европейских исследователей и авторов работ в области трансактного анализа, такое влияние уже не осознаётся, оно утеряно.

Развитие восточной версии трансактного анализа, несомненно, обогатит международный трансактный анализ. Нам предстоит обобщить свой опыт, написать статьи и книги, разработать и реализовывать образовательные программы. В настоящее время Национальная ассоциация восточной версии трансактного анализа активно развивается в Профессиональной Психотерапевтической Лиге, находя всё больше своих сторонников и последователей.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРАНСАКТНОГО АНАЛИЗА В ОНКОЛОГИИ

Б.Ю.Володин, Л.Н.Володина

г. Рязань

Заболевание раком является одним из самых грозных, с которыми приходилось сталкиваться человечеству. Известие о диагнозе для многих людей является своеобразным посланием смерти и делит жизнь человека пополам – до и после... В этой связи является весьма закономерным возникновение и бурное развитие новой дисциплины – психоонкологии. В ее рамках аккумулируются все психологические аспекты онкологических больных – от участия психической составляющей в развитии и прогрессировании опухолевого процесса до психотерапевтической помощи родственникам пациентов и медицинскому персоналу, работающему с ними.

Наша работа, носящая на данном этапе скорее исследовательский, чем психотерапевтический характер, касается некоторых аспектов использования трансактного анализа (ТА) у больных злокачествен-

ными новообразованиями. Вместе с тем она носит и некий интегративный характер, объединяя ТА, психоаналитические концепции (в частности, концепцию динамической психиатрии G.Ammon) и гипноз.

В течение последних полутора лет нами наблюдалась 46 пациенток, прооперированных по поводу рака молочной железы. Все они были обследованы по Я-структурному тесту G.Ammon (ISTA), позволяющему количественно определить шесть бессознательных функций “Я” (агрессия, страх, внешнее и внутреннее ограничение, нарциссизм и сексуальность). Одной из центральных функций, позволяющих человеку справляться с трудностями, является, так называемая, конструктивная агрессия – активность, энергичность, предприимчивость, креативность. В психоонкологии для определения

силы, позволяющей справляться и выживать, используют термин “дух борьбы” (fighting spirit). Нетрудно увидеть, что данные понятия очень близки к понятию *physis* – силы к росту и изменению – вновь введенному в трансактный анализ Р.Clarcson (1988). В нашем исследовании уровень конструктивной агрессии у пациенток оказался почти на 20% ниже, чем в общей популяции. Это подтолкнуло нас к поиску тех методов психотерапевтического воздействия, которые могли бы помочь увеличить этот показатель.

Поиски привели к тому, что мы остановились на гипнотерапии, поскольку многими исследователями подчеркивается, что гипнотическое состояние оказывает мобилизующее влияние на организм, в целом. В нем тесно переплетаются психологические и физиологические процессы (Chertok L., 1982). В pilotной работе S.Black (1969) было также показано положительное влияние гипноза на иммунную систему человека.

Сеансы проводились в течение недели после операции. Пациенткам объясняли цели использования данного метода и возможные механизмы позитивного воздействия гипноза на психологическом и телесном уровнях. Повторное тестирование позволило обнаружить, что уровень конструктивной агрессии у них возрос. И хотя это повышение составило лишь 6%, обращает на себя внимание то, что одновременно почти все остальные показатели Я-структурного теста изменились в положительную сторону.

С позиции трансактного анализа гипноз представляет собой регрессию в Эго-состояние Ребенка. Функцией Свободного Ребенка является переживание реакции утраты, горя. В этой связи обращает на себя внимание то, что ряд пациенток, не позволяющих себе переживать реакцию горя по поводу потери здоровья в обычном состоянии, переживали эти чувства в состоянии гипноза. Трудности в переживании эмоций женщинами с раком молочной железы обнаруживает и тест G.Ammon: показатели функции, так называемого, деструктивного внутреннего отграничения у пациенток в 1,7 раза превышали таковые в популяции. Таким образом, использование гипнотической техники может на структурном уровне активизировать энергию к жизни Соматического Ребенка (*physis*), а на функциональном – помочь глубже соприкоснуться с эмоциями, в частности, реакцией горя (Свободный Ребенок).

Helen Harbison (1978) в своей работе “TA and Cancer”, на основе личного опыта заболевания раком молочной железы и опыта других пациенток, с которыми она встречалась, утверждает, что базовым предписанием онкобольных является не предписание “Не живи”, а – “Не получай удовлетворения своих потребностей” (Don’t get your needs met). В связи с этим заболевание раком, с ее точки зрения,

не является финальной сценарной целью. Целью является не смерть, а сам процесс умирания. Пациент верит в то, что, будучи умирающим человеком, он сможет удовлетворить наконец-то свои нужды и потребности. При этом автор пишет, что пациенты, с которыми она встречалась, имели довольно высокий уровень базового самоуважения. Наш же опыт свидетельствует о том, что отсутствие удовлетворения собственных потребностей скорее ведет к заниженной самооценке, и, чтобы почувствовать себя значимыми, пациентки заботятся об удовлетворении потребностей других людей (детей, внуков, иных родственников), что является своеобразной компенсацией нарциссической раны. Показатели шкалы деструктивного нарциссизма у них (по тесту G.Ammon) почти в полтора раза превышали таковые в популяции. Когда в палате кому-либо из пациенток становилось особенно плохо, остальные чрезвычайно активно стремились привлечь психотерапевта к оказанию помощи, при этом та, которая в ней нуждалась, обычно никаких просьб не высказывала. Нетрудно в подобной ситуации увидеть роли Жертвы и Спасителя, при этом последний в любой момент готов был переключиться в Представителя при отказе терапевта помогать тому, кто об этом не просит.

Помимо довольно высокого уровня нарциссизма, у пациенток обнаружился и весьма искаженный образ собственного “Я”. Многие, характеризуя себя, давали себе определения схожие с теми, которые они давали матери. В качестве экспресс метода для выявления нарушенной самоидентификации мы начали использовать тест, который назвали “тест зеркало” (Володин Б.Ю. и соавт., 2001). Пациентки дают зеркало и просят ответить на один вопрос: “Посмотрите внимательно в зеркало и скажите мне, кто это?”. Идея этого теста возникла после того, как одна из клиенток, страдающая шизофренией сказала, что если все люди играют роли в общении с другими, то она играет их внутри себя и не знает, какая же она на самом деле. Ее попросили посмотреть в зеркало и сказать, кого она там видит. Ответы были следующими: “человек”, “женщина” и др.

Из 46 пациенток с раком молочной железы всего лишь 21 женщина при ответе на тест твердо говорила “Я”, что, по нашему мнению, является показателем прочности границ “Я”. Остальные отвечали опять же “женщина”, “человек”, “какой-то человек”, “наверное, я”, называли имя, фамилию, а одна женщина даже ответила: “и я, и не я”.

При ответе на вопрос, с чем может быть связано нарушение самоидентификации, обращает на себя внимание то, что, характеризуя мать, практически все пациентки давали ей определение “добрая”; среди других встречались “любящая”, заботливая” и т.д. Налицо идеализация образа матери, что, скорее всего, свидетельствует об осознанном восприятии лишь “доброй волшебницы” (+ Родитель в Ре-

бенке). “Злая ведьма” (– Родитель в Ребенке) при этом остается глубоко в бессознательном, нарушая самоидентичность. Подробнее о структурном расщеплении Родителя в Ребенке можно прочесть у P.Blackstone (1993).

E.Berne (1972) считал, что заболевание раком лежит вне сценария, однако вышеизложенное позволяет предположить, что все же определенные сценарные элементы при этом присутствуют. Помимо предписания “Не получай удовлетворения своих потребностей” и возможного решения “Я удовлетворю их будучи умирающей”, у женщин с раком молочной железы имеются и послания “Не будь самой собой”, “Не будь значимой”, “Не чувствуй определенных чувств, в частности, горя”. Об этом последнем говорит общеизвестный факт, что многие злокачественные новообразования развиваются в течение года после потери близкого человека. Предписание “Не чувствуй” приводит к тому, что сильные эмоции остаются неотреагированными и могут вызывать повреждение иммунной системы. Ведущий драйвер “Будь сильной”, работающий совместно с посланием “Не чувствуй” приводит к тому, что пациентки либо вовсе перестают что-либо чувствовать, отрицая у себя наличие серьезного заболевания (как сказала одна из них: “для меня эта болезнь все равно, что простуда”), либо, – все же переживая ряд эмоций, – испытывают большие трудности в выражении их. Они как бы stoически переносят свои страдания. Из других драйверов, которые можно было наблюдать, это драйверы “Радуй” и “Будь совершенной”.

Данная работа не позволяет сделать окончательных обобщающих выводов и требует дальнейшего продолжения. Оно видится нам в двух аспектах – исследовательском и терапевтическом, которые, естественно, часто пересекаются.

Итак, в дальнейшем возможно:

1. Продолжить исследование влияния гипноза на уровне Соматического Ребенка, а также посмотреть имеются ли прямые корреляции между энергией жизни (physis, fighting spirit, конструктивная агрессия) и иммунной системой. Простая логика подсказывает, что они должны быть, поскольку вышеуказанные понятия имеют скорее общий психобиологический смысл.

2. Использовать гипнотические техники для высвобождения чувств Свободного Ребенка, особенно, у тех пациентов, которым не удается сделать

это в обычном состоянии. Можно также использовать измененные состояния сознания для принятия нового решения. Об этих аспектах писал также A.M.Freed (1972) в своей работе о релаксации в ТА.

3. Представляется весьма актуальным и дальнейшее, более детальное исследование нарушений самоидентичности у онкобольных и связи этих нарушений с той частью Родителя в Ребенке, которую называют злой ведьмой, поиск наиболее подходящих разрешений на предписание “Не будь собой”. В этой связи представляется интересной дальнейшая разработка и модификация “теста зеркало”. И, наконец,

4. Построение общей теории сценария, который проживают люди, страдающие злокачественными новообразованиями.

Литература:

1. Володин Б.Ю., Петров С.С., Куликов Е.П., Володина Л.Н. Комплексная программа изучения личности онкологических больных в процессе психологической реабилитации // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2001. – № 2-3. – С.62.
2. Я-структурный тест Амона. Опросник для оценки центральных личностных функций на структурном уровне. Пособие для психологов и врачей. – Санкт-Петербург, 1998.
3. Berne E. *What do you say after you say hello?* New-York: Grove Press, 1972.
4. Black S. *Some psychological mechanisms amenable to control by direct suggestion under hypnosis. II Immunological* // *Psycho-physiological mechanisms of hypnosis* / Ed. by L.Chertok. – New York: Springer; 1969.
5. Blackstone P. *The dynamic Child: Integration of Second-order Structure, Object Relations, and Self Psychology* // *Transactional Analysis Journal*. – 1993. – Vol. 23, № 4. – P.216-234.
6. (Chertok L.) Шерток Л. *Непознанное в психике человека*. – Москва: Прогресс, 1982.
7. Clarkson P. *Physis in Transactional Analysis* // *Transactional Analysis Journal*. – 1992. – Vol.22, № 4. – P.202-209.
8. Harbison H. *TA and Cancer* // *Transactional Analysis Journal*. – 1978. – Vol. 8, № 4. – P.349-351.
9. Freed A.M. *TA and Relaxion Therapy* // *Transactional Analysis Journal*. – 1972. – Vol. 2, № 3. – P.17-19.

ДЕМОКРАТИЯ И ВОСТОЧНЫЙ АВТОРИТАРИЗМ В ТРАНЗАКТНОМ АНАЛИЗЕ

к.ф-м.н В.Е.Гусаковский

Явления демократии и авторитаризма уже рассматривались с различных перспектив в транзакт-

г. Санкт-Петербург

ном анализе, предоставляющем удобный аппарат для анализа социальных взаимодействий и их пси-

хологических причин. Автор, продолжая эту линию, и, на основании собственного психотерапевтического и преподавательского опыта работы, анализирует глубинные психологические причины, воссозидающие тенденции авторитаризма в различных аспектах социальной жизни российского общества и обсуждает перспективы их демократизации.

Опыт обсуждения понятий демократии и авторитаризма в различных аудиториях показывает неоднозначное отношение слушателей к этим понятиям, имеющее культуральную основу. Так, в особенности у западной аудитории, слово демократия ассоциируется со свободой, уважением к личности, развитием, а авторитаризм - с террором, подавлением и всеми формами социального угнетения. Российская аудитория, во многом поддерживая это восприятие, часто добавляет ассоциации демократии с беспорядком, бесхозяйственностью, пустым времяпровождением, а в авторитаризме видит основу порядка, надежности и эффективного управления.

Подобные восприятия проявляются не только в политических взглядах аудитории, но и практически во всех аспектах социального взаимодействия. Например, в психотерапевтической практике автора это проявлялось в повсеместной тенденции клиентов не столько решать собственные проблемы, сколько переложить ответственность за их решение на всезнающего доктора, целителя, «гуру», даже если есть осознание, что это не поможет. В преподавательской практике часто встречались ожидания учеников, что преподаватель будет «вколачивать» знания в их головы, а формы обучения с более активным участием обучающихся воспринимались ими как необычные, несерьезные и даже опасные.

В подобных ситуациях у специалиста может возникнуть неосознанное желание соответствовать

ожиданиям аудитории и провозгласить себя тем самым всезнающим, всемогущим учителем жизни, что и было бы началом авторитаризма на практике (учитывая, что многие не вполне добросовестные специалисты эффективно используют эти тенденции для собственной выгоды). Стратегия поведения специалиста с целью поощрения автономии у аудитории и достижения клиентами поставленных ими целей требует дополнительного изучения, которое может быть выполнено на основе транзактного анализа.

Глубокий анализ психологической природы авторитаризма выполнен А.Джакобсом [1] на основе концепции экзистенциальных жизненных позиций, рассматриваемых в полярностях: я-достойный (+, О-кей)/недостойный (-, не О-кей) – ты-достойный (+, О-кей)/недостойный (-, не О-кей). Основу авторитарной структуры при этом составляет взаимодействие людей с полярными жизненными позициями: (+,-) – «мастер (хозяин)» и (-,+)- «последователь (раб)», образующих устойчивое объединение наподобие соединения заряженных ионов в молекулу в химии (рис.1). Воспринимаемая выгода такого объединения состоит в кажущемся ощущении гармонии (+,+). При этом негативные аспекты взаимодействия вытесняются и проецируются на неких реальных или вымышленных «врагов (источник зла)», с которыми авторитарная структура должна находиться в непрерывной борьбе. Такой анализ позволяет объяснить динамику развития авторитарных структур различной природы. Остается в тени, однако, культуральная природа авторитаризма: почему одним культурам более свойственны проявления авторитаризма, чем другим, и как эта склонность к авторитаризму может изменяться вместе с развитием самой культуры.

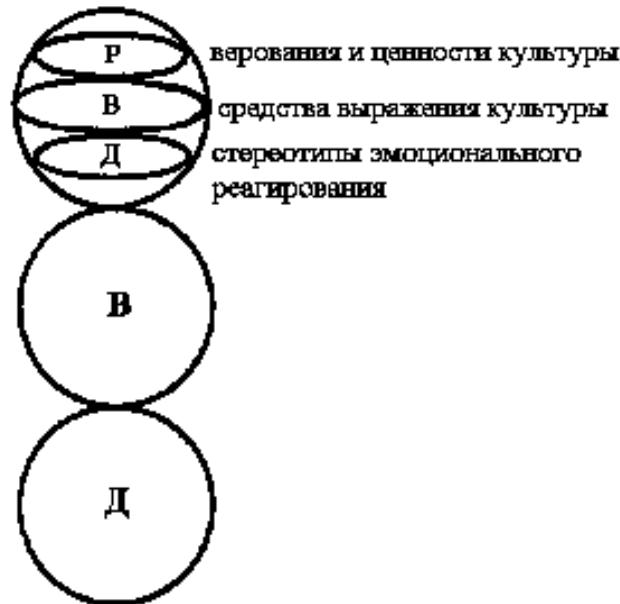
Рис. 1. Авторитарная система по А.Джакобсу



П.Дрего [2] ввела в транзактный анализ концепцию «культурального Родителя», сопоставляя влияние культуры на развитие личности с влиянием родителей, воспринятые образы которых сохраняются в памяти человека в течение всей его жизни и проявляются в его поведении. При этом выделяют-

ся различные аспекты влияния культуры: культуральный этикет (Р), средства выражения культуры (В) и культуральный характер (Д), подобные аспектам личности, описанным в транзактном анализе: Родитель, Взрослый, Ребенок (Дитя) (рис.2). Такое рассмотрение подчеркивает преемственность куль-

Рис.2. Культуральный родитель по П.Дрего



туры и механизм передачи культуральных традиций от поколения к поколению. Некоторая непоследовательность модели состоит в том, что «культуральный Родитель» значительно менее персонифицирован по сравнению с образами конкретных родителей человека. Определенные попытки персонифицировать образ той или иной культуры традиционно делаются в искусстве, однако, обычно человек не может, скажем, представить свой разговор с «культуральным Родителем». В этом смысле более перспективной представляется концепция того же автора «культуральной тени», представляющей след воздействия «культурального Родителя» на эго-состояние Ребенка того же человека. Сама же структура «культуральной тени» и механизм ее проявления в социальных взаимодействиях в работе не раскрыты.

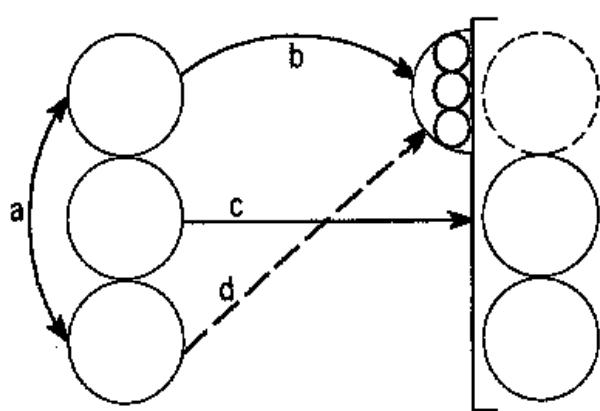
Тонкая структура эго-состояния Ребенка и ее проявление в социальных взаимодействиях (транзакциях) подробно изучена в работах, относящихся к клинической области применения транзактного анализа. Так, в работе К.Мойзо [3] рассмотрены два типа переноса – явления хорошо известного в психоанализе и состоящего в проецировании аспектов собственной личности на другого человека и взаимодействии с этой проекцией, скорее чем с реальным человеком. Первый тип переноса (Р2 – перенос) (рис.3) состоит в проецировании на другого

человека содержания собственного эго-состояния Родителя (Р2). При этом взаимодействие происходит подобно взаимодействию с конкретной личностью, оказавшей заметное влияние в прошлом человека. Такой феномен широко известен как в профессиональном, так и в повседневном социальном взаимодействии людей. При этом проецируемый образ при наличии некоторой информации о субъекте может быть легко сопоставлен с конкретной фигурой в его истории и не имеет прямого отношения к культуральным влияниям.

При втором типе переноса (Р1 – перенос) (рис.4) на другого человека проецируется часть эго-состояния Ребенка, а именно примитивный Родитель в Ребенке (Р1), после чего происходит взаимодействие со спроектированной частью из примитивного Ребенка в Ребенке (Д1). Такое взаимодействие имеет ряд специфических особенностей:

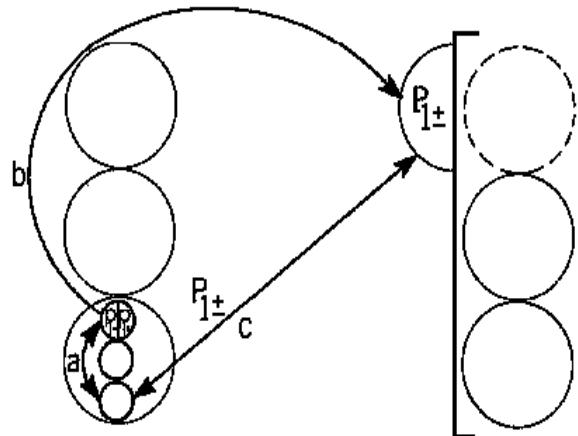
- спроектированный образ не имеет черт конкретной личности, а скорее имеет характер некоего абстрактного могущественного влияния;
- часто присутствует разделение и поляризация образа на абсолютно позитивное влияние Р1+ (добрый волшебник, образ мечты, божество) и абсолютно негативное Р1- (злой волшебник, образ ужаса, дьявол) с возможностью радикального переключения от одного типа спроектированного образа к другому;

Рис.3. Структура Р2 - переноса по К.Мойзо



a - внутренний диалог
b - проецируемая структура
c - социальная транзакция
d - послание переноса
 (скрытая транзакция)

Рис.4. Структура Р1 - переноса по К.Мойзо



a - внутренний диалог
b - проецируемая структура (P_{1+} , P_{1-})
c - транзакция переноса

- низкий уровень осознания описанного механизма переноса; человек воспринимает происходящее взаимодействие, как единственную возможность, характерную черту его личности (эго-символичность).

Описанные черты второго типа переноса (Р1) позволяют легко сопоставить его с процессами в авторитарных структурах (деперсонификация, нереалистичные ожидания, самоотреченност до фанатизма). Кроме того, по характеру процессов видно значительное сходство этого типа переноса с проявлениями культуральных влияний на личность. Таким образом, одним из выводов работы можно считать принадлежность «культурального Родителя» к структуре Родителя в Ребенке (Р1), скорее чем, собственно, Родителя (Р2).

Далее, уместно вспомнить, что описанный механизм Р1- переноса был разработан для применения к описанию процесса психотерапии с клиентами, испытывающими ранние расстройства личности (пограничное, нарциссическое и др. «доэдиповые» нарушения). Это дает ключ к пониманию возраста формирования склонности к вступлению в авторитарные отношения (главным образом до 2-3 лет). Достаточно сложно на данный момент точно оценить удельные веса культурального влияния и влияния индивидуальных условий семьи на формирование указанной склонности, учитывая, что эти влияния в столь раннем возрасте в значительной мере проводятся невербально. Сравнительные межкультуральные исследования могут помочь окончательному ответу на этот вопрос. Личный опыт автора по проведению психологических семинаров в странах Западной Европы и на территории бывшего СССР показывает заметные культуральные от-

личия восприятия аудиторией стиля ведущего. Так, западная аудитория может быть в значительной степени шокирована директивным стилем обучения, обычным для отечественной традиции образовательных учреждений. Они ожидают значительно большего внимания к личностным потребностям слушателей и пространства для самовыражения личностных различий. В то же время, механическое перенесение стиля западных преподавателей на российскую аудиторию может приводить к тому, что слушатели будут чувствовать недостаток структуры занятий, нечеткость роли ведущего и проявлять пассивное или бунтарское поведение как защиту от общего чувства неуверенности, которое они испытывают при таком подходе.

В заключение наметим стратегию поведения специалиста с аудиторией или отдельными клиентами, склонными к вступлению в авторитарные отношения. Подобная стратегия была намечена [3] для психотерапии клиентов с ранними расстройствами личности и состоит в применении психодинамического подхода. Это означает принятие переноса клиента и работу по его прояснению. Практически, это значит, что специалист должен не конфронтировать слишком рано нереалистичным ожиданиям клиента, а организовывать поддерживающее окружение, чтобы клиент сам смог «вырасти» и интегрировать свою личность для более адекватного восприятия действительности (это не значит, однако, что специалист сам должен поверить в сверхчеловеческие возможности, приписываемые ему). В применении к преподаванию это означает предпочтение более директивным методам обучения с новой учебной группой, привыкшей к авторитарному стилю, и постепенный переход к большему вовлечению обуч-

емых в процесс обучения по мере готовности группы.

По опыту клинической работы можно сформулировать также следующие рекомендации специалистам, работающим в описанных условиях:

- поддерживать высокий уровень самоосознавания; искушение идентифицироваться с проецируемым аудиторией образом, особенно, если он идеально хороший, может порой казаться почти непреродолимым; супервизирование работы и личная психотерапия специалиста для решения собственных нерешенных проблем детства крайне необходимы;

- быть готовым к возможному изменению знака переноса (от «Вы – самый лучший в мире специа-

лист», до - «Дерьмо ты, а не специалист») и продолжению работы в этих условиях - это лишь знак прогресса аудитории к достижению автономии;

- быть готовым к тому, что процесс «демократизации» отношений может быть долгим, занимая годы, скорее, чем дни или месяцы.

Литература:

1. Jacobs A. *Autocratic Power*. TAJ, v.17, No 3, 1987, pp. 59-71
2. Drego P. *The Cultural Parent*. TAJ, v.13, No 4, 1983, pp. 224-227
3. Moiso C. *Ego States and Transference*. TAJ, v.15, No 3, 1985, pp. 194-201

ТРАНСАКТНЫЙ АНАЛИЗ И ГРУППОВАЯ РАБОТА

А.С.Зобов, М.И.Козлова

Когда на заре перестройки, сначала в самиздатовском варианте, потом - официально изданные, появились переведенные на русский язык работы ведущих западных психологов и психотерапевтов, я понял, что пора забыть как страшный сон то, чему в течение 20 лет обучался я сам и чему уже 10 лет я учил своих студентов.

Вместе с изучением книг Карла Роджерса, Фредерика Перлза, Рудестама, Баттлера, Морено, Джаннет Рейнштутер, Джона Энрайта и других пришло новое понимание самого себя и возможностей практической психологии.

С 1989 г. стали доступны семинары и тренинги членов Американской Академии психотерапии: Пьюселик, Маргарет Руффлер, Джаннет Рейнштутер и др., а также тренинговые программы гастролировавших в России западных практических психологов: Вернера Эрхарда, Денниса Перси, Марго Лури, Александра Эверета.

Передо мной открылись новые перспективы групповой работы, и в своей педагогической деятельности я начал переходить от чисто лекционной формы преподавания ко все более широкому использованию группового тренинга в педагогике.

На основании этих наработок со студентами я перешел к групповой работе с различными категориями участников.

Это был типичный тренинг личностного роста с декларированной целью повышения эффективности общения. Моим партнером и соавтором тренинга в это время становится Марина Козлова.

Гибкость нашей программы позволяла модифицировать тренинг (в зависимости от интересов клиента/заказчика) и достигать желаемых результатов с самыми различными категориями участников, которыми могли быть школьники, студенты, педагогические коллективы, персонал отдельной компа-

нии или представители нескольких связанных производственными интересами компаний, "люди с улицы", пришедшие по рекламному объявлению, политики и их команды, обеспечивающие избирательную кампанию последних.

Отсутствие в тренинге объявленной "повестки дня" и внешняя непредсказуемость программы придавали тренингу остроту и динамизм, а участников побуждали к риску возможности "подставиться" и проверить свои силы в потенциально опасных действиях и поступках.

Групповая сплоченность и способность к эффективным командным действиям формировались с помощью серии специальных, с возрастающей степенью сложности, упражнений. Конечных результатов в них могла достичь лишь высоко мобилизованная, эффективно управляемая группа с вовлечением всех без исключения участников и полной активизацией внутренних ресурсов.

Программа создавалась как авторский тренинг, но не как терапевтическая группа. Тем не менее, мы неоднократно наблюдали терапевтический эффект, причем не кратковременный, вызванный эйфорией от удачной работы в группе, а долговременный, приводящий к значительным изменениям в жизни клиентов. Мы не можем сказать, что такие люди были в каждой группе (мы не всегда имели продолжительную обратную связь), но также не было это и редкостью, которую можно было бы списать на случайность.

Итак, мы не ставили целью терапию в группе, но что-то работало в этом направлении помимо наших намерений. И на начальном этапе мы не могли объяснить, как это происходит.

Нашей первой книгой по ТА стала, естественно, книга "Игры, в которые играют люди". На нас, лично, она произвела глубочайшее впечатление. Но,

первая попытка немедленно интегрировать полюбившийся материал в сложившийся тренинг окончилась неудачей. Красивая теория осталась, как нам тогда показалось, за пределами нашей практической программы. Однако интерес к ТА не ослабевал, и мы искали новые книги и возможности обучения трансактному анализу. И такая счастливая возможность была предоставлена нам ОППЛ в 1999 г.

И при изучении современного ТА мы с удовольствием обнаружили, что оставаясь за рамками тренинга как теория, которой мы, к счастью, не обучали своих клиентов, трансактный анализ присутствует в нашей работе в практическом плане. И именно этот факт объясняет многое, в частности, тот терапевтический эффект, который получают некоторые участники тренинга.

Начнем с того, что для участников марафона достаточно директивно обеспечивается структурирование времени, при этом, к минимуму сводятся "ритуалы" и "времяпрепровождение", пресекаются "игры", поощряется деятельность и создаются некоторые условия для "интимности" с четко предоставленным правом на "ход".

Таким образом некоторые участники в первые часы тренинга оказывают сопротивление из позиции Контролирующего Родителя или Бунтующего Ребенка. Тренер пересекает подобные трансакции из позиции Взрослого, каждый раз предоставляя взрослый выбор: покинуть группу или остаться в рамках предложенной структуры. Значительная часть программы посвящена активизации Взрослого через предлагаемую деятельность. Одновременно создаются условия для проявления Свободного Ребенка, усиливается обмен поглаживаниями, происходит пересмотр жизненной позиции в сторону Я О'К - ТЫ О'К

Таким образом, всё, что было эффективно в на-

шей работе, мы можем описать в терминах ТА. Кроме того, теория ТА дает нам четкое представление о том, чего еще не хватает в нашей работе, а также указывает границы, которые мы не должны нарушать. Скажем, из понятия "З Пи" ("3 P") мы не можем предоставить участникам нашего тренинга "Защиту" (protection) в силу кратковременности работы. Следовательно, приходится быть вдвойне осторожными с выдачей "Разрешений" (permission).

ТА усиливает нашу работу, нас лично и нас как тренеров. (нельзя переоценить значение теории игр, ведь участники групповой работы так любят игры типа "Пни меня", "Почему бы Вам не.. - Да, но...", "А ну-ка, подеритесь", "Оранжерея", "Психиатрия" и др.).

Помимо того, что ТА вооружает нас пониманием групповой динамики и техникой управления групповыми процессами, ТА таит в себе также множество еще неосознанных или неиспользуемых возможностей. Например, не так давно мы открыли для себя новый социальный аспект в исследовательской работе относительно социальных групп, с которыми нам приходится работать.

Сразу сделаем оговорку, что мы не претендуем на научный вес полученных результатов, требуется иной масштаб и дальнейшая исследовательская работа, и тем ни менее, хотим поделиться следующими неожиданными для нас результатами: при опросе педагогов и работников библиотек относительно их ведущего драйвера, 68% педагогов и 73% библиотечных работников ведущим драйвером называли "пытайся-старайся" (try hard), что - в случае с педагогами - наводит на грустные мысли относительно эффективности обучения наших детей.

В заключение - краткое резюме: в терминах ТА мы можем описать наши успехи, наши неудачи и наши перспективы.

УРОВНИ ЛЕЧЕНИЯ

М.Кокс

Англия

Предисловие.

Предлагаемая вашему вниманию публикация является переводом раздаточного материала воркшопа, который Mary Cox провела в Рязани в июле 1999 года. Мы выражаем благодарность автору за разрешение использовать данный материал для обучения и развития ТА в России (президент РАТА А.П.Ховачев).

В данном разделе предлагаются три уровня лечебной работы в психотерапии, из которых в первых двух хорошо используется трансакционный анализ как метод лечения. Уровень 3, однако, требует качественно иного подхода и сильно зависит от использования терапевтом самого себя и терапевти-

ческих отношений как средства репаративной работы.

УРОВЕНЬ I

Данный уровень пригоден для консультативной работы и терапии с невротическими, пост-Эдиповыми клиентами, которые готовы к установлению стабильного альянса Взрослый-Взрослый. Трансфер идентифицируется, анализируется и используется для:

- облегчения симптомов;
- взрослого социального контроля.

Лечение основано на предоставлении информации, анализе, решении проблем, приобретении на-

ыхов и поддержки изменений.

Использование ТА:

- обучение моделям, например, “РВД”, структурирование времени, поглаживания, драматический треугольник Karpman;
- выполнение работы по определению проблем;
- контракт на изменение;
- работа по деконтаминации;
- соответствующий (для определения) анализ сценария, игры и рэкета;
- взрослое перерешение (тупик 1 типа);
- развитие навыков (например, техник ассертивности, мастерство переговоров);
- поддержка практики и интеграции.

Применяется индивидуально, на воркшопах, в группах, по книгам.

Пример: Клиент сообщает о переживаемом недостатке, расстройстве или дискомфорте в определенной области своей жизни, например, супружеский конфликт, проблемы с шефом на работе, общий стресс. Он позитивно реагирует на обучение, например, “РВД” и теории поглаживаний. Участвует в выработке новых возможностей, готов экспериментировать и сообщает об успехах. При отсутствии дальнейших проблем, клиент обычно завершает в течение трех месяцев или около того.

Работа на 1 уровне может вскрыть или постепенно привести к

УРОВНЮ II

Работайте на этом уровне в длительном консультировании (например, поддерживающая работа с умеренными пограничными клиентами); проводя психотерапию с умеренными или хорошо функционирующими пограничными клиентами, клиентами с серьезными невротическими проблемами, но лишь умеренными личностными проблемами, клиентами с невосполнимой утратой, пост-травматическим стрессом, пролонгированной депрессией, неослабной тревогой.

Критерием возможности лечения на уровне II является способность клиента к установлению и поддержанию по большей части рабочего альянса Взрослый-Взрослый. При сильной регрессии клиент может использовать навык ре-катектирования Взрослого (т.е., имеет Взрослый социальный контроль над катексисом и поведением).

Трансфер гораздо более очевиден и развивается прямо с терапевтом, в отличие от работы уровня I, где очевидные трансферы существуют между клиентом и другими лицами в его жизни за рамками терапевтических сессий. Работая на уровне II, клиент должен научиться распознавать трансфер и использовать его для понимания не только своих повседневных проблем, но также для понимания того, как он использует (или неверно использует) отношения с терапевтом, и как происходит проигрыв-

ние прошлого.

Лечебное использование Трансакционного Анализа:

- установление rapporta и развитие доверия;
- диагноз: определение интрапсихических проблем, которые перемешиваются с интерперсональной жизнью клиента (этот диагноз будет изменен и прояснен по мере продолжения терапии);
- согласование определений проблемы – определение клиента/определение терапевта;
- контракт на изменение/контракт на процесс работы (т.е., готов ли клиент сделать необходимое интрапсихическое исследование и изменение в целях разрешения проблем повседневной жизни?); может понадобиться контракт безопасности;
- межличностная работа по усилению доверия и надежному использованию трансфера, т.е., чувствует ли клиент себя в достаточной безопасности, чтобы начать играть в игры, поскольку, если трансфер не развелся, а начинает появляться, он не может быть использован для интерпретации и анализа;
- применение терапевтических процедур:
 - использование анализа эго-состояний;
 - определение контаминаций, исключений, нарушения функции катексиса;
 - деконтаминация и определение тупика;
 - анализ игр, рэкета и сценария;
 - прояснение тупика и распутывание Детских эго-состояний;
 - разрешение тупика и работа по перерешению;
 - интеграция ранее исключенных или подавленных эго-состояний;
 - если необходимо возврат к работе по обучению и поддержке (Уровень I).
- завершение терапии:
 - планирование окончания;
 - прощание;
 - благодарности;
 - траур;
 - разделение.

Пример: Клиент представляется как несчастный и депрессивный и “не может” решить, разводиться ему или нет. Идентификация контаминации Взрослого, как со стороны Ребенка, так и Родителя, указывающей на тупик 1, а возможно, и 2 типа; пассивное поведение, особенно “ничего не делание”, заметно легко переходит в беспомощность (клиент страдает от желудочных болей и расстройства кишечника). Драйверы очевидны, а контр-сценарий сильно защищен. Католическое воспитание используется для игры в “Деревянную Ногу”. Анализ рэкета дает указания на подлежащие ярость и горе, а анализ трансфера между клиентом и терапевтом дает полезное понимание трансфера между клиентом и его женой. Клиент понимает, что он должен сделать выборы скорее из Взрослого и ОК/ОК по-

зиции, чем из Родителя или Ребенка. Клиент согла-
сен взяться за личностную терапевтическую рабо-
ту.

УРОВЕНЬ III

Работа на уровне I или II может обнаружить бо-
лее серьезное личностное расстройство или более
серьезное расстройство “Я”, чем было определено
на начальных сессиях или даже, которое появилось
на начальных стадиях работы. Например, работа
могла начаться на Уровне I, и казалось идет хоро-
шо, но при появлении возможности ее завершения,
клиент регрессирует или начинает сопротивляться.
Аналогично, во время работы на Уровне II, следу-
ющие сигналы могут указывать на необходимость
“сменить передачу” и перейти к работе по взаимо-
отношениям. К таким сигналам относятся:

- спад в функционировании клиента;
- интенсификация трансфера, негативного и/или позитивного;
- увеличение проблем, приносимых на терапевтическую сессию;
- внезапное “отреагирование”;
- интенсификация старых симптомов или появление новых.

Это бессознательный способ указания клиентом
того, что он нуждается в дополнительной помощи
и помощи другого рода. Обычно это происходит по-
тому, что на поверхности проявился тупик 3 типа,
который, в свою очередь, проявил все расщепления
и нарушения внутри и между реальным Я и эго. С
точки зрения теории развития, это указывает на за-
метное нарушение в детстве клиента до 2-х летнего
возраста (возможно, до 1 года), которое привело как
к жизни-сохраняющим, так и жизни-угрожающим
сценарным решениям.

**Лечение, использующее объект-отношения,
сэлф-психологию и Роджеровские подходы:**

Начинайте работать с клиентом как, если бы он
имел расстройства “Я” (клиент почти обязательно
имеет этот тип проблем), например шизоидное (па-
раноидное), нарциссическое или пограничное рас-
стройство. Учитывайте особые планы лечения для
работы с этими расстройствами, например, Eleanor
Greenburg, James Masterson, Phil Manfield, Stephen
Johnson.

Используйте **запрос, вовлечение и согласование** (Erskine TAJ 1996,1998).

Используйте **отзеркаливание, идеализацию и уподобление** (по Kohut).

Отзеркаливание – смотрение, слушание, от-
ражение, подтверждение, понимание (помогает
клиенту признать и почувствовать переживания
самого себя/других/мира).

Идеализация – поддержка, ободрение, эмоцио-
нальная поддержка, предложение симпатии, эмпа-
тия (помогает клиенту почувствовать безопас-
ность при наличии и экспериментировании с но-

выми поступками).

Уподобление – нормализация, повторное гаран-
тирование, подтверждение нормальности и чело-
вечности клиента (помогает клиенту расслабиться,
почувствовать себя несумасшедшим и смягчить
и успокоить самокритику).

Используйте **конфронтацию** для работы с по-
граничными вопросами.

Используйте **интерпретацию** для работы с нар-
циссическими вопросами.

Используйте **анализ и поддержку** для работы с шизоидными (и некоторыми параноидными) воп-
росами.

Если клиент является или становится заметно
параноидным, проверьте безопасность, прекра-
тите все интерпретации и конфронтации и давайте
только анализ, если клиент открыт для этого. Ис-
пользуйте принимаемую поддержку и заново уста-
новите доверие и альянс и продолжайте проверять
безопасность.

Для глубокой работы с клиентом на Уровне III,
заключите контракт безопасности и постоянно про-
веряйте его; имейте под рукой процедуры скорой
помощи и используйте супervизию для самоподдер-
жки терапевта.

Обычно работа Уровня III включает длительную
терапию, использующую и индивидуальную, и груп-
повую работу. Соответственно, терапевт должен раз-
решить свои собственные сценарные вопросы, что-
бы быть способным использовать реальные взаи-
моотношения, и, по крайней мере, соответствовать
трансферу, а предпочтительно быть над ним, чтобы
избежать серьезных игр. Возможно, потребуется на
некоторый период времени заключить контракт на
контакты вне сессии. Поскольку работа делается че-
рез взаимоотношения, **необходимо иметь контрак-
ты и рабочие соглашения**, хотя это скорее будут
процессуальные контракты, чем контракты на из-
менение.

Пример: Клиентка первоначально представля-
ет стресс, зависящий от перегрузки на работе (не
могу сказать “нет”). Клиентка не ответила позитив-
но на обучение и анализ Уровня I. Играя в “Да, но...”
Терапевт определил пассивно-аггрессивную адапта-
цию, лежащую в основе обсессивно-компульсивных
и истерических проявлений. Терапевт “почувство-
вал” страх в клиентке. Он использует с ее согласия
Уровень II для исследования сценарных вопросов.
Сначала клиентка демонстрирует некоторое облег-
чение и альянс усиливается. Внезапно клиентка
“падает духом”, и она обращается за групповой
терапией, поскольку имеет панические атаки. Тे-
рапевт исследует этот феномен на сессии, после чего
усиливается ажитация клиентки. Терапевт переходит
на Уровень III и работает “как если бы” клиен-
тка имела нарциссическое расстройство. Позже тे-
рапевт диагностирует клиентку, как имеющую се-
ризные пограничные проблемы и переключается

на высокий уровень конфронтации, сохраняя отзеркаливание, идеализацию и уподобление, для того,

чтобы поддержать клиентку, когда она демонстрирует особую уязвимость.

МЕСТО ТРАНСАКТНОГО АНАЛИЗА В ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ

Д.Л.Лимонова

г. Москва

Введение.

На современном этапе развития знаний в области прикладной психиатрии и медицинской психологии наблюдается тенденция к интеграции на практике наиболее универсальных методов клинической и психологической психотерапии.

Одним из таких интегрированных, системных подходов является трансактный анализ, зародившийся в недрах психиатрии и психоанализа для лечения широкого спектра психических расстройств, включая психозы, и со временем вовравший в себя прогрессивные идеи и технологии гуманистической психологии. На основе клинического опыта терапевт, работающий с помощью трансактного анализа, эффективно использует в терапевтических взаимоотношениях с пациентом свою Родительскую позицию, предоставляя душевнобольному защиту и поддержку, как Заботливый Родитель, а структуру и стабильность – как Контролирующий Родитель, внимательный к мыслям, чувствам и поведению пациента. В то же время трансактный анализ в отличие от традиционного клинического подхода, или, иначе, Родительского подхода, позволяет достаточно быстро перейти на прямые трансакции Взрослый - Взрослый и уже на этом уровне обучать пациента адекватно воспринимать и оценивать текущую ситуацию, принимать самостоятельные решения и впоследствии отвечать за их осуществление. С другой стороны, трансактный анализ, принимающий основные положения гуманистически ориентированной психологии, не только способствует активизации Свободного Ребенка в пациенте и самореализации Взрослого его личности, но и содействует выявлению, актуализации и оптимизации взаимодействия интеллектуальных, эмоциональных и поведенческих ресурсов всех его структурных и функциональных эго-состояний на внутриличностном и межличностном уровнях коммуникации.

Таким образом, по сравнению с другими психотерапевтическими направлениями трансактный анализ одновременно универсален и специфичен. Его специфика заключается в том, что этот метод может быть наиболее эффективно применен в процессе психотерапии с больными, которые страдают выраженной структурной патологией личности, компульсивно воспроизводят неконструктивные, а иногда и опасные для собственной жизни и жизнедеятельности окружающих, поведенческие циклы

и, наконец, обладают сложным психопатологическим синдромокомплексом, сформированным под влиянием совокупности факторов биологического, психофизиологического, психогенетического, социально-психологического и духовного характера. К такой категории больных относятся пациенты с зависимостью от психоактивных веществ и, в частности, больные наркоманией.

По мнению многих авторов, психотерапевтическая помощь больным наркоманией должна быть комплексной и сочетать в себе как директивные, так и недирективные методы работы. Учитывая выше сказанное, можно констатировать полное соответствие теории и методологии трансактного анализа целям, принципам и практическим задачам на этапах профилактики наркотизации и реабилитации пациентов с химической зависимостью и их родственников, которые ставит перед психотерапевтом и пациент, и профессиональное сообщество.

В связи с этим целью данной статьи является освещение особенностей практического применения методов и технологий трансактного анализа на разных этапах консультирования и системной психотерапии.

СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ

Многочисленные исследования, направленные на изучение семьи больных, злоупотребляющих ПАВ, выявляют деструктивный характер внутрисемейных отношений, связанный с искаженными представлениями членов семьи о семье и личности друг друга, нарушением межличностной коммуникации, патологическими изменениями структурно-ролевого аспекта жизнедеятельности семьи и, в итоге, с дезинтеграцией семьи. В такой дисфункциональной семье страдает, прежде всего, самое слабое звено – ребенок, который по неволе, неосознанно интровертирует все проблемные паттерны в семье, отражающие неблагополучие супружеских и родительско-детских отношений в процессе его воспитания. Поэтому, как известно, наркотизация в большинстве случаев является следствием таких форм дефектного воспитания, как гиперопека доминирующего и потворствующего типа, гипопеки и жестокого обращения с ребенком.

Таким образом, терапевт, собрав предварительный анамнез о структуре семьи больного и особенностях его воспитания, может составить себе уже на первой сессии предварительное представление о структурной патологии личности его пациента. В общем, у подавляющего большинства больных наркоманией в структуре личности преобладают 2 структурных эго-

состояния – Родитель и Ребенок, при этом их Взрослый либо контаминирован, либо исключен. Кроме этого, чтобы установить успешный контакт с пациентом необходимо знать не только структурную, но и функциональную модель его личности. Условно можно выделить несколько типов моделей функциональных эго-состояний больных наркоманией:

1. Модель характерна для личности, воспитывающейся в условиях доминирующей гиперопеки (Рис 1):

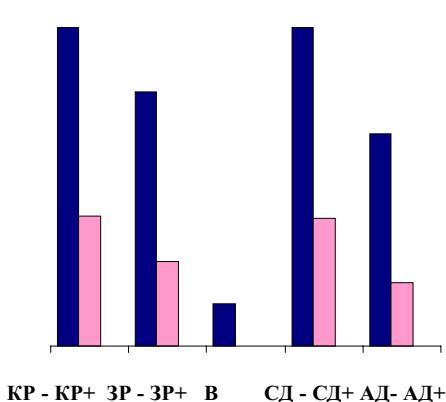


Рис. 1

2. Эгограмма личности, сформировавшейся в результате потворствующей гиперопеки (Рис 2):

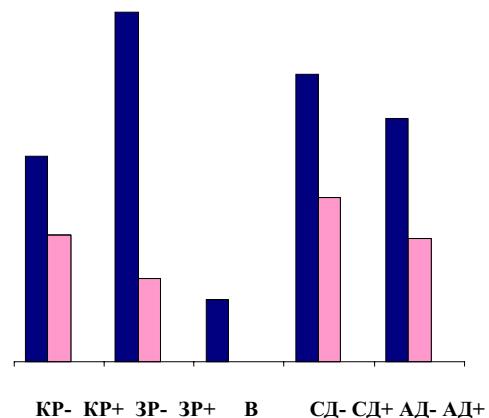


Рис. 2

3. «Профиль» функциональных эго-состояний личности, обусловленный воспитанием по типу гипоопеки и жестокого обращения с ребенком

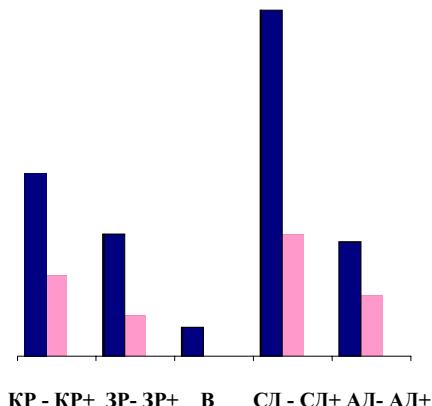


Рис. 3

4. Соотношение функциональных эго-состояний в период ремиссии

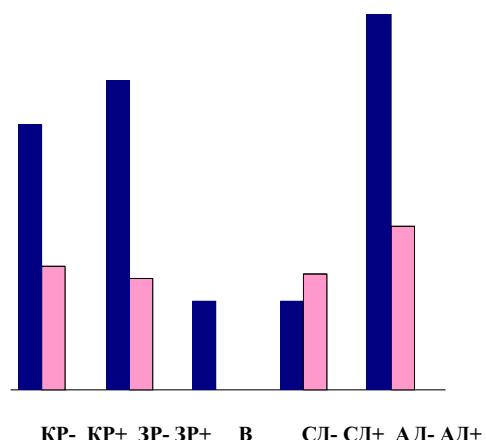


Рис. 4

где KR- - негативный контролирующий Родитель;
KR+ - позитивный контролирующий Родитель;
3P- - негативный заботливый Родитель;
3P+ - позитивный заботливый Родитель;
B - Взрослый;
SD- - негативный свободный Ребенок;
SD+ - позитивный свободный Ребенок;

АД- - негативный адаптивный Ребенок;
АД+ - позитивный адаптивный Ребенок.

Рассмотренные эгограммы позволяют терапевту:

- “ диагностировать дефицитарные и гипертрофированные эго-состояния;
- “ организовать коммуникацию, используя дополнительные трансакции, направленные к актуаль-

ным эго-состояниям;

“ актуализировать и компенсировать ресурсные эго-состояния;

“ определить природу внутриличностного конфликта;

“ спрогнозировать игры, которые продуцирует пациент в процессе взаимодействия с окружающим миром;

“ выделить особенности сценарного процесса;

“ составить предварительный лечебный план.

Берн приводил четыре способа диагностики эго-состояний: поведенческий диагноз, социальный диагноз, исторический диагноз и феноменологический диагноз. Самым важным является поведенческий диагноз, то есть определение актуального функционального эго-состояния посредством наблюдения за жестами, интонацией, положением тела, мимикой, словами пациента во время сессии. Первые гипотезы поведенческого диагноза проверяются социальным диагнозом, который помогает распознать, из какого эго-состояния пациент обычно начинает трансакции, чтобы дополнить эго-состояние терапевта. Как правило, на первых приемах больные наркоманией обращаются к терапевту из АД-, стимулируя его ответ из КР-, реже из АД+ к ЗР-. Ожидая от терапевта строгого контроля и активной помощи (советами, инструктажем, решительными действиями) в преодолении их патологического влечения к ПАВ, они готовы на время смириться с любыми ограничениями, выполнять все требования, быть послушными и покладистыми, но при этом всю ответственность за лечение возложить на Родителя терапевта. Именно так запускается любимая ими игра “Наркоман”.

В этой ситуации терапевту очень важно, не пересекая трансакций +пациента, принять позицию КР+ или ЗР+ в зависимости от того, к какому его эго-состоянию был направлен стимул. Терапевт должен осознать сам и дать понять пациенту, что он имеет достаточно сил и ресурсов, чтобы обеспечить защиту и поддержку его СД+ и АД+.

Пример:

П.: “Доктор, у меня депрессия. Может быть, Вы можете посоветовать, что делать, когда депрессия?”;

Т.: “Когда проявляется это состояние?”;

П.: “Когда сидишь один дома, становится скучно и думаешь, чем бы заняться… Да, и родители еще на нервы действуют: «Ты должен работать или иди учись, занимайся спортом, читай книги и т.п.!»”;

Т.: “Вам одиноко и скучно находиться дома без дела, одновременно с этим, Вы чувствуете раздражение на родителей, которые заставляют Вас что-либо делать?”;

П.: “Да, хотя я понимаю, что они дело говорят. Ведь так со мной и надо, а то сорвусь”;

Т.: “И что в такие моменты Вы обычно делаете?”;

П.: “Ухожу из дома к друзьям, а там успокоят и

всегда предложат, чтобы не думать о плохом. Боюсь, так будет и в этот раз”;

Т.: “Вам станет легче и спокойнее, если…”;

П.: “Я найду интересную работу, которая мне понравиться”;

Т.: “То есть, если Вы будете каждый день делать то, что Вам нравиться, Вы прекратите употреблять ПАВ?”;

П.: “Да, но тогда это должно понравиться кому-то еще”;

Т.: “Вовсе необязательно. Начнем с того, что Вы отметите для себя те ваши ежедневные действия, хобби, интересы, которые касаются только Вас и нравятся, может быть, только Вам. Из этого множества интересных вещей каждый день Вы будете выбирать то, что доставит Вам на данный момент особое удовольствие, постепенно увеличивая объем выполняемой работы, которая Вам по душе”.

Далее терапевт их роли ЗР+ может подробно обсудить с пациентом его потребности и ценности и найти совместное решение относительно способов их удовлетворения. На протяжении последующих сессий терапевт в роли КР+ будет интересоваться тем, как выполняется принятое решение, поощряя эффективное поведение и стимулируя на этапах сопротивления.

Помощь ЗР+, поддержка и внимание КР+ приведут к изменениям в функциональной модели личности пациента, во-первых, за счет интровертирования родительских функций терапевта, во-вторых, в результате высвобождения энергии СД+ И АД+ и, в-третьих, в силу мобилизации Взрослого большого.

По мере укрепления рабочего альянса терапевт все чаще сможет обращаться ко Взрослому пациента, простраивая терапевтические отношения на уровне Взрослый–Взрослый. Однако такие трансакции с больными наркоманией чрезвычайно затруднены, поскольку границы между эго-состояниями его личности диффузны и размыты. В простых случаях это – результат двойной контаминации Взрослого Родителем и Ребенком. Например, Родитель: “Людей не интересуют чувства и мысли другого”, в сочетании с Ребенком: “Я никогда не выражают своих мыслей и чувств”. В более сложных случаях Взрослый является исключенным. Тогда терапевт выступает в качестве зрителя, наблюдающего сцены борьбы между Родителем и Ребенком пациента. Этот внутриличностный конфликт приобретает у наркомана хронический характер и преобразуется в бесконечную игру с самим собой, которая, по сути, и есть интернализованная форма родительско-детского взаимодействия.

АНАЛИЗ ИГР В НАРКОЛОГИИ

Пример:

(1) Пациент (сын): “Я согласен лечиться, посе-

щать психотерапевта. Я больше не прошу у тебя денег, занимаюсь хозяйством, хожу с тобой к родственникам. Что еще надо, чтобы ты мне поверила?”

(2) **Мать:** “Да, ты стараешься, но в последнее время ты ведешь себя странно. Ты ничего мне о себе не рассказываешь: где, когда и с кем ты проводишь время. Я ведь должна быть в курсе. А если что-то говоришь, то, как всегда, врешь мне, потому что я все равно узнаю от других правду. Мне опять стыдно за тебя перед другими людьми”;

(3) **Пациент:** “Так получилось один раз, а в остальном я тебе обо всем рассказываю. Хорошо, я постараюсь...”;

(4) **Мать:** “Я устала от твоих пустых обещаний и хочу спокойной жизни, чтоб не волноваться за тебя. Оставь свою сомнительную компанию и эту наркоманку, она только позорит наш дом. Устройся на работу или пойди куда-нибудь учиться, пора бы браться за ум и помогать матери”;

(5) **Пациент:** “Не получится. Вообще ерунду ты говоришь Я сам все знаю без тебя, с кем мне общаться; уже не маленький”;

(6) **Мать:** “Как ты так можешь говорить? Ты же сам захотел все обсудить! Я не понимаю тебя... Ты бросаешь семью ради того, чтоб самоутвердиться в этом плане. Тебе не жалко меня, ты заставляешь матерь страдать... Я же готова на все, чтобы ты вернулся в семью, и мы были бы снова вместе”.

Знакомая сцена, не правда ли. Этот маленький фрагмент из обычной психотерапевтической сессии очень информативен, поскольку в полном объеме отражает содержание, динамику, начало и исход, характерные для большинства игр в семье наркомана (в целях сохранения целостного восприятия семейной коммуникации реплики терапевта были опущены). Наркоманы обеспечены большим и разнообразным арсеналом игр и очень изобретательны в том, когда, как и кого привлечь к игре, чтобы в конце концов получить ожидаемый результат. Например, в семье наиболее распространенными играми

являются “Наркоман”, “Бейте меня”, “Ну что, попался, негодяй!”, “Если бы не ты...”, в компании – “Полицейские и воры”, “Как отсюда выбраться”, “На следующее утро”, “Шантаж”, на приеме у психотерапевта – “Посмотрите, как я старался”, “Психиатрия”, “Да, но...”, “Дурачок”, “Доктор, Вы просто великолепны”, “Калека”. В то же время у игры нет границ, и она может быть запущена в любой сфере взаимоотношений при условии, что партнер не прочь примерить спроектированную роль. Нет возможности и даже необходимости перечислять дальше весь спектр игр, поскольку каждая из этих игр является попыткой удовлетворения фрустрированных в прошлом базовых потребностей пациента, запускается одним и тем же механизмом, протекает по общим закономерностям, предоставляет все возможные вознаграждения и, в первую очередь, обоснованное употребление ПАВ. Поэтому, анализируя особенности возникающих отношений между терапевтом и пациентом в психотерапевтическом процессе, терапевту, прежде всего, важно представлять патогенез, клинику, течение игрового поведения больного, чтобы впоследствии сформулировать дифференциальный диагноз, своевременно предсказать степень интенсивности игры и, используя все возможности терапевтического контакта, обучить пациента аутентичному поведению.

Получить представление о патогенезе игры терапевт может на основе построения этограммы больного, проведения исторического и феноменологического диагноза, а также в результате наблюдения реального родительско-детского взаимодействия во время семейной консультации. Так, уже в первых трансакциях фрагмента семейной консультации выявляется патогенный механизм, который в миниатюре отражает отработанную игру “Мама, посмотри, как я старался”. Ниже приводится иллюстрация этого механизма, регенерация которого в опыте больного способствует воспроизведению паттернов игрового поведения и их модификации в новых социальных отношениях.

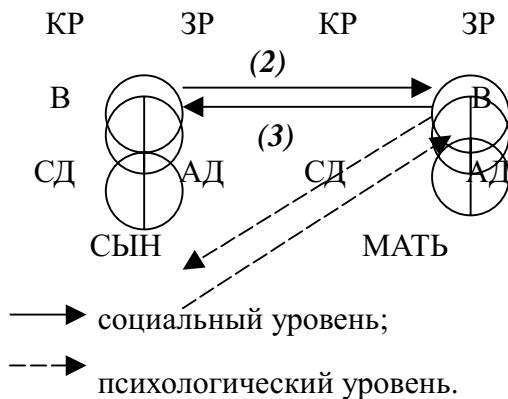


Рис. 5

Клиническая картина игры определяется такими симптомами, как:

- неспособность открыто коммуницировать, быть автономным, развивать интимные близкие отношения;
- выраженная когнитивных, аффективных и поведенческих нарушений, обусловливающих деструктивный характер межличностных отношений;
- болезнь Взрослогоego-состояния, зараженного Родителем и Ребенком и дезориентированного в текущей реальности;
- страх в настоящем и перед будущим и т.д.

Поскольку в литературе все эти симптомы хорошо описаны, здесь стоит только отметить клинические особенности игры больных наркоманией. Наркоманы предпочитают игры второй и третьей степени. Это означает, что их игры приводят к выраженной социально-психологической дезадаптации, наступающей вследствие не только общей психологической дезинтеграции личности, но и высокопрогредиентного развития психопатологических заболеваний (астенических и аффективных расстройств, обсессивно-компульсивных состояний, различных форм психопатий, психоорганического синдрома и др.). Другими словами, при анализе игры пациента и ее последующем устраниении действия терапевта должны быть обоснованы оценкой всей совокупности биологических, психофизиологических и социально-психологических факторов, повлиявших на формирование аддиктивного поведения.

Процессуальный характер игр, в том числе и в наркологии, удобно рассматривать с помощью формулы игры Э.Берна и драматического треугольника С. Карпмана. Большую часть времени наркоман пребывает в роли Жертвы с глубоким рэктетным чувством вины и сильной реакцией фрустрации. Эта роль дает ему следующие преимущества:

1. биологическое: например, игра “Наркоман” начинается с ощущения собственной неполноценности, никчемности, самоуничижения, а заканчивается обвинениями в адрес больного и применением санкций, которые не исключают жестокого физического обращения с ним. Иными словами, пациент получает желанные для него негативные поглаживания;

2. экзистенциальное: большинство пациентов создают свой иллюзорный мир, именно, потому, что для них страшен и ужасен реальный мир людей, или, как они говорят, «мир волков», «мир Тьмы», «дьявольский мир». Поэтому, получив очередную порцию негативных поглаживаний в игре “Наркоман”, они утверждаются в своей жизненной позиции: “Я” – не OK, Ты – не OK”;

3. внешнее социальное: сами больные часто упоминают это преимущество и во что бы то ни стало хотят его сохранить, поскольку играя в “Наркоман”, они привычно структурируют свое время и упоря-

dochивают активность, чувствуют заданность и определенность ситуации, получая удовольствие на всех этапах проявления аддиктивного поведения;

4. внутреннее социальное: обеспечивается, когда пациент предлагает часть своей игры “Наркоман” всем тем, кто выражает свое намерение помочь ему на пути выздоровления. Его, казалось бы, искренняя просьба о помощи на социальном уровне сопровождается скрытым психологическим посланием: “Посмотрим, сможешь ли ты меня остановить”. При этом какое-то время больной находится под ложным впечатлением от интимного общения со значимым другим;

5. внешнее психологическое: игра “Наркоман” дает возможность избегать решения различных проблемных ситуаций, что чревато непредсказуемостью и изменением мироощущения;

6. внутреннее психологическое: снова и снова, играя в “Наркоман”, пациент приходит к убеждению, что он является «обузой» в отношениях, «испорченным материалом», недостойным внимания, «отбросом общества», которому место на улице. И эти убеждения толкают его к дальнейшему употреблению ПАВ.

Преимущества игры проясняют ее потребностно-мотивационную сторону, то есть ради чего страдает пациент и в этом страдании чувствует умиротворение, чем он жертвует и оправдывает свое существование. Более того, страдание больного имеет свою логику развития, представленную определенным алгоритмом событий, или формулой Э.Берна. Применительно к фрагменту семейной консультации, описанному выше, эта формула игры отражает следующие шаги:

1) Пациент из роли Жертвы забрасывает “крючок” матери, призывая ее на социальном уровне поговорить о доверии. На психологическом же уровне ей было дано послание: «Что бы ты ни говорила, я сделаю все, ровно наоборот»;

2) Мать из позиции Преследователя отозвалась “клевом” и согласилась участвовать в игре, ведомая сценарным убеждением: «Не доверяй, держи все под контролем». Вспомнив это послание она отвечает сыну на психологическом уровне: «Я расскажу тебе о своих условиях доверия, однако мы оба уверены, что ты их не выполнишь». На социальном уровне это передается фразой: «Я вижу, как ты стараешься, но мне хотелось бы большего»;

3) (3) и (4) реплики соответствуют стадии “реакции”, на которой продолжается обмен “крючок – клев”;

4) В следующий момент, когда все требования матери выслушаны, пациент осуществляет “переключение”, перемещаясь из роли Жертвы в роль Преследователя;

5) Мать на переключение реагирует “смущением”, замешательством и принятием на себя роли Жертвы;

6) В итоге, каждый из них получает свою “расплату” в виде рэкетных чувств: мать испытывает отчаяние и депрессию, а сын – гнев и возмущение.

На практике такая игра заканчивается в лучшем случае – однократным рецидивом, в худшем – летальным исходом.

АНАЛИЗ СЦЕНАРИЕВ БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ

Пациенты играют в игры для того, чтобы укрепить свой сценарий. При этом они предпочитают, именно, те игры, которые позволяют им испытывать и коллекционировать определенные рэкетные чувства и в результате прийти к выбранному в детстве сценарному концу. Большинство наркоманов отмечают “классический” характер своей жизненной истории и поэтому рассказывают ее крайне неохотно. Действительно, условно можно говорить о некоторых особенностях сценарного процесса наркомана, который основывается на раннем детском решении, принятом в соответствии с представлениями ребенка о себе, других людях и мире и подкрепленным определенными родительскими посланиями, а также оправданного эмоциональным отношением ребенка к ближайшему окружению, выработанного в процессе тестирования реальности.

Представления пациента о себе и окружающих людях отражает его жизненная позиция “Я – не ОК, Ты – не ОК”, которую он выбрал после того, как на собственном опыте убедился, что жизнь бесполезна и полна разочарований. Еще будучи младенцем, он чувствовал себя приниженным и нелюбимым, полагая, что никто не в силах ему помочь, так как остальные тоже не ОК. В дальнейшем его убеждение оправдывалось последующими сценами, в которых Ребенок пациента терпел отвержение со стороны других или сам отвергал мир.

Содержание этих сцен наполнялось конкретными родительскими посланиями в виде приказаний и контрприказаний, оценочных и программных положений, предписаний и разрешений, которые интровертировались Родителем и Ребенком пациента при пассивном восприятии их Взрослым эго-состоянием. Наиболее часто больные приобретают химическую зависимость, буквально выполняя приказание “Не живи (Сгинь. Умри)”. В своих воспоминаниях они часто упоминают эпизоды, когда их «оставляли знакомым на воспитание и надолго забывали», «обвиняли и говорили: “Ты кончишишь как твой отец-алкоголик”», «не замечали и уделяли внимание только сестре или брату», «били, когда надоедал своим плачем» и т.д. В чистом виде это приказание программирует один из сценарных финалов: передозировку (неосознанная), самоубийство, смерть в пьяной драке, тюремное заключение, не-

прерывное пребывание в наркологических клиниках. Среди других родительских приказаний также часто встречаются “Не расти” или “Не покидай меня”, “Не будь успешным”, “Не будь близким” или “Не доверяй”, “Не будь здоровым”, “Не думай”, “Не чувствуй”, “Не делай”, “Не получай удовольствия”. Из контрприказаний можно назвать “Будь терпимым”, “Оправдай мои ожидания”, “Страйся снова и снова”, “Будь примерным и послушным” и др.

Таким образом, получив подобного рода послания от значимых других, Маленький Профессор больного наркоманией когда-то давно про себя решил: «Хорошо, я избавлю вас от страданий и убью себя, но так, чтобы получить от смерти “кайф”, или «Я стану наркоманом, чтобы доказать вам...», или «Если я буду близок к смерти, вы полюбите меня». Как долго проживет больной с химической зависимостью зависит от того, сможет ли его Маленький Профессор совмещать совершенно противоречивые послания, выходить из тупиков 2-го и 3-го рода, покрывать приказания обратными предписаниями и, наконец, привлекать своего Взрослого в процессе принятия очередного решения.

Например, в раннем детстве больной получил приказания от матери “Не живи”, “Не чувствуй”, а от отца – “Не достигай успеха”. В этом случае трагический конец его сценария был бы предрешен и неизбежен, если бы Маленький Профессор пациента проигнорировал бы данные ему матерью и отцом годами позже контрприказания “Будь любознатательным” и “Будь смиренным”. Благодаря актуализации последних посланий пациент обратился к психотерапевту на этапе формирования психологической зависимости от наркотических веществ, чтобы узнать, «как могло случиться так, что он стал употреблять наркотики». Осознав в процессе анализа ранние родительские приказания, пациент принял новое решение: “Пока я буду верить в добродетель Высшей Силы (Бога) и нести эту веру в сообщество выздоравливающих наркоманов (АН), я имею смысл в жизни и право на существование”. Принимая такое решение, больной следует стратегии Маленького Профессора, направленной на сохранение жизни. Однако это лишь первый и самый необходимый шаг для того, чтобы продолжить обсуждение и анализ следующих приказаний, запрещающих пациенту наслаждаться жизнью. Так, решение: “Я буду жить, если не буду выражать свои чувства” может существенно затруднять отношения пациента с окружающими людьми и в любой момент когда пациент захочет сказать кому-то о своей любви обнажиться убийственное приказание “Не живи”. Поэтому при работе с наркоманами требуется особое внимание к каждому атрибуту решения, поскольку всегда остается опасность, что оно может быть окончательным и последним.

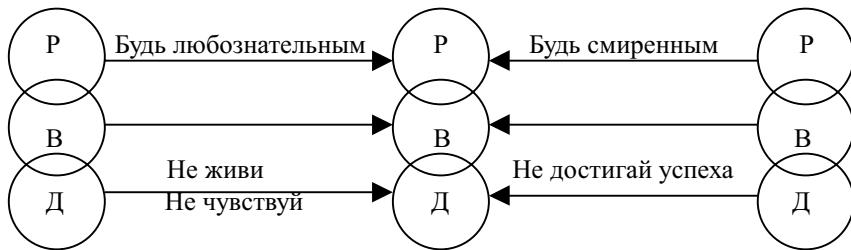


Рис. 6

МИШЕНИ ТРАНСАКТНОГО АНАЛИЗА В ПСИХОТЕРАПИИ НАРКОМАНИЙ

Главной целью ТА является изменение личности пациента, которое происходит в результате принятия нового осознанного, спонтанного и автономного решения свободным от сценария Взрослым и его практического осуществления. Это означает, что пациент на этапе завершения психотерапии будет способен находиться в контакте с мыслями, чувствами и поведением каждого из трех отчетливо разграниченных эго-состояний и в любой момент времени сможет выбрать в качестве реагирующего то, которое ему принесет наибольшее эмоциональное удовлетворение и ощущение интимности происходящего.

Основным способом достижения личностных изменений в ТА является заключение контракта с пациентом. Для аддиктивных больных очень важную роль играет контракт социального контроля за симптомом. Цель этого контракта – коррекция паттернов деструктивного поведения, приводящих к употреблению ПАВ. Прежде, чем будет сформулирован такой контракт терапевту с пациентом предстоит проделать большую подготовительную работу, которая предполагает развенчание Детских надежд и ожиданий получить от терапевта «волшебную палочку» избавления от обостренного влечения к наркотикам, изменение внутренней картины болезни, мотивирование на осознавание и разрешение существующих проблем, а главное – установление доверительных терапевтических взаимоотношений. Прочный рабочий альянс позволит пациенту начать исследовать свои мысли, чувства, поведение, искать и использовать собственные возможности и ресурсы, рисковать и делать выбор и тем самым каждый раз заново отвечать себе на вопрос, с которым он пришел к терапевту за советом, «как бороться с тягой и депрессией и отказываться от употребления наркотиков». Поддержав первые здоровые импульсы СД+, старания АД+, внимание КР+ и благожелательность ЗР+ пациента, терапевт получает затем возможность обратиться к его Взрослому с предложением заключить контракт социального контроля за симптомом, который может звучать так: «Никогда, ни при каких условиях не употреблять

ПАВ». Однако следует отметить, что договор в таком виде может вызвать у пациента достаточно сильное сопротивление, поскольку некоторое время для него характерно выраженное амбивалентное отношение к провоцирующей ситуации, ведущей к наркотизации. В этом смысле в контракте допустимы различные уточнения сроков воздержания, способов и средств злоупотребления ПАВ (например, больной может выразить желание «продержаться хотя бы полгода», или оставляет за собой право получать удовольствие от каннабиоидов, или настаивает на том, чтобы принимать неоправданно большие дозы психотропных препаратов и т.д.). Несмотря на это, любое решение больного может быть использовано в качестве исходного материала для терапевтической работы, направленной на познание и изменение структуры личности пациента, прояснение его потребностей и намерений, анализ игр и сценариев. Остается важным то, что контракт должен быть заключен и воплощен в реальную жизнь при активном и доминирующем участии Взрослого больного. В веденье Взрослого терапевта входит наблюдение за пациентом и предоставление ему достаточных положительных поглаживаний за любые действия, приводящие к таким изменениям, как расширение когнитивного пространства, осознавание и проявление чувственных переживаний, моделирование и отработка новых навыков социально адаптивного поведения.

Критерий эффективности наступающих изменений – возникновение потребности и желания больного пересмотреть существующий контракт, которые отражают его намерения окончательно прекратить злоупотребление любыми ПАВ. В этот момент целесообразно заключение нового контракта с пациентом - контракта на автономию, поскольку происходит переориентация больного с болезненной фиксацией на «тяге», патологического влечения на решение проблем социальных отношений и гармонизацию его личности в целом. Пациент ставит перед психотерапевтом новые цели и задачи и определяет то направление, в котором он будет двигаться, чтобы стать автономным. Терапевт же помогает

тем, что позволяет пациенту получить новый опыт взаимоотношений, которые также, как и другие формы взаимодействия людей, имеют свою динамику: подъемы и кризисы, моменты принятия и отвержения, этапы единения и независимости. Но эти отношения отличаются изначальной убежденностью в том, что все люди – ОК, то есть отношения строятся на принципе безусловного принятия личности другого такой, какой она есть. Иными словами, большой, зависимый от химических веществ – ОК, он способен думать, принимать решение, меняться и нести ответственность за свое выздоровление. Такова философия ТА, и она может быть практической сложна для терапевтов, имеющих дело с контингентом наркологических клиник. Однако, если терапевт свободен от распространенных социальных установлений, независим от общественного мнения, внимателен к своим чувствам и мотивам и наделен достаточным терпением и состраданием, он сможет помочь человеку, бросившему вызов наркомании.

Так как ТА является интегративным подходом, применяемые терапевтом технологии по большей своей части неспецифичны, в том числе, и в наркологии. Терапевтическое воздействие предусматривает два основных типа построения трансакций: вмешательства (интервенции) и вклинивания (интерпозиции). Вмешательство осуществляется приемами опроса, спецификации, конфронтации и объяснения, а вклинивание – на основе иллюстраций, подтверждения, интерпретации и кристаллизации. В отдельности, содержание этих техник и особенности их применения подробно описаны Э.Берном в книге “Групповая психотерапия”. Здесь лишь важно отметить конечную цель психотерапии ТА, которая обуславливает, в итоге, выбор того или иного методического инструмента. Это – ориентация на возрастающий катексис и деконтаминацию Взрослого. Для достижения этой цели хороши любые методические средства, также привлекаемые терапевтом из других психотерапевтических направлений: психоанализа (интерпретация реакций переноса и контрпереноса, выявление и анализ архаичных паттернов поведения и установление связей этих паттернов с другими действиями в недавнем и более отдаленном прошлом больного), когнитивно-поведенческой психотерапии (коррекция ригидных установок восприятия и мышления, моделирование и подкрепление социальных высоко функциональных навыков поведения), гештальт-терапии (внимание к невербальному компоненту коммуникации, осознавание и отреагирование подавленных и актуальных эмоциональных переживаний, работа с полярными эго-состояниями, экспериментирование в ситуации “здесь и сейчас”), экзистенциальной психотерапии (принятие экзистенци-

альных данностей – смерти, изоляции, свободы и ответственности, развитие умения оценивать и контролировать собственную аутентичность и перемещение свободной энергии от одного эго-состояния к другому), психодрамы, системной семейной психотерапии и т.д. Однако модель эго-состояний и теория жизненного сценария всегда лежат в основе организационных принципов, которыми руководствуется трансактный аналитик при использовании этих разнообразных техник и методик.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение трансактного анализа в психотерапии больных наркоманией имеет такие методические преимущества, как:

- Экспресс-диагностика доминантных и дефицитарных эго-состояний личности больного и распределения между ними катектированной энергии;
- Исследование деструктивного характера семейных взаимоотношений и типа воспитания как патогенного фактора возникновения наркомании на основе представления эгограмм функциональных моделей пациента;
- Установление контакта с пациентом в максимально сжатые сроки на основе принципов открытой коммуникации;
- Выявление и анализ игр, поддерживающих аддиктивное поведение;
- Распознавание содержательных и процессуальных компонентов сценария наркомана как структуры и динамики его заболевания;
- Принятие нового решения посредством восстановления зрелого Взрослого эго-состояния с целью преодоления зависимости от сценарного программирования, а, значит, и аддикции, в целом;
- Заключение контракта на изменение когнитивных, эмоциональных и поведенческих особенностей личности пациента и его взаимоотношений с окружающим миром;
- Комплексное терапевтическое воздействие с привлечением и интеграцией методологических знаний и практического опыта различных психотерапевтических направлений.

Трансактный анализ – это не панацея от наркомании. Это – один из эффективных методов психотерапии, который помогает больному обрести разум и душевный покой принять то, что он не в силах изменить, мужество – изменить то, что может, и мудрость – отличить одно от другого.

Литература:

1. Берн Э. Групповая психотерапия. – М.: Академический Проект, 2000. – 464 с.

-
2. Берн Э. *Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры.* – М.: Прогресс, 1988. – 400 с.
 3. Гулдинг М.М., Гулдинг Р.Л. *Психотерапия нового решения.* – М.: Независимая фирма “Класс”, 1997. – 288 с.
 4. Макаров В.В. *Психотерапия нового века.* – М.: Академический Проект, 2001. – 496 с.
 5. Милушева Г.А., Наиденова Н.П. *О роли микросоциальных факторов в возникновении девиантного поведения у подростков с ранними формами злоупотребления токсикоманическими веществами и алкоголем* // Вопр. наркологии – 1992 г.– № 3–4.– С. 138–143.
 6. Стюарт Я., Джойнс В. *Современный трансактный анализ.* – СПб: Социально-психологический центр, 1996 г.– 330 с.
 7. Brenda B.Barry & Frederick M. Hufford. *The Six Advantages to Games and their Use in Treatment.* – TAJ, 1990, V.20,–№4 – P.214-220.

ЛЕКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ТРАНСАКТНОГО АНАЛИЗА В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ

к.психол.н. Г.А.Макарова

г. Москва

Эрик Берн писал, что “..каждое человеческое существо рождается принцем или принцессой; полученный в раннем возрасте опыт убеждает некоторых людей в том, что они лягушки, и это убеждение лежит в основе их патологического развития”.

Э.Берн был убежден, что “каждый человек владеет в полной мере неврологическим аппаратом, который позволяет ему функционировать как Взрослому. ... каждый от рождения имеет стремление к психическому и физическому здоровью.” (Berne, 1966, 289-290).

Следовательно, задачей трансактного аналитика является оказание помощи природе в удалении препядствий, мешающих эмоциональному и психическому здоровью клиента.

В Трансактном анализе четкой границы между консультированием и психотерапией нет, также, как и нет её и в других психологических модальностях.

Однако, почему же последнее время так активно говорят и выделяют психологическое консультирование?

В чем особенности современного подхода в психологическом консультировании?

А в том, что человек, а не проблема ставится во главу угла. Цель – не решить отдельную проблему клиента. А помочь клиенту “повзрослеть”, чтобы он самостоятельно справился с существующей, а также с последующими проблемами. Цель работы – “интегрированная (Взрослая) личность клиента, обладающая достаточной целостностью, независимостью, ответственностью, ясно мыслящая и хорошо организованная”. Удивительно, но это слова Карла Роджерса о задачах консультанта.

Как добиться этого?

Стратегия консультанта, работающего в концепции трансактного анализа следующая:

- Делать упор на стремление клиента к личностному росту, здоровью и адаптации.
- Уделять внимание эмоциональным, чув-

ственным аспектам в равной степени, как и интеллектуальным.

- Работать с настоящим и будущим клиента.
- Использовать психологический альянс консультанта с клиентом как модель новых более продуктивных отношений.
- Опробовать модели нового поведения на взаимоотношениях с консультантом, в первую очередь, а потом уже вне стен кабинета.

Консультирование (Р.Нельсон-Джоуне) можно рассматривать в трёх аспектах, как вид помощи, как воздействие и как психологический процесс.

Помощь реализуется через активное слушание, в ТА “мотивационное слушание в сочетании с возможнаграждением” (с поглаживаниями).

Для того, чтобы у клиента произошли конструктивные изменения, используются методы воздействия. Для большинства школ психологического консультирования они одинаковые. Методы воздействия следующие: интерпретация, директива, совет, самораскрытие, обратная связь, логическая последовательность, воздействующее резюме.

Консультирование это психологический процесс, консультант в ТА работает с сознанием клиента и ближайшим бессознательным, активизируя мыслительные процессы. Консультативный процесс воздействует на чувства, мысли и действия (поведение) клиента и консультанта. Информация, полученная клиентом на сессии, осознается и используется им в интервалах между сессиями, для самопомощи и самопознания. Консультирование не является статичным, это процесс творческий для обеих сторон.

По задачам консультирование разделяют на консультирование, связанное с коррекцией, и консультирование, обеспечивающее условия роста и развития личности клиента. В ТА разделительная линия обозначается типом контракта, который заключается между клиентом и консультантом.

Контракт по **социальному контролю над симптомом**, используется для коррекционной, исправительной работы. Контракт направлен на чувства, мысли и поведение клиента, которые не удовлетворяют его в настоящее время. Например, клиент агрессивен по отношению к ребенку. Контракт – не быть ребенку, даже если он провоцирует на это.

Коррекционная работа позволяет клиенту почувствовать себя лучше, однако Эрик Берн расценивал это, как превращение клиента в более довольную лягушку.

Задачи развития включают в себя как устранение негативных характеристик, так и усиление положительных качеств. В ТА используется **контракт на автономию**. Контракт на автономию заключается, когда симптомы негативного поведения прошли, и клиент желает продолжить работу.

Автономия – основная цель ТА. Автономность характеризуется высвобождением или восстановлением трёх человеческих качеств: осознания, спонтанности и интимности. Осознание – способность видеть, слышать, чувствовать, ощущать мир вокруг без оценок, сравнений и обесценивания. Спонтанность предполагает наличие способности чувствовать непосредственно и выражать свои чувства прямо, а не в соответствии с тем, как человек был воспитан.

Интимность – это способность поддерживать отношения с людьми без игры и манипуляций, осознанно, спонтанно и с любовью.

Контракт на автономию включает в себя как психологическое консультирование, так и личную психотерапию.

Выполнение контракта на автономию Эрик Берн рассматривал, как “достижение выздоровления” или “излечения”, выхода из кожи лягушки и возобновления прерванного развития принца или принцессы (Берн, 1966, ст. 290).

Получение автономии и формирование интегрированного Взрослого позволяют достигнуть главной цели ТА - обрести жизненную позицию “Я благополучен – Ты благополучен”.

В процессе психотерапевтического консультиро-

вания клиент формирует качества интегриированного Взрослого. Они напоминают детские и родительские качества, однако, их способ интеграции во Взрослое это-состояние клиента отличается от контаминации.

Свойственное детям обаяние и открытость, и этические качества, такие как, храбрость, искренность, надёжность, ответственность поддерживаются у клиента, и поощряются. В терапевтическом альянсе (раппорте, союзе) консультант (терапевт) дает поглаживания клиенту за проявление таких чувств и поступков. Трансакции терапевта, консультанта направлены ко всем трём это-состояниям клиента. Он предлагает клиенту активизировать свои способности к объективной обработке данных, к творческому анализу Взрослого. Он приглашает Детское состояние к эмоциональной чувствительности, личной привлекательности.

Чем для клиента, с нашей точки зрения, привлекательно ТА консультирование?

Сильной стороной ТА является разработка языковой системы, которая позволяет терапевту и клиенту говорить на одном языке и не прятаться за неясные конструкты. Эта демистификация процесса консультирования является основой равных, партнерских отношений.

Современное ТА консультирование включает в себя обязательные навыки “эмоциональной грамотности” Клода Стейнера. Умение просить, принимать, давать поглаживания является эффективным способом изменения эзистенциальных позиций клиента и активизации его ресурсов. Клиент, который владеет этими навыками, достигает больших результатов в консультативном процессе.

Итак, современный Трансактный анализ имеет значительный багаж теоретических и практических средств для выполнения задач психологического консультирования.

Литература:

Эрик Берн. – *Введение в психиатрию и психоанализ для непосвященных*, 1972 г.

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В КОНЦЕПЦИИ ТРАНСАКТНОГО АНАЛИЗА ПРИ ПЕРЕЖИВАНИИ ГОРЯ

к.психол.н. Г.А.Макарова

г. Москва

Консультирование людей, которые перенесли утрату – тяжелое испытание духовных сил и профессиональной компетентности (Кочюнас Р.1999).

Смерть близкого человека – самая тяжелая утрата.

Есть и другие потери, приносящие боль и стра-

дания: развод, потеря работы, ограничения, связанные с возрастом, здоровьем, тяжелый ущерб, перемена места жительства. Наконец, потеря любимого животного. Конечно, они отличаются своей природой, однако вызывают сходные чувства утраты, горя и потери.

Проживание горя, “работа скорби” – длительный процесс. Однако он имеет определенные закономерности.

Этапы проживания горя:

1. Шок и оцепенение
2. Отрицание и отстранение
3. Признание и боль
4. Принятие и возрождение.

Это классические стадии проживания горя, которые используются в психотерапевтической работе в любой модальности. Рассмотрим работу в рамках ТА.

Шок и оцепенение. Первая реакция на стресс – шок, оцепенение. Доминируют чувства удивления (“За что?”), смущение (“Почему я?”), обеспокоенность (“Что же делать?”), далее ранимость и чувство вины (“Всё ли я сделал для умершего?”). Продолжительность стадии может длиться от нескольких минут до нескольких лет. Доминирующие эго-состояние Адаптивный Ребенок, принимающий и подчиняющийся наказанию (каре, судьбе, року) и Критикующий Родитель, направленный на внутреннюю критику – “Ты это заслужил”.

Первая реакция на горе – рефлекторное действие, закрывающее систему чувств. Это первая передышка перед долгой дорогой страданий к возрождению чувства радости. Первые дни после потери человек испытывает потрясение. Проявление могут быть различными – истерика или спокойствие, “замороженность” – позже человек с трудом вспоминает, что он испытывал.

В нашем менталитете не принято ярко переживать и говорить о горе, потерях. Однако молчание затрудняет задачу восстановления. В психологическом альянсе с клиентом терапевт на этом этапе должен дать защиту и поглаживания клиенту за проявления чувств. Если это групповая работа, то основная цель заключается в установлении атмосферы безопасности и покоя. Каждый участник описывает свою утрату, которую он переживает в любых подробностях. Необходимо поощрять людей, называть имя умершего или получившего развод. Главная цель этого этапа – чтобы участники группы рассказали о своих проблемах и увидели, что их слушают и понимают.

Хороший результат дают домашние задания. Например, написать и расклейт по дому листочки со словами поддержки:

- Я не всегда буду чувствовать себя так, как сейчас.
- Я все делаю хорошо. Горе не принесет мне вреда.
- Я преодолею утрату, как это сделали другие.

Отрицание и отстранение. На второй стадии клиент проявляет раздражение, осуждение, злость, критику, язвительность, мстительность, неистовство. Доминирующее эго-состояние – негативный Критикующий Родитель, который обвиняет вне-

шние обстоятельства, конкретных людей или весь несправедливый мир, систему, правительство. Бунтующий, мстительный Ребенок или отрицательный Адаптивный ребенок, также может проявляться в этой фазе переживания стресса.

Всеми силами души пациент отвергает случившееся, не признавая реальность утраты, потери. Страх Ребенка перед смертью, порождает его веру в бессмертие, справедливость для себя и в свою избранность. Когда реальность утраты становится частью жизни, то Ребенок начинает бунтовать. “Нет, этого не может быть!”. “Этого не могло произойти со мной”. У пациентов могут возникнуть стойкие убеждения или фантазии, что это недоразумение, что умерший жив, ожидания, что он вернется. А, затем злость, неистовая злость и острое чувство несправедливости.

Терапевт создает условия в ходе терапии для отреагирования негативных эмоций клиента, используя гештальт-техники. Это возможность проявиться негативным эго-состояниям Родителя и Ребенка. Вместе с тем, начинается работа и по восстановлению.

В первые этапы горя Взрослое эго-состояние клиента полностью изолировано от осознания внутренних переживаний. В терапевтическом альянсе необходимо перевести взаимодействие на уровень Взрослый-Взрослый. Это могут быть слова: “Как Вы думаете…”, “Что Вы сейчас почувствовали?”.

Как в индивидуальной, так и в групповой работе дается домашнее задание – написать письмо горю. Суть упражнения – персонификация утраты. Письмо начинается словами: “Дорогое горе”. Упражнение имеет продолжение, через занятие, когда письмо будет обсуждено с терапевтом или в группе, пишется ответ от имени горя.

Эффект этих писем огромен. Пробуждение Взрослого через осознание, покаяние и принятие, дает возможность прорыву и росту личности пациента.

III этап Признание и боль. Признание утраты важнейший шаг в восстановлении. Взрослое эго-состояние вновь берет бразды правления и полную ответственность за свои чувства. Когда клиент признает, что утрата реальна, то к нему возвращается часть утерянного баланса сил. Жизненная позиция возвращается к Я-ОКей.

Однако, признание утраты приносит сильнейшую боль, и потому временами пациент испытывает чувство тоски, безысходности, безнадежности, загнанности в угол, беспомощности, разочарования. Это депрессивная установка с убеждениями – “Жизнь бесполезна”.

На этом этапе важна психотерапевтическая помощь, особенно, если этап затянулся. У пациента могут возникнуть суицидальные мысли. Необходимо заключить суицидальный контракт.

Выход из горя не происходит последовательно

по стадиям, возможен возврат к уже пройденным. Особенно, остро пациент это ощущает, когда он почувствовал себя лучше, например, через полгода после утраты. Улучшился сон, аппетит, появился интерес к работе. И вдруг – знакомая мелодия, запах или человек, похожий на умершего, или новость, что бывший супруг женился. Боль с новой силой возрождается. Именно для таких случаев психолог совместно с клиентом формируют “аптечку скорой помощи”. Аптечка состоит не только из лекарств, это могут быть телефоны специалистов и близких людей, которые могут поддержать и выслушать. Необходимо получить от них заранее согласие. Текст терапевтического контракта. Адреса психотерапевтических групп поддержки. Талисманы, ароматические масла, кассеты с медитативной музыкой, фотографии детей, животных, которым необходима любовь пациента сейчас, в реальном мире. Карточки с текстами.

IV этап Принятие и возрождение.

Первый знак того, что пройден самый тяжелый участок пути, - смена вопросов, которые задает пациент (клиент) психотерапевту. Со временем утраты самый настойчивый вопрос: “Почему это случилось со мной?”. Но наступает день, когда возникает новый вопрос: “Как выйти из этой трагедии новым человеком?”. С этого момента пациент начинает принимать новую жизнь, без того человека, которого потерял.

Вопрос “Почему?” не имеет ответа. Пациенту кажется несправедливым случившееся, ему хочется узнать причину. И есть иллюзия, что узнав причину ему станет легче. Однако, этого не происходит.

Вопрос “Как?” указывает на то, что пациент признал реальность утраты. И теперь, психотерапевтическая работа направлена на формирование планов будущего клиента с доминирующей жизненной позицией Я-ОК.

Восстановление возможно, если пациент осознает следующие факторы:

- путь выхода из горя лежит через горе;
- горе – это тяжелая работа;
- эффективно работать над горем нельзя в одиночку.

Время лечит - расхожая фраза, однако само время не лечит. Только эффективная работа по проживанию горя вылечит раны и позволит восстановить чувство равновесия. Удивительно, но и навыкам эффективного проживания горя можно и нужно научиться.

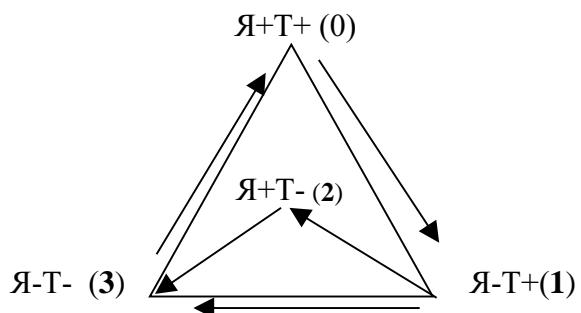
Клиенты склонны использовать “нездоровые” пути выхода, особенно, если исчерпаны возможности справиться в одиночку. Стресс создает условия для ухода в сценарные паттерны, в психологические игры, в выполнения трагических родительских предписаний. Вот перечень симптомов: мысли о самоубийстве, суицид, депрессия; злоупотребление наркотиками, транквилизаторами, снотворным, алкоголем, кофеином, никотином, пищей, анорексия; психические расстройства, агрессия.

Способ переживания горя зависит от основной экзистенциальной, жизненной позиции и сценария пациента до травматического события.

Тайби Кейлер описывал поведение человека в стрессовых ситуациях. Он связал жизненные позиции и сценарии с механизмами защиты от разрушительного действия стресса. Кейлер считает, что проигрывание последовательностей дает клиенту возможность проживания своего сценария в миниатюре, минисценарий подкрепляет и усиливает основной сценарий пациента.

Проживание горя возможно поступательно, через все стадии и с возвратами в прежнюю ОК позицию (Я+Т+). Такой тип характерен для удачников, для людей с проработанной личностью, с развитым Взрослым эго-состоянием, с автономией и спонтанностью, с большим запасом интимности. Горе, для такого человека, горнило, через которое он проходит закалившись и возродившись вновь в новом качестве. Горе, используется им, как источник личностного роста.

Рис. 1 Минисценарий



Не все пациенты имеют подарки от родителей в виде сценариев победителей. Длительные остановки, иногда, и на всю жизнь, могут возникать у па-

циентов со следующими жизненными сценариями. На позиции (1) Я-Т+ пациент испытывает саморазрушающее поведение, иногда, суицидальное. Ос-

новные мысли: “Умереть должен был я”. “Я во всем виноват”. “Я не могу без тебя, один”. Родительские предписания у таких пациентов трагические, они могут быть следующими: не живи, не делай, не будь значимым, не взрослей, не добивайся успеха, не будь здоровым, не принадлежи. Чаще сценарный паттерн - “Без любви”. Потеря любви, любящего человека, страх одиночества включают механизмы выполнения предписаний – не живи, не взрослей.

Психотерапевтическая работа на первом этапе сводиться к заключению контракта с пациентом на позиции Взрослый-Взрослый. Это может быть контракт по социальному контролю за симптомом. Например, воздержаться от спиртного на время проведения терапии.

Экономия поглаживаний лежит в основе сценария “без любви”. Это-состояние “Заботливый Родитель” полностью изолирован, у таких людей нет внутреннего ресурса заботы и поддержки, и они испытывают сильную потребность получать их извне. В психотерапевтической группе таких пациентов учат принимать, давать, просить помочь, поддержку, заботу прямым, открытым путем. В реальной жизни потребность в поглаживаниях такие пациенты получают, используя игровое, манипулятивное поведение. В драматическом треугольнике ведущая роль “Жертвы”. Например, психологические игры: “Костяная нога” с девизом – “Ну, что Вы хотите от человека, который пережил такую трагедию”. Игра “Алкоголик” - с тезисом: “Все меня хотят обидеть. Никто меня не понимает. Лучше я выпью”. Игра “Психотерапия” с тезисом – “Мои несчастья лучше ваших!”.

Если ещё в детстве пациент решил, что легче обвинить других во всех бедах, то он быстро сместится в позицию (2), в позицию обвинителя с соответствующей жизненной установкой “Я +, Ты -”. При сценарном анализе у таких пациентов обычно родительские предписания: не чувствуй, не принадлежи, не сближайся, не будь собой и сценарий “Без радости”. В переживании горя у пациентов исключено это-состояние Ребенка. Таким людям трудно эмоционально внешне проявить и отреагировать свои эмоции. Они не плачут, их поведение сдержано и мало эмоционально. Сильный человек, волевой характер, горе его не сломило – так обычно говорят о них. Однако Естественный Ребенок мстит за своё заточение психосоматическими заболеваниями.

Работа с пациентами с безрадостными сценариями заключается в обучении их новым навыкам. Навыкам, позволяющим восстановить связь между “головой и телом”. “Что Вы чувствуете сейчас в теле?” - главный вопрос. Любые упражнения для активизации детского это-состояния - “Новогодняя елка”, “Именины”, регресс в детство. Игровая терапия, сказкотерапия, психодраматические и гештальт техники – техники, пробуждающие Ребенка в

пациенте, его детские переживания. От положительных эмоций, затем можно перейти и к отрицательным. Навыки цивилизованного выражения агрессии очень важны для пациентов с жизненными установками Я+Ты-. При трагических сценариях и родительских предписаниях “не чувствуй”, “не принадлежи” – убийство другого является сценарийной расплатой. Например, у женщины, потерявшей ребенка, расплатой будут постоянные выкидыши и abortionы, оправдание которым она всегда найдет.

Если позицию “Я-Ты-” (3) клиент выбрал ещё в раннем детстве, то при переживании горя он будет полагать, что весь мир и все люди в нем плохи, как и он сам. Если сценарий пациента банальный, то переживание горя будет восприниматься им, как препятствие к поставленным жизненным целям. Если сценарий трагичный, то скорей всего пациент попадет в психиатрическую клинику. Его родительские предписания – “не думай” и сценарий – “без ума”. Тезис – “Надежды нет. Ни ты, ни я не справились. Разум не нужен. Он не имеет смысла”.

Игнорирование – фигура, которой уделяется основное внимание при терапии с такими пациентами. Игнорирование в ТА – это бессознательное искажение информации, связанной с решением проблемы.

Процесс игнорирование всегда сопровождается пассивным поведением, которое направлено на сохранение проблемы, а не на её решение. При пассивном поведении клиент, в первую очередь, игнорирует свои собственные способности справиться с горем и действовать в создавшейся ситуации. Взрослый исключен из потока катексиса. Всю энергию клиент тратит на пассивное, неэффективное поведение.

Работа с пациентами, которые при проживании горя проявляют игнорирование, сводиться к обнаружению пассивного поведения. Затем с помощью терапевта клиент осознает из позиции Взрослого области игнорирования и искажения реальности. При работе учитываются все варианты игнорирования, например, игнорирование проблемы, её значимости, возможности выбора, способности клиента решить проблему.

Игры всегда основываются на игнорировании и искажении реальности. Например, “**Почему бы Вам не** перестать горевать, уже прошло так много лет? **Да, но** мы были так близки, что я не могу...”. “**Почему бы Вам не** вспомнить о своих детях, они живы и нуждаются в Вас?” “**Да, но** я не могу...”. Вознаграждением является оправдание пассивного поведения.

Итак, в работе с горем теория и практика ТА позволяют иметь хороший терапевтический результат.

Литература:

1. Кочюнас Р. *Психологическое консультирование*

СЦЕНАРНЫЕ АСПЕКТЫ ПОВЕДЕНИЯ ЖЕН МУЖЧИН БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

А.В.Меринов

г. Рязань

Berne E. (1964) определял сценарий как «бессознательный план жизни, который составляется в детстве, подкрепляется родителями, оправдывается ходом событий и достигает пика при выборе жизненного пути». С самого детства родители передают ребенку различные послания, на основании которых он формирует свои представления о себе и о других. При этом образуется основное сценарное содержание, в соответствии с которым человек принимает решение о том, как он проживет свою жизнь.

В своей работе мы с позиций сценарного анализа изучили некоторые особенности личности супруг мужчин больных алкоголизмом (МБА). Традиционно считается, особенно в кругу неспециалистов, что имеющиеся нарушения в различных сферах жизнедеятельности (например, широко представленная нервно-психическая патология), имеющиеся у жен МБА продуктируются алкоголизмом мужа, то есть, являются достаточно однозначной реакцией на созданную в семье атмосферу психологической напряженности и т.д. Таким образом, зачастую супруге отводится роль пассивного, страдающего звена. Тем не менее, при работе с супругами БХА часто возникает ощущение, что их страдания подчинены какому-то внутреннему смыслу и, возможно, вовсе не являются случайными.

Для решения этого вопроса нами с помощью сценарного опросника (Steward I., 1996) в ходе полуструктурированного терапевтического интервью (Шустов Д.И., Меринов А.В., 2000) обследованы 35 супруг МБА в возрасте 30-45 лет и сроком семейной жизни в «алкогольном» браке порядка 14 лет.

В результате обработки данных сценарного опросника более чем у половины жен МБА (57,2%) встретились достаточно явные указания на присутствие у них родительского приказания «Не живи». Наличие данного деструктивного приказания уже само по себе способно служить значимым фактором для построения «автоагрессивного» сценария жизни, нередко подразумевающего в виде сценарной расплаты насилиственный уход из жизни. Это положение подтверждается достоверно более высоким количеством парасуицидов в изучаемой группе (16,13%) в сравнении с общепопуляционными показателями (Амбрумова А.Г., Бородин С.В., Михлин А.С., 1980).

С другой стороны, наличие данного приказания может и не проявлять себя через суициальное по-

ведение, что связано с рядом психологических защитных механизмов. Тем не менее, оно периодически актуализируется посредством различных замещающих «эквивалентов», например, необъяснимого чувства собственной ничтожности, ненужности и бесполезности. Эти чувства, как показывает наш опыт, являются весьма характерными для супруг МБА. Многие из них считают, что их брак - это наказание за какие-то мифические грехи, что сопровождается переживанием собственной неполноты и неспособности потенциально быть счастливой, заслуживающей этого. Более того, это «наказание» следует терпеть во имя непонятного искупления. Не смотря на всю парадоксальность имеющихся семейных отношений (побои со стороны мужа, унижения и лишения) эти браки представляют собой достаточно устойчивое образование. Выскажем предположение, что именно наличие приказания «Не живи» может в ряде случаев являться причиной вступления в заведомо «неудачные» семейные отношения, когда женщина еще до брака знала, что избранник «выпивает и бывает груб», но, тем не менее, поверила, что в ее случае «все изменится к лучшему». Достаточно странное решение? Но, подчеркнем, что активное, то есть не по принуждению. С другой стороны, вступив в такие отношения, зачем женщина готова терпеть издевательства над собой, когда та «первая, ослепляющая любовь» уже прошла? В русском языке существует пословица: «Бьют - беги, дают – бери», но она не подходит для жен МБА. Парадокс? Сбой инстинкта самосохранения? На наш взгляд, это прекрасная иллюстрация реализации аутодеструктивного сценария, опосредующего и определяющего приказание «Не живи». Однако нам представляется вероятным, что, несмотря на видимую патологичность имеющихся отношений, вступление в подобный брак может служить и своеобразным защитным механизмом, предотвращающим суицид как вариант реализации приказания «Не живи» у большинства жен МБА за счет эквивалентного (замещающего) «несмертельного» страдания в алкогольном браке (вариант принятия сложного спасающего решения). То есть, возникает социально приемлемый вариант несуициdalной канализации собственной аутодеструкции, который можно выразить следующим образом: «Пока я мученически терплю невзгоды своего брака (медленно разрушаю себя), я имею

кредит жизни и не должна умереть молодой”.

Вторым по представленности родительским посланием, характеризующим жен МБА, является приказание “Не чувствуй себя хорошо”. Данное приказание способно потенцировать действие приказания “Не живи”, приводя к закреплению и хронификации соматических заболеваний, “общего плохого самочувствия”. Любопытной иллюстрацией этого является ситуация, когда женщина, начав чувствовать себя “хорошо” в период ремиссии алкоголизма у мужа, когда все, казалось бы, располагает к вербально желаемой “нормальной” жизни, провоцирует алкогольный эпизод у супруга, тем самым, возвращаясь к своей привычной экзистенции страдалицы, которая чувствует себя преимущественно “плохо”. В данном случае хорошо прослеживается механизм подтверждения сценарных установок (в частности, сценарного процесса “Всегда”) и получения привычного негативного выигрыша.

Таким образом, рассматривая жен МБА с позиций сценария жизни, мы приходим к выводу, что имеющиеся у них мазохистически-виктимный радикал во многом объясняется наличием деструктивных сценарных приказаний. Необходимо отметить

и активную роль супруг МБА в построение деструктивных семейных отношений, позволяющую до определенной степени реализовать собственную аутоагgression. Знание этих особенностей помогает лучше понять процессы супружеского взаимодействия в алкогольной семье и внести соответствующие корректизы в процессе психотерапии состояния созависимости у жен МБА.

Литература:

1. Амбрумова А.Г., Бородин С.В., Михлин А.С. *Предупреждение самоубийств (изучение и проведение предупредительных мер)*. - М.: Академия МВД СССР, 1980
2. Шустов Д.И., Меринов А.В. *Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью. Пособие для врачей психиатров-наркологов и психотерапевтов*. – Москва, 2000
3. Berne E. *Games people play*. - N.Y.: Grove Press, 1964
4. Steward I. *Developing Transactional Analysis Counselling*, London, Thousand Oaks, New Delhi, “SAGA Publications”, 1996

ЭПИСКРИПТ В “АЛКОГОЛЬНОМ БРАКЕ”

А.В.Меринов, д.м.н. Д.И.Шустов, А.П.Ховрачев

г. Рязань

Особенности функционирования семей больных алкоголизмом на протяжение длительного времени являются предметом пристального изучения и по-прежнему остаются спорным вопросом. С позиций аутоагрессивности личности данные семьи весьма примечательны. Если сам алкоголизм и связанный с ним проблематика большинством исследователей считается ярким проявлением аутодеструктивного поведения, то неблагоприятное состояние жен в “алкогольных” браках преимущественно объясняется патогенным влиянием алкоголизма мужа, что описано в рамках понятия состояния созависимости (Beattie M., 1989, Gierymski T., Williams T., 1986, Mendelhall W., 1989). Подчеркивается, что именно больному алкогольной зависимостью принадлежит основная роль в генезе синдрома “созависимости”, то есть, он своей алкоголизацией “продуцирует” те изменения, которые происходят со здоровьем других членов семьи.

Наш материал показывает, что помимо действительно вносимой самим мужчиной, больным алкоголизмом, (МБА) семейной и личностной нестабильности, в семьях имеется так же и другое активное звено, в частности, супруга МБА, которая также имеет аутоагрессивный радикал, во многом объясняющий патологическую жертвенность и

страдания женщины в таком браке. С помощью сценарного опросника (Steward I., 1996) в ходе полу-структурированного терапевтического интервью (Шустов Д.И., Меринов А.В., 2000) более чем у половины жен МБА встретились достаточно явные указания на присутствие у них родительского приказания “Не живи”. Этим объясняется наличие аутоагрессивных стилей поведения у многих супруг из алкогольных браков. Однако логичным было бы предположить, что другая половина жен МБА (не имеющая явных указаний присутствия деструктивного сценарного послания) должна быть свободной от аутоагрессивных поведенческих стилей. Тем не менее, опыт показывает наличие саморазрушающих паттернов у подавляющего большинства супруг МБА, что заставило нас искать другие пути объяснения этого феномена.

Эпикриптом F.English (1969) называет секретный заговор “Маленького Профессора” (Взрослым в Ребенке), основанный на магическом предположении, что человек может избежать трагедии, заложенной в деструктивном сценарии, если передаст ее жертвенному объекту или козлу отпущения. Существуют люди с деструктивным сценарием, которые хорошо функционируют в течение некоторого периода жизни без избавления от своего сценария

или перехода к контрасценарию. Обычно это связано с тем, что они “передают” свой сценарий подходящему реципиенту для эпискрипта (обычно это человек, с подвижным недеструктивным сценарием, находящийся в позиции “Я не ОК, ты ОК”). Таким образом, реципиент, принимая эпискрипт другого человека, освобождает его, по меньшей мере, временно, от его трагической судьбы.

Рассматривая алкогольные семьи с указанных позиций, в ряде семей, где супруга не имела собственных деструктивных посланий при наличии, тем не менее, у нее аутоаггрессивных проявлений мы обнаружили любопытный механизм перераспределения аутоагgressии между супружами алкогольного брака, укладывающимися, на наш взгляд, в концепцию эпискрипта. Женщина, не имевшая до брака никаких указаний на наличие у нее аутодеструктивных стилей поведения, после вступления в брак с мужчиной, у которого имелась зависимость от алкоголя, или таковая развилась уже в браке, начинает ярко демонстрировать аутоаггрессивные паттерны поведения. При этом ее супруг, зачастую имевший таковые и ранее, становится более “благополучным” - у него снижается интенсивность и выраженность антивитальных проявлений, реже, он на фоне страданий супруги выходит в достаточно длительную (нетипичную для динамики алкогольной болезни в его случае) нетерапевтическую ремиссию заболевания.

Примером может служить наблюдение семьи больного А., 35 лет, страдающего алкоголизмом во II стадия заболевания. Срок семейной жизни А. составил 10 лет, брак единственный, на момент последней терапевтической встречи находился в состоянии развода. А. злоупотреблял спиртными напитками с 17 лет, похмельный синдром сформирован с 21-22 лет. Другими словами, при вступлении в брачные отношения наш пациент уже имел клинику алкогольной болезни. Алкогольный аутоаггрессивный анамнез А. крайне интересен. В 20 лет на фоне алкогольного отравления А. пытался выброситься из окна четвертого этажа, так как “обиделся на родителей, и они будут рады, если его не станет”. Годом позже неоднократно наносил себе самопорезы в области локтевого сгиба и предплечья “просто так”, дважды из-за этого был госпитализирован. Пьяный становился агрессивным, провоцировал драки, в результате чего многократно подвергался избиениям, часто с получением черепно-мозговых травм. В армии не служил по причине наличия у него язвенной болезни желудка (которая, в основном, обостряется после значительных алкогольных эксцессов). За одну неделю до свадьбы, находясь в состоянии сильного алкогольного опьянения, перевернулся на грузовой машине (сам был за рулем). Женился “со сломанной рукой”. За три дня накануне бракосочетания обещал будущей супруге больше никогда не употреблять спиртных напитков. Слово держал ров-

но три дня.

Супруга больного А., обозначим ее В., 36 лет. Выросла в “непьющей семье”. Росла всегда здоровой, скромной, “серой мышкой”. Всегда со всеми ладила. До брака никогда не имела суицидальных мыслей, “даже предположить такого не могла”. Долгое время не могла выйти замуж, так как “никто по настоящему хорошо к ней не относился”. В лице будущего мужа встретила мужчину, который “может ее понять и защитить”, но “немного пьющего”. Решение алкогольных проблем будущего мужа видела как основную для себя задачу.

В течение первого года семейной жизни алкоголизация мужа носила прежний деструктивный характер. Через два месяца после свадьбы муж отравился “некачественной водкой”, две недели по этой причине находился в больнице в тяжелом состоянии, обещал “заявлять” с алкоголем, однако возобновил прием спиртных напитков через неделю после выписки из стационара. Через пол года семейной жизни стал часто высказывать идеи необоснованной ревности, на фоне опьянения неоднократно угрожал самоубийством “если жена не изменит к нему отношение”, но до реализации суицидальных высказываний дело не доходило. Весь этот год супруга больного А. боролась за здоровье мужа, чувствовала прилив энергии, оптимизм, была уверена, что вот-вот муж исправится. Но, по словам В., внезапно произошел какой-то надлом – “отчаялась”, “поняла, что борьба за мужа проиграна”. На этом фоне впервые возникла мысль о насильственном уходе из жизни. Испытывая выраженные депрессивные переживания, В. выпила большое количество различных таблеток. Однако в какой-то момент “поняла, что сделала глупость” и вызвала у себя рвоту. В последующие 2-3 месяца чувствовала себя все хуже, “вынуждена была” обратиться к врачам. При обследовании обнаружены пиелонефрит в стадии обострения, аднексит, цистит. Длительное время лечилась у различных специалистов, но улучшения были только временные – “стала в поликлинике своим человеком”. Чтобы успокоить нервы, стала периодически курить. За время брачной жизни у В. четыре раза были выкидыши на ранних стадиях беременности, в 30 лет возникла внематочная беременность, по поводу чего В. была прооперирована. За последние восемь лет брачной жизни неоднократно возникали суицидальные мысли, считала, что жизнь не удалась и какая-либо перспектива отсутствует. Тем не менее, как отмечает сама В., “дела у мужа поправились”, и что любопытно, это улучшение практически совпало с моментом “надлома” жены. А. резко сократил частоту своих выпивок, возникавшие запои продолжались максимум 2-3 дня (ранее их продолжительность редко была менее 1-1,5 недель). Как отмечает сам пациент, “стал думать о себе, пугала перспектива умереть пьяным”. А. устроился на более высокооплачиваемую рабо-

ту, помогал односельчанам “строиться”, приобрел автомобиль и т.д. Суицидальных мыслей в последние 7-8 лет семейной жизни не отмечал, считал, что это “было по молодости” и “все прошло”. Стал заниматься своим здоровьем, регулярно ходил в баню, зимой купался в проруби – “совсем не болел, закалился”. Считал свою супругу “очень болезненной и неуравновешенной женщиной, которая постоянно нуждалась в его заботе и помощи”, что постоянно тяготило В. Помимо этого, испытывал переживания по поводу бездетности супруги, что и послужило поводом к разводу, где А. выступил в качестве инициатора.

После развода В. “как бы ожила”, “груз с плеч свалился”. Стала намного лучше себя чувствовать, реже возникали обострения имеющихся соматических заболеваний. Через один год повторно вышла замуж за человека на восемь лет старше ее, алкоголем не злоупотребляющего. По имеющимся данным у В. быстро наступила беременность, закончившаяся рождением здорового ребенка, браком довольна, считает себя счастливым человеком.

А. после развода не употреблял алкогольных напитков на протяжении трех месяцев, однако “сорвался” и возник самый продолжительный запойный период, продолжавшийся более двух месяцев. На этом фоне вновь отчетливо возникли суицидальные тенденции, считал себя “во всем виноватым”, человеком, прожившим жизнь зря. Будучи в состоянии алкогольного опьянения пытался повеситься на рабочем месте, из петли вытащили сослуживцы. Через полгода был уволен с работы “за пьянство”, стал жить у родителей, максимальный нетерапевтический светлый промежуток в последующий год не превышал двух недель. Некоторое время спустя, обратился за терапевтической помощью по поводу лечения алкогольной зависимости. При работе с А. у него было диагностировано наличие деструктивного сценарного решения “Не жить”, что, и было использовано в комплексной терапии зависимости.

Безусловно, акцептором эпикрипта может становиться не только супруга больного, но и любой другой член семьи (являющийся по определению созависимым). Таким образом, происходит избавление МБА от его деструктивного сценария, так как находится человек, готовый за него нести его крест. В этом контексте особое звучание приобретает распространенная фраза жен МБА: “Если бы не я, то он”, часто используемая для объяснения окружающим необходимости своего страдания и унижения. Действительно, если бы не она, то что? Что тогда произойдет, в принципе хорошо известно. В случае если супруга по каким-либо причинам начинает бороться за “свое счастье”, начинает заниматься своим здоровьем и т.д., то есть отказывается от столь своеобразной опеки за мужем, мы наблюдаем “озлокачествление” динамики заболевания, алкоголизм начинал сопровождаться большим

количеством аутоаггрессивных паттернов поведения. Еще более радикальные изменения возникают у МБА в случае, если их брак распадается, то есть супруга больше не в состоянии приносить себя в жертву. Рост суицидов среди разведенных МБА говорит сам за себя. С другой стороны, имеются данные, что большинство женщин после развода с пьющим мужем лишаются различных соматических и неврологических заболеваний, которыми страдали годы, и которые им прочили “навсегда” (Москаленко В.Д., Гунько А.А., 1994). У той малой части разведенных женщин, у которых состояние после развода не улучшилось или, даже ухудшилось, логичным будет предположить наличие собственного самодеструктивного сценария. Однако, по нашим данным, данная категория женщин “предпочитает” существовать в условиях алкогольного брака, где их собственная аутоаггрессивность находит необходимый выход (Меринов А.В., Шустов Д.И., 2000).

Выводы:

1. На наш взгляд, одним из механизмов, объясняющих динамику аутоагgressии в семьях МБА, является именно эпикрипт.
2. Данный вариант смещения собственной аутоаггрессии МБА на свою супругу (ребенка и т.д.) является временным спасающим механизмом, избавляющим МБА от реализации, имеющихся у него саморазрушающих импульсов “на себя”.
3. Наличием эпикрипта, на наш взгляд, объясняется декомпенсация алкоголизма и рост уровня самоубийств МБА после развода с супругой, страдающей “вместо него”.
4. Важным моментом при мортально-ориентированной терапии алкогольной зависимости и со-зависимости является дифференциальный диагноз между состояниями, когда оба супруга имеют деструктивный сценарий и когда деструктивный сценарий МБА в результате эпикрипта передан его супруге, что имеет принципиальное значение при выборе терапевтических интервенций.

5. При диагностике наличия эпикрипта в семье МБА целесообразно строить психотерапевтическую работу через проработку механизмов акцепции эпикрипта супругой МБА и параллельную деактивацию деструктивного сценария самого МБА. Необходимо особо подчеркнуть то, что в такой ситуации сам МБА выглядит вполне благополучным в плане отсутствия у него на момент интервью каких-либо аутоаггрессивных стигматов, однако, акцентируя работу на мортальной проблематике, присутствующей у его супруги (реципиента эпикрипта), мы, тем самым, разрушаем защитный барьер МБА, и крайне важно, не оставить его без соответствующей поддержки и терапии.

Литература:

1. Меринов А.В., Шустов Д.И. Аутоаггрессив-

-
- ность супругов в семьях больных алкогольной зависимостью // XIII съезд психиатров России. 10-13 октября 2000 г. (материалы съезда).- Москва, 2000.- С. 255-256
2. Москаленко В.Д., Гунько А.А. Жены больных алкоголизмом: опыт изучения психопатологии // Журн. невроп. и психиатр. -1994, Т.94, вып.1.- С. 51-54
3. Шустов Д.И., Меринов А.В. Диагностика аутоагgressивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью. Пособие для врачей психиатров-наркологов и психотерапевтов. - Москва, 2000
4. Beattie M. *Codependent no more.*- A Heazelden Book Harper Collins Publishers, 1989
5. English F. *Episcript and the "hot potato" game* // Transactional Analysis Bulletin.- 1969, Vol. 8. - P. 77-82
6. Gierymski T., Williams T. *Co-dependency* // J.Psychoactive Drugs.- 1986, Vol.18, № 1.- P.7-13
7. Mendelhall W. *Co-dependency definitions and dynamics* // Alcohol. Treat. Quart.- 1989, Vol.6, № 1.- P.3-17
8. Steward I. *Developing Transactional Analysis Counselling*, London, Thousand Oaks, New Delhi, "SAGA Publications", 1996

КРАТКОСРОЧНАЯ ГРУППОВАЯ ТЕРАПИЯ: ТА ЗДЕСЬ И СЕЙЧАС

А.П.Ховрачев, Е.К.Еремина

г. Рязань

Рамки ТА предоставляют большие возможности для моделирования внутриспиритических процессов. Это структурная “PAC” модель, теории развития и концепция “реального Я”, сценарии с соответствующим сценарным аппаратом и т.д. Показывая пациенту его дисфункцию с иной точки зрения, эти модели оказываются весьма эффективными при наличии необходимого времени для построения рабочего альянса и развития достаточно уверенного навыка оперирования в рамках соответствующей модели. И данные возможности столь соблазнительны, что становятся центром терапевтических размышлений и интервенций.

Однако само свое название ТА получил благодаря иному аспекту. Мы имеем в виду одну из наиболее существенных и наиболее отличительных сторон ТА - позитивно оцениваемый большинством психотерапевтов иных модальностей собственно трансакций анализ. Такой анализ, который практически полностью свободен от иных теоретических мифов ТА.

Мы обратились к этому практическому уровню терапевтических интервенций в ходе как эмпирических, так и теоретических, экспериментально-психологических наблюдений за терапией в условиях краткосрочной открытой группы в пограничном отделении областной психиатрической больницы.

Эмпирическая линия выражалась в получении клинического опыта эффективности групповой работы через личную оценку результативности различных форм и методов ПТ. Организационные рамки позволяли каждому пациенту посетить около восьми групповых сессий с частотой два раза в неделю. В этих условиях были оценены возможности закрытой и открытой группы; тренингового, гештальториентированного и психодинамического подходов; произведено сравнение терапии в группе и группового процесса; роль различных форм орга-

низации взаимодействия психотерапии в группе с фармакотерапией и лечащим психиатром и т.д.

Выяснилось, что чтобы быть эффективной столь быстрый терапевтический процесс не мог быть иным, кроме как терапией здесь и сейчас. Концентрация внимания на особенностях трансакций пациентов позволяла последним довольно легко осознавать патологические трансакционные паттерны, например, использование пассивного залога в проблемной области (меня охватил страх), ложных каузальных связей (он меня разозлил), сверхобобщений (у меня никогда ничего не получается) и т.д. Возможно, что такая простота детерминировалась очень маленьким объемом, подлежащим осознанию - всего одно предложение или даже словосочетание. Вторым позитивным моментом стала простота произвольного контроля и, следовательно, изменения отдельных патологических трансакций. Пациенты действительно были способны переформулировать свои сообщения, без значительного напряжения механизмов психологической защиты. С нашей точки зрения, это оказалось возможным благодаря уходу от ценностных конфликтов как внутри личности пациентов, так и между различными участниками группы или пациентами и терапевтами. Любому больному было интуитивно понятно, что за дверью терапевтического зала не стоит какой-то реально существующий зверь с именем Страх, способный наброситься на него при выходе. Следующим плюсом собственно трансакционного анализа была удобная возможность для простого, четкого и понятного контракта относительно используемых вербальных конструктов. В целом, данные приемы позволяли существенно катектировать Взрослое эго-состояние пациента и быстро достигнуть, по меньшей мере, Взрослого социального контроля.

Помимо перечисленных выше, анализ трансакций предоставляет еще и в специфически групповое преимущество. Во-первых, это хорошо извест-

ный феномен, что наблюдать и замечать патологические трансакционные паттерны проще у других, чем у себя самого. В нашем контексте конфронтационная активность членов группы приводит к значительной редукции проекций в отношении терапевта и сокращению защитных обесцениваний терапевтических интервенций, что, в конечном итоге, упрощает осознание собственных трансакций. Другим преимуществом работы на уровне трансакций в группе оказывается развитие, собственно, группового терапевтического процесса взамен привычной и знакомой большинству присутствующих персональной терапии в группе. Опыт, который, по нашему мнению, стоит того, чтобы испытать его.

Теоретическая линия вытекала из представления о том, что для проявления любой внутриличностной патологии (будь то регressive эго-состояние, сценарное решение и т.д.) необходим соответствующий внешний инструмент. И, похоже, что без патологических трансакционных паттернов дисфункциональные проявления обречены на исчезновение. Поэтому роль, собственно, трансакций как терапевтической мишени имеет большой методологический вес. И в данном смысле переформулирование патологической трансакции похоже на действие медикаментозного препарата, блокирующего определенные биохимические реакции и, соответственно, их внешние проявления - симптомы.

Данное теоретическое представление нашло свое экспериментально-психологическое подтверждение в ходе нашего исследовательского проекта, который включал экспериментально-психологическую оценку роли личностных факторов (MMPI, EPI), направленности личности (OA), когнитивных особенностей (Равен, УСК), жизненных позиций (ТМД, Томас), функционирования различных эго-состояний (J.Най) и т.д. Выяснилось, что адаптивный копинговый стиль не является функцией ни личностных особенностей, ни направленности, ни интеллектуального потенциала пациента. Критическим параметром в данном случае оказывается, так называемая, когнитивная детерминированность. Т.е. то, в какой степени содержание определенной идеи детерминирует поле сознания человека и, следовательно, возможные рамки его поведения. Поскольку мы рассматривали необходимость работы в ограниченном временном пространстве, то это, в первую очередь, оказались копинговые метастратегии и метаконструкты. Интернальность или экстернальность локуса контроля, результирующая мотивации достижения, имели совершенно четкие внешние проявления, в особенностях построения трансакций. Причем характер данных особенностей был нозологически неспецифичен, т.е. одинаков у больных шизофренией и аффективной патологией, болезнями зависимости и невротическими, соматоформными или стрессогенными расстройствами.

Хочется отметить, что клинически определяемое

улучшение состояния пациентов в ходе групповой терапии отражалось в соответствующем улучшении показателей интернальности локуса контроля и уровня мотивации достижения на 10-15%.

Понятно, что столь выигрышная точка приложения терапевтических усилий не могла остаться незамеченной другими. Действительно, она имеется в виду не только в классической школе ТА в рамках анализа трансакций. Когда Гулдинги писали о технике перерещения и упоминали о необходимости для достижения эффекта использования трансакций в настоящем времени - это частный пример обсуждаемой нами парадигмы. Конфронтация пассивности, переопределений и обесцениваний в школе Шиффов - еще один пример подобного подхода. Очень большое внимание нюансам трансакций уделяется в подходе Милтона Эрикссона и в нейролингвистическом программировании. И данное перечисление можно продолжать и продолжать.

Наконец, акцент терапевтического внимания на особенностях трансакционных паттернов имеет громадное значение в принятии ТА в качестве научной психотерапевтической модели в академическом мире. Хорошая отслеживаемость и возможность простой регистрации отдельных коммуникативных паттернов определяет высокий уровень объективности, требующийся в научно-легитимных исследованиях. А возможность дистанцирования от определенных теоретических представлений позволяет принимать полученные здесь результаты представителям самых разнообразных теоретических ориентаций, улучшая общее взаимопонимание и способствуя принятию ТА в психотерапевтическом, медицинском и научном сообществе.

И, последнее, о чем хочется сказать в данном сообщении. Мы обнаружили, что описанный подход оказался весьма эффективным также в рамках индивидуальной терапии. Встречи группы профессионального развития в РАТА, посвященные, собственно, трансакционному анализу, оказались одними из наиболее продуктивных и высокооцениваемых участниками этих сессий. Происходило нечто похожее на действительное чудо, вызывая в памяти название популярного труда Ричарда Бендлера и Джона Гриндера, посвященного вербальным паттернам «Структура магии». И в ряде случаев, произошедшие во время терапевтической сессии переформулирования, имели далеко идущие последствия, если участники продолжали осознавать используемые паттерны трансакций. Как говорил М.Эриксон, для того чтобы получить глобальные изменения, необходимо минимальный сдвиг в значимой области.

И нам хотелось бы завершить данную статью напоминанием том, что полностью завершенные трансакции являются действительным маркером душевного здоровья. И это все, что действительно необходимо.

ТРАНСАКЦИОННЫЙ АНАЛИЗ МАТЕРИНСКОЙ ПАТОЛОГИИ

А.П.Ховрачев, О.В.Ховрачева

г. Рязань

Предлагаемая вашему вниманию работа касается изучения влияния жизненных позиций и функциональных эго-состояний на состояние соматического здоровья и патологию беременности и родов, которое проводилось в рамках pilotного исследовательского проекта “Перинатальное сценарное программирование”. Здесь мы рассматриваем Родительский полюс сценарной матрицы (C.Steiner, 1974). И поскольку мать является, пожалуй, наиболее значимой Родительской фигурой для ребенка, ее состояние в момент передачи первых сценарных предписаний представляет исключительный практический и теоретический интерес.

В исследование было включено 48 женщин (все находившиеся в роддоме № 1 г. Рязани на момент его проведения) в возрасте от 17 до 40 лет, которые заполнили опросник «OK-Томас» [1] для построения OK-Коррала испытуемых и опросник личност-

ного стиля J.Hay (1996) для выявления их эограммы. Экспериментально-психологические данные были дополнены клинико-анамнестическими сведениями.

В таблице 1 представлена общая клиническо-анамнестическая характеристика исследованной группы рожениц.

В целом, каждая роженица, оказавшаяся в исследованной группе, имела ту или иную степень нарушения состояния здоровья или патологии беременности и родов, что полностью соответствует результатам аналогичных клинических исследований (Е.А.Чернуха, 1991; М.М.Шехтман, Т.П.Бархатова, 1982; F.Arias, 1984). Однако нас интересовал не данный общеизвестный факт, а наличие и характер взаимосвязи выявленных отклонений от особенностей копингового стиля (интенсивности использования функциональных эго-состояний и жизненных пози-

Таблица 1. Клиническо-анамнестическая характеристика рожениц

Степень патологии	нет %	легкая %	средняя %	тяжелая %
Общее состояние				
Наследственность	95,8	2,1	2,1	0
Раннее развитие	97,9	0	2,1	0
Соматическая патология	27,1	52,1	18,7	2,1
Патология беременности				
Патология прошлых беременностей	42,9	38,1	9,5	9,5
Патология настоящей беременности	14,6	81,2	2,1	2,1
Соматическая патология, ассоциированная с беременностью	18,7	77,1	0	4,2
Патология родов				
патология прошлых родов	42,9	38,1	9,5	9,5
патология настоящих родов	14,9	80,9	2,1	2,1
Послеродовая патология	87,5	10,4	2,1	0
Патология лактации	71,0	29,0	0	0

ций) рожениц.

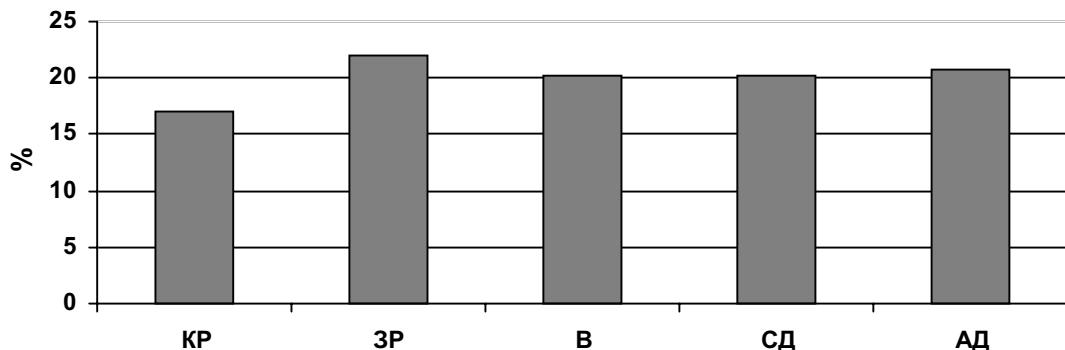
Общий рисунок личностного стиля рожениц представлен в усредненной эограмме на рисунке 1.

Как видно на рисунке эго-состояние Контролирующего Родителя (КР) было минимальным ($P<0,001$). Заботящийся Родитель (ЗР) превалировал над другими на значимом уровне ($P<0,03$), за исключением эго-состояния Адаптированного Дитя (АД). Выраженность эго-состояний Взрослого (В), Свободного Дитя (СД) и АД не различались между собой. В целом, полученная эограмма выглядит

довольно стандартным образом и не свидетельствует о беременности и родах как о серьезном психическом расстройстве.

Более детальный анализ взаимосвязи выраженности отдельных эго-состояний с акушерской патологией оказался не столь обнадеживающим. Так, например, наиболее доминирующее эго-состояние ЗР позитивно коррелировало на значимом уровне с акушерской патологией во время прошлых беременностей ($r=0,253$; $P<0,05$), соматической патологией, ассоциированной с беременностью ($r=0,327$; $P<0,02$) и патологией родов ($r=0,259$; $P<0,04$). Та-

Рисунок 1. Эгограмма рожениц



кой характер взаимоотношений позволяет говорить о преобладании негативного компонента в эго-состоянии ЗР, который результируется в позиции Спасителя (S.Karpman, 1968) и, следовательно, попытках разрешить проблемы собственного депрессивного радикала за счет самопожертвования.

Эго-состояние КР также оказалось позитивно связанным с акушерской патологией во время прошлых беременностей ($r=0,297$; $P<0,03$), патологией прошлых родов ($r=0,310$; $P<0,02$) и нарушениями лактации ($r=0,377$; $P<0,004$). Вновь мы вынуждены констатировать высокую степень обесценивающего поведения, выражавшегося в роли Преследователя и аутоагрессивных реакциях. Единственное исключение составила отрицательная корреляция выраженности КР с патологией настоящих родов ($r= -0,400$; $P<0,003$).

Таким образом, увеличение активности ЗР и КР у обследованной нами группы рожениц представляется целесообразным расценивать как проявление одной из четырех форм пассивного поведения – беспомощности и насилия, что позволяет использовать в системе психопрофилактики родов классические рекомендации A.W.Schiff & J.L.Schiff (1971).

Эго-состояние АД было положительно связано с патологией раннего развития матерей ($r= 0,248$; $P<0,05$), что продолжает тему пассивности Родительских эго-состояний. Но нарастание АД сопровождается статистически значимым снижением уровня патологии предшествующих родов ($r= -0,300$; $P<0,03$) и нарушений лактации ($r= -0,263$; $P<0,04$). Анализ причинных связей данных корреляций показал, что это снижение происходит за счет увеличения патологии плода во время беременности ($r= 0,417$; $P<0,003$), снижения роста и веса новорожденного ($r= -0,320$; $P<0,02$ и $r= -0,250$; $P<0,05$, соответственно) и нарастания нарушений питания новорожденного ($r= 0,279$; $P<0,03$). Таким образом, здесь мы имеем дело с передачей патологии следующему поколению. Это является, пожалуй, самым

ранним случаем эпискрипта F.English (1969), известного как процесс передачи «горячей картошки». Безусловно, этот момент должен быть одним из главных фокусов коррекционной работы в психо-профилактических занятиях с беременными.

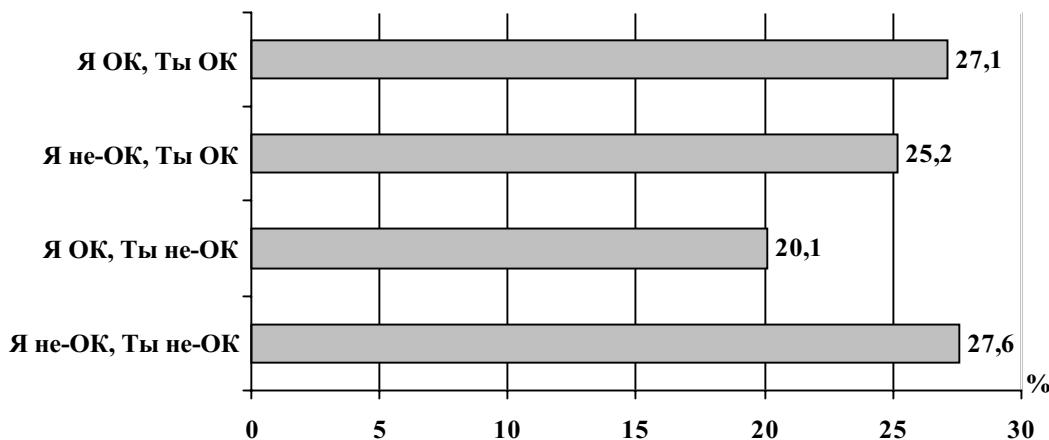
Дополнительным подтверждением негативной нагруженности эго-состояния АД у рожениц явилась его положительная взаимосвязь со временем между поступлением женщины в роддом до момента самих родов ($r= 0,300$; $P<0,03$), что можно интерпретировать как приглашение в патологический симбиоз или как крючок в психологических играх.

Конструктивное отношение к своему поведению, проявляющееся в функционировании эго-состояния В, позитивно коррелировало с уменьшением времени между поступлением женщины в роддом и моментом самих родов ($r= 0,310$; $P<0,02$). Кроме того выраженность В эго-состояния отрицательно соотносилась с акушерской патологией во время прошлых беременностей ($r= -0,410$; $P<0,003$) и патологией прошлых родов ($r= 0,365$; $P<0,006$). В целом, полученные результаты соответствуют теоретической позиции ТА о проблемно разрешающей функции В эго-состояния, увеличение которого могло бы стать целью терапевтической работы с беременными.

Похожие психотерапевтические рекомендации можно отнести и к эго-состоянию СД, увеличение активности которого положительно коррелировало с уменьшением патологии настоящих родов ($r= 0,270$; $P<0,04$) и отражалось в существенном сокращении акушерской патологии во время прошлых беременностей ($r= 0,230$; $P<0,06$).

Если поведенческие паттерны адаптации описываются через функциональные эго-состояния, то глубинные механизмы копингового стиля логичнее соотносить с базисными жизненными позициями. Усредненная диаграмма, отражающая ОК-коррал исследованной группы женщин, представлена на рисунке 2.

Рисунок 2. Диаграмма ОК-коррала рождениц.



Как видно на диаграмме, третья жизненная позиция “Я ОК, Ты не-ОК” выражена в меньшей степени ($P<0,01$, $0,04$), тогда как остальные – приблизительно равны. Обращает на себя внимание существенная величина второй “Я не-ОК, Ты ОК” и особенно четвертой “Я не-ОК, Ты не-ОК” жизненных позиций, свидетельствующих о значительной базальной патологии личности.

Корреляционный анализ связей между жизненными позициями и активностью функциональных эго-состояний (А.П.Ховрачев, О.В.Ховрачева, 2001) подтвердил вывод о включении Родительских эго-состояний в соответствующие позиции треугольника Кагтман, который был получен при изучении взаимосвязи поведенческих паттернов с соматической и акушерской патологией матерей. Так, эго-состояние ЗР обнаружило статистически значимую позитивную зависимость как с жизненной позицией “Я не-ОК, Ты ОК” ($r=0,547$; $P<0,001$), отражающей депрессивность сценарного решения самой родильницы, так и с позицией “Я не-ОК, Ты не-ОК” ($r=0,260$; $P<0,04$), являющейся источником хамартических сценариев. Данное эго-состояние находилось в обратной взаимосвязи с жизненной позицией “Я ОК, Ты не-ОК” ($r= -0,410$; $P<0,003$), что свидетельствует о предпочтении переключения к конкурирующему симбиозу Детского типа и роли “Жертвы” для подтверждения правильности сценарных решений.

Выраженность эго-состояния КР позитивно коррелировало на статистически значимом уровне с жизненной позицией “Я ОК, Ты не-ОК” ($r=0,458$; $P<0,001$) и негативно – с позицией “Я не-ОК, Ты ОК” ($r= -0,490$; $P<0,001$), отражая наличие у ряда родильниц защитного механизма паранойяльного типа и готовности занять место “Преследователя”. В этой связи, получает свое объяснение обнаруженная негативная взаимосвязь данного поведенческого стиля с патологией текущих родов. Это тот же

самый четвертый тип пассивного поведения, но с внешне направленной канализацией агрессии.

Верность сделанного заключения была подтверждена в ходе изучения корреляционных связей между жизненными позициями и материнской патологией. Как и следовало ожидать, паранойяльная экзистенциальная позиция “Я ОК, Ты не-ОК” имела значимые отрицательные коэффициенты с выраженной патологией настоящих родов ($r= -0,350$; $P<0,01$) и соматической патологией, ассоциированной с беременностью ($r= -0,301$; $P<0,03$).

Жизненная позиция “Я не-ОК, Ты ОК” отражала аутодеструктивный депрессивный копинговый стиль и позитивно коррелировала с акушерской патологией во время прошлых родов ($r=0,326$; $P<0,02$).

Наиболее нарушенная базовая стратегия адаптации, вытекающая из жизненной позиции “Я не-ОК, Ты не-ОК”, обнаружила негативные черты как паранойяльной, так и депрессивной позиций. Депрессивный радикал проявился в позитивной корреляционной зависимости выраженности данной экзистенциальной позиции и соматической патологии, ассоциированной с беременностью ($r=0,404$; $P<0,003$). Паранойяльная тенденция обеспечивала отрицательную взаимосвязь с патологией во время прошлых родов ($r= -0,503$; $P<0,001$), с акушерской патологией во время прошлых беременностей ($r= -0,380$; $P<0,004$) и патологией послеродового периода у матери ($r= -0,257$; $P<0,04$).

Избегающая экзистенциальная позиция также, как и эго-состояние АД, была положительно связана с увеличением времени между поступлением женщины в роддом до момента самих родов ($r=0,252$; $P<0,04$), создавая, таким образом, возможность для развития патологических копинговых стратегий.

Здоровая жизненная позиция “Я ОК, Ты ОК”, наоборот, сокращала промежуток времени между поступлением женщины в роддом и моментом ро-

дов ($r=-0,296$; $P<0,03$). Ее усиление уменьшало выраженность акушерской патологией во время прошлых беременностей ($r=-0,300$; $P<0,03$). Однако отсутствие значимых корреляций данной позиции с активностью эго-состояний ЗР и КР, а, особенно, В и СД, при наличии такой взаимосвязи с эго-состоянием АД ($r=0,294$; $P<0,03$), говорит о заблокированности конструктивных способов реализации здоровых адаптационных возможностей в данной группе лиц.

Таким образом, проведенный анализ характера взаимосвязи материнской патологии с поведенческими и глубинными уровнями копинговых стратегий показал наличие довольно тяжелой психологической ситуации в современной акушерской практике. Следует иметь в виду, что остроту положения увеличивает тот факт, что выявленные паттерны адаптации матерей с неизбежностью отражаются на ранних сценарных предписаниях новорожденных. Наше исследование показало, что при рассмотрении суммарного воздействия всех форм передачи сценарного послания “Не живи” (M.Goulding, R.Goulding, 1979) в исследованной группе не осталось ни одного ребенка, который не получил бы его тем или иным способом и по большей части неоднократно. Поэтому крайне актуальной задачей является предоставление беременным профессиональной психотерапевтической помощи или самой по себе, или в рамках системы психопрофилактической подготовки к родам.

Литература:

1. Большаков В.Ю. *Психотренинг. Социодинамика, игры, упражнения*. СПб., Служба доверия, 1994. – 314 с.
2. Чернуха Е.А. *Родовой блок*. М.: Медицина, 1991. – 288 с.
3. Шехтман М.М., Бархатова Т.П. *Заболевания внутренних органов и беременность*. М.: Медицина, 1982. – 272 с.
4. А.П.Ховрачев, О.В.Ховрачева Эго-состояния и жизненные позиции родильниц // *Личность в современных исследованиях*. Вып.4. – Рязань-Москва-Ярославль, 2001. – С. 110-112.
5. Arias F. *High-risk pregnancy and delivery*. St.Louis, Toronto, Princeton: The C.V.Mosby Company, 1984.
6. English F. *Episcript and the ‘hot potato’ game* // TAB, V.8, N 32, 1969. – P. 77-82.
7. Goulding M., Goulding R. *Changing Lives through Redecision Therapy* - Grove Press, New York, 1979. – 297 p.
8. Hay J. *Transactional Analysis for Trainers*. Watford, UK, Minneapolis, USA, Sherwood Publishing, 1996. – 256 p.
9. Karpman S. *Fairy tales and script drama analysis* // TAB, V.7, N 18, 1968. – P. 39-43.
10. Schiff A.W., Schiff J.L. *Passivity* // TAJ, V.1, N.1, 1971. – P. 71-78.
11. Steiner C. *Scripts people live: transactional analysis of life scripts*. New York: Grove Press, 1974.

ТРАНСДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ХОЛОДИНАМИЧЕСКИЙ ПОДХОД К СТРУКТУРЕ ЛИЧНОСТИ

к.психол.н., доцент Л.П.Хохлова

г. Москва

Концепция личности не может быть рассмотрена вне современных достижений таких наук как математика, физика, биология, нейрофизиология и других наук. Модель личности, основанная на причинно-следственных связях, не отвечает современным взглядам на мир и человека в нем. Классическая стратегия естественнонаучного мышления породила многие известные направления в психотерапии. Вместе с тем, развитие науки выявило необходимость и важность неклассической стратегии естественного мышления. В основе такой стратегии лежит представление о случайности как о фундаментальном свойстве природы. Главный смысл неклассической научной ментальности состоит в рассмотрении отражения мира не в виде аддитивного множества объектов, явлений и типов культур, а в виде сложной системы взаимодействия части и целого. С этой точки зрения, мир полон внутренней гармонии, включающей внешне разрозненные и неоднозначные проявления.

В настоящее время активно формируются “внеграничные идеи”, глобально представленные в различных науках, которые можно назвать трансдисциплинарными.

С точки зрения единого целого, большинство теорий консультирования и психотерапии могут быть рассмотрены как отдельные части знания. Психотерапевт, интуитивно отражая проблемы пациента, стремится уйти от расширенного состояния “объять необъятное” и ищет некую форму отражения, чтобы переработать и использовать поступающую информацию. Такой формой является моделирование, которое и находит свое выражение в различных теориях консультирования и психотерапии; таким образом, каждый психотерапевт сталкивается с двумя формами моделирования - логической (в той или иной степени принятой теорией) и интуитивной.

Целостность, как состояние в работе психотерапевта, может возникнуть из видения общей структуры, некоего единого скрытого порядка, который

состоит в существовании общих направляющих, структурообразующих осей, которыми и являются трансдисциплинарные идеи, среди которых особо можно выделить идею единства объекта и его окружения. Все есть части единого целого. Трансдисциплинарный подход дает возможность жить в линейном времени, но с возможностью ощущать вневременную вечную реальность, частью которой мы являемся. Это и есть мышление, сочетающее в себе навыки интуитива и ум классификатора. Существуют две тенденции в психологическом восприятии действительности: правополушарная – интегрирующая, синтетическая и левополушарная – дифференцирующая, аналитическая. Наиболее преуспевающие люди используют одновременно оба процесса, причем правое полушарие обеспечивает широкое видение проблемы и энтузиазм, а левое полушарие – знание структуры проблемы и планирование. Это важно для приведения обоих полушарий в равновесие. Такое равновесие открывает шишковидную железу и позволяет энергии жизненной силы наполнить человеческую сущность.

Холодинамика как наука является наиболее ярким представителем транс-дисциплинарного подхода, она совмещает в себе многие научные положения и концепции и, прежде всего, она объединяет современные достижения в области квантовой физики с достижениями нейрофизиологии, биологии и психологии¹.

На основе трансдисциплинарных холодинамических идей в России развивается теория и практика холодинамического консультирования и психотерапии в рамках мультимодального подхода. <http://www.overall.ru> При построении рабочего варианта концепции личности мы базируемся на следующих идеях:

1. Д.Бома и К.Прибрама о модели преобразования, согласно которой информация во Вселенной организована не посредством параметров пространства и времени, а как частотно-амплитудная структура. С этой структурой человеческое сознание производит “преобразования Фурье”, чтобы упорядочить информацию и представить ее в привычной форме; идеи о скрытом порядке

2. Идеи Р.Шелдрейка о морфогенетических полях

3. Теорию диссипативных структур (синергетика) И.Пригожина

4. Теория хаоса Лоренца

5. Идеи К.Юнга о коллективном бессознатель-

ном, представленном как совокупность архетипов. Между отдельным человеком и другими людьми все время протекают процессы психического проникновения. Архетипы как психические первообразы, как системы установок, являющиеся одновременно и образами и эмоциями. Принцип синхронистичности.

6. Принцип голографии - информация обо всем содержится одновременно везде и в полном объеме и в каждом из нас.

7. Идеи Э.Берна о структуре человеческой психики, состоящей из трех основных состояний “Я” - “Ребенок”, “Родитель”, “Взрослый”. Идеи о жизненных сценариях

8. Трансперсональные идеи А.Маслоу и С.Грофа.

9. Идеи о множественных персональностях (multiple personality disorder) MPD, альтер - Эго, в основе которого лежит феномен диссоциации или расщепления личности. Разница между субличностью и персональностью заключается в том, что в первом случае контролирующее “Я” знает о существовании субличности и может влиять на нее, а во втором случае “Я” может и знать, но не может оказывать влияния на персональность.

В структуру личности мы включаем творческую индивидуальность, уникальность рассматриваемую как сущность непроявленного измерения. В результате нашей многолетней консультативной и психотерапевтической практики и обширных научно-психологических исследований групп детей разного возраста и взрослых выявлено, что у людей, имеющих серьезные проблемы - творческая индивидуальность разбита на фрагменты, которые, образно говоря, окружают блок ‘Взрослого’ как ‘облако’ (рабочее название “Тоталитарный Родитель”) и не дают возможности адекватного контакта с состояниями “Родителя” и “Ребенка”.

Можно предположить, что состав этого ”облака“ как резервуара резонансной энергии (по определению Хосе Аргуэльеса) – и есть множественные персональности (MPD), которые, в свою очередь, могут быть как фрагментированными, так и представлять из себя “зацементированные вихри“. Сущностный психологический признак и свойство множественных персональностей – это агрессия, проявляемая либо имплицитно в социальной среде через “виктим – комплекс”, либо через более открытые формы агрессии.

Проведенные нами научно-психологические ис-

¹ Историческая справка: Холодинамика Вернона Вульфа, американского психотерапевта - <http://www.holodynamics.com>
Woolf, V.Vernon Holodynamics. How to Manage Your Personal Power, Harbinger House, 1990. Реализуя идеи своих предшественников (David Bom, D.Chalmers, H.Frohleck ,D.Gabor, S.Hammeroff, Penrose, J.Piaget, K.G.Jung, K.Pribram, F.David Peat, R.Sheldreik), В.Вульф в конце 1980-х годов ввел понятие “холодайн” (‘холо‘ –целый, ‘весь‘ от английского слова ‘whole‘ и ‘дайн‘ от англ.‘paradigm‘, т.е. паттерн мышления). Холодинамика – это наука о закономерностях возникновения, развития, и функционирования информационных структур – холодайнов, взаимодействующих на всех уровнях Скрытого Порядка и создающих физическую материю, жизнь, и человеческий опыт внутри единого динамического целого.

следования (1989-1993 г. г.) конфликтных и неконфликтных детей показали, что в случае более открытой формы выражения агрессии, мы имели дело с детьми, у которых было слабо выражено состояние “родителя” “Ро”. В результате исследования было выяснено, что дети, вошедшие в две разных выборки, определенные методом наблюдения и методом экспертных оценок – конфликтные и неконфликтные, имели статистически значимые различия в проявлении конфликтности. Исследование проводилось с помощью известных психологических тестов. Но изучение и той и другой выборки детей с помощью теста КАМВОХ (измеряющего глубинные, структурно-личностные характеристики, Л.П.Хохлова, 1990 г.) выявило следующий факт: экспериментальная выборка, так называемых, неконфликтных детей, имела такой же уровень агрессии, что и конфликтных, но разница состояла в том, что у неконфликтных детей эта агрессия была скрытой, имплицитной и хорошо опекаемая блоком “Ро”. В связи с чем, эти дети, не имея прямой возможности выражать агрессию открыто (“Красные шапочки”), бессознательно манипулировали теми детьми (“Волками”), у которых родительский блок был выражен слабо. В итоге карательные санкции учителей (“Охотники”) обрушивались на тех, кто проявил агрессию. Все участники сделки получали многоуровневые выигрыши.

В качестве основания для выявления структуры личности в teste КАМВОХ, был взят феномен “приятия индивидуальности”. В недифференцированной психике индивидуальность субъективно отождествлена с персоной. Как известно, индивидуальность – это качества или характеристики, отличающие одну личность от другой – любое психологическое своеобразие и особенность индивида. Индивидуальность своя собственная или индивидуальность другого человека может быть безусловно принятой; может иметь амбивалентное к ней отношение; увиденной, но не принятой безусловно; и, наконец, человек может вообще не воспринимать и не различать индивидуальность. На наш взгляд, MPD представляет собой расчлененный творческий потенциал, расчлененный не только в пространстве, но и во времени. Это все то, что могло бы составить платформу для самоактуализации личности.

MPD представляют собой ‘*n*’-мерные закрученные пространственно-временные континуумы (скрытые порядки), фракталы, каждое относительно другого находится в состоянии абсурда. MPD тормозит личностный рост и закрывает человека от новой информации, зацикливает человека в его проявлениях и, главное, лишает человека ощущения целостности, разрушает его чувства, лишает его чувствительности к синхронистичности и порождает страх к ней.

Для отслеживания жизненного опыта и пополнения ресурсов “Взрослого” необходимо, чтобы сце-

нарная игра была конечной. Часто этого не происходит и человек, его генеалогическое древо, человечество, в целом, продолжают играть в бесконечно длиющиеся игры, например - игра Добра и Зла, игра в дисбаланс внешнего социального и личностно-внутреннего, мужского и женского, игра в ссору правового, интуитивного и левого, логического полушария.

По существующим наблюдениям, MPD образуются в результате сильных физических, сексуальных и психологических травм в детском возрасте. Наиболее глубокое выражение виктим-комплекса имело место быть в России, выразившееся в застравании коллективного бессознательного на стадии жертвоприношения (проведенное в жесткой форме крещение населения Руси в 988 г., находящегося на этапе инфантильного Эго). Это событие архетипически проигрывается каждым человеком в дошкольном возрасте в виде попадания в опасную для жизни ситуацию.

Методы индивидуальной и групповой холдинговой психотерапии, разработанные в России, дают возможность работать с разрушительными силами в человеке, в группах и в обществе, через выявление MPD в работе с пациентами, трансформации MPD с активной помощью пациента и осуществлении дефрагментации субъективно-личностного пространства. В результате чего личность приходит к состоянию гармонии, проявляющейся в раскрытии способностей и обретении признания своей индивидуальности и уникальности; личность научается креативному, самостоятельному движению в различных динамиках.

Метод управляемого психологического резонанса (апрель 1989 г.) базируется на феномене “резонансной активности”. Нами предложены следующие виды резонансной активности, которые осуществляются с помощью символов бессознательного:

1. Резонанс, который, моделируют сами участники психотерапевтического процесса. Именно благодаря этому процессу происходит восстановление чувствительности к восприятию непричинных акаузальных, синхронистических связей. Для понимания причинно-следственных связей необходимо обладать способностью наблюдать за внешним миром и способностью рассуждать (рациональное мышление). Для определения синхронистической связи необходима способность наблюдать за внутренними субъективными состояниями, мыслями, чувствами, предчувствиями, а также интуитивно связывать их с определенными внешними событиями (интуитивное мышление). В тренинговых группах человека можно научить видеть, понимать, эмоционально переживать и моделировать ситуации синхронии.

Способность к синхронистичности у многих людей заблокирована имплицитной агрессией. В процессе тренинга “Психологический резонанс“ участ-

тники вступают в резонанс с проблемами, которые формулируют сами. Для отработки имплицитной агрессии участники вступают в резонанс с тем, что вызывает у них отрицательные эмоциональные или рациональные реакции.

2. И такой вид резонансной активности, как резонансы между всеми пациентами, находящимися как в непосредственный момент вместе (микрогруппа) или же между пациентами, не знающими друг друга, но проходящими психологический анализ у одного и того же психотерапевта.

Указанные выше виды резонансной активности используются в групповой работе в тренингах “Психологический резонанс”, “Целостность”, “Прыжок в неизвестность”, “Генеалогическое древо”.

Метод сценарного холодинамического анализа представляет собой работу со скрытыми порядками интуитивного ума. Все холодайны, из всех измерений, стремятся к одному и тому же связующему порядку развития. Стабильность появляется при отслеживании хаотических систем. Социальные институты развиваются, преимущественно, линейное мышление, а нелинейное мышление либо не признается, либо ему дают такой коридор, который по объему соответствует линейному мышлению. Соответственно, хаос растет, управы на него внутри личности нет, как и признания его ценности. Отсутствие управленческих структур хаосом или бессознательным внутри личности – главная проблема современного общества, исчерпавшего линейные пределы мышления, которое развивалось несколько десятков тысяч лет. Необходимо обучение и опыт такого управления. Хаос состоит из скрытых порядков, раскрытие которых приводит к обретению собственной силой, раскрытию одаренности, укроенный хаос – это мандала. Сценарные рассказы, составленные из холодайнов, позволяют выявить в каждом конкретном случае скрытые порядки проблемы, абсурдные, гетерогенные области индивидуального и архетипического уровня бессознательного понять и объективировать. Более того, освобождаясь от многоступенчатых сделок, и, распознавая выигрыши холодайнов, человек подходит к состоянию искренности, необходимого условия сихронистичности.

В отличии от сценарного анализа Э.Берна, анализ (и самоанализ) игр холодайнов, приводит к более глубоким слоям осознания проживаемого опыта. Каждый раз – это подход к соединению двух порядков, акаузального, не имеющего времени и синхронистическими событиями, вступающими в линейное время, с другой стороны.

На этой основе разработаны следующие конкретные методики индивидуальной работы:

Сценарный холодинамический анализ и его разновидности (генеалогическое древо, негативный комплекс матери, сценарный архетипический анализ, принципы родителей и прародителей, трикстер,

битва и др.). Всякий раз, создавая необходимую для исследования проблемы матрицу холодайнов, мы получаем доступ к необходимым участкам бессознательного.

“Пылесос”, “Антипылесос”, “Гиперпылесос” – методики, позволяющие методом проекции холодайнов выявить в генеалогическом древе “корни” проблемы.

Психогеографическая карта детства и голограммическая развертка холодаина.

Данная методика позволяет пациенту мысленно воспроизвести психогеографическое пространство своего детства и отправить туда холодайн проблемы, который раскладывается по семи направлениям субъективного пространства личности, являющегося промежуточной зоной между логосом и хаосом.

Работа с абсурдными предложениями предполагает вычленение гомогенных и гетерогенных участков психики, выявление и осмысление связи между ними.

Проживание планов жизни прошлого и будущего. Данная методика предполагает выявление существенно значимого переживания, запрятанного в личностно-временных и пространственных путях.

Методика работы с бессознательной потребностью в самонаказании (разрушительные тенденции в генеалогическом древе) дает опыт позитивного осмысления субъективно-негативных ситуаций линии жизни.

Методика работы с архетипом Духа Рода (восстановление утраченных связей и каналов силы в родовом древе и идентификация с силой архетипического первопредка) нацелена на пространственное и временное фазирование событий генеалогического древа и реконструкцию родительской поддержки.

Холодинамический перекресток - данная методика предполагает рисование схемы сценарного описания группы холодайнов и совмещения сценарного описания проблемы и сценарного описания цели и результата, позволяет успешно выявлять холодайны, которые могут не быть проявлены при устной работе.

Холодинамический сценарный анализ сновидений, в котором сновидения рассматриваются как мост между осознаваемыми и непроявленными скрытыми порядками, восходящими к нераскрытоей индивидуальности человека.

Метод микрогруппы

“Двенадцать шагов к Мандале“ представляет собой по форме сочетание индивидуальной работы с групповой, обучающей и самостоятельной. Каждый участник в письменной форме осуществляет работу над своей проблемой, которую может и не озвучивать. Микрогруппа предусматривает групповые резонансы, которые помогают выявить базовый комплекс, т.е. составить голограммический портрет глу-

бинной проблемы, которая всегда является общей для всех участников. Методика дает возможность полностью проявить и отыграть все игры множественных персональностей (MPD), имеющих отношение к рассматриваемой глубокой констелляции. Методика реконструирует резерв душевных сил.

Метод MPD

Холдинамическая психотерапия и консультирование предполагает обращение к древу холдайнов, которое может быть рассмотрено как субъективно-личностное пространство человека. Холдайны являются самоорганизующими информационными системами и обладают свойством быть потенциалом причинно-следственных связей в психологических сценариях и играх человека. Холдайны – это каналы информации, передающие и получающие энергию из непроявленных измерений. Это система энергоинформационного обмена постоянно формирует то, как мы воспринимаем и осмысливаем реальность. Если система чувствительна к изменениям и активна, то психика человека здорова и способна к решению возникающих проблем; если система замкнута, она не может развиваться, в этом случае мы имеем дело с психопатологиями разного плана. Метод обнаружения холдайна, предложенный В.Вульфом предполагает следующие этапы: пациент сосредотачивается на проблеме, затем описывает те, чувства, которые он испытывает при наличии этой проблемы и, далее, формирует образ на основе пяти органов чувств. Сконструированный пациентом холдайн из незрелого состояния переводится в зрелое путем диалога с ним с использо-

ванием фокуса на поле безусловной любви.

В случае с множественной персональностью, обращение к чувствам пациента не приводит к контакту и, соответственно, к диалогу с MPD, укрытому “отсутствием чувств”. Поиск MPD происходит через описание действия, а затем уже осуществляется переход к символу и сценарно-биографическому анализу сущности множественной персональности. В результате групповой психотерапевтической работы нами было выявлено несколько уровней представленности MPD. Например, это такие MPD, которые отвечают за разъединение целостной структуры, но в процессе работы с ними мы получаем, так называемые, артикуляторные, соединительные, буферные холдайны, драйверы. Другой уровень – непосредственно те или иные MPD – как осколки индивидуальности. Если в первом случае, при обнаружении MPD используются обратные связи прямых символических резонансов, то во втором случае – это обратная связь с людьми, олицетворяющими характеристики архетипа “Тени”.

Чем больше человек переработает и осознает психологических игр из археотипических глубинных слоев бессознательного и, наоборот, коллективное бессознательное обретет все больше свойств индивидуальности, тем более уверенней мы можем говорить об Интегрированном Взрослом, включающем в себя археотипические (личная привлекательность и чувствительность), неопсихические (способность к объективной оценке данных) и экстрапсихических (личная ответственность) элементов.

ЕЩЁ ДВЕ ИГРЫ

И.А.Чеглова

г. Москва

«Восприимчивый человек действительно живет, потому что знает, как он себя чувствует, где он находится и когда это происходит. Он знает, что после его смерти деревья по-прежнему будут здесь, но он их не увидит, потому, что его не будет, и он хочет их видеть сейчас – так остро, как только может»

Э.Берн

Мы выбираем. Мы сознательно или бессознательно взвешиваем каждый наш шаг. Жизнеутверждающий талант Эрика Берна подарил нам возможность быть более свободными в своем выборе и чаще осознавать его. Концепция игр позволяет узнати, на что и как мы расходуем время своей жизни и, если нам это не понравится, придумать для себя что-либо более привлекательное.

Перед вами еще две игры, которые требуют известного навыка и массы времени. Кажется, у взрослого человека времени не так много, но если он не

имеет представления о Взрослом качестве жизни, либо какая-нибудь роль для него приоритетна, тогда он, скорее всего, выберет себе игру и посвятит ей себя всесело.

1. **“Не расти, дитя мое”** (слова взяты из песни В.А.Долиной.) (таб. 1).

Игра, в которую человек с фиксированной установкой Я не OK – Ты OK может долгие годы играть сам с собой. Это игра первого класса, третьей степени (так как приводит к значительным потерям времени, формированию и закреплению невротичес-

Таблица 1.

Не расти, дитя мое

Слабость	Ловушка	Ответ		Удар	Расплата	Вознаграждение
2 тенденции: 1) социализация (Я-ОК - Ты- ОК) 2) консервация (Я-не ОК – Ты ОК)	Ситуации, в которых возможно реализовать указанные потребности	Резкое ухудшение самочувствия, невозможность сосредоточиться на содержательном аспекте общения		Активный поиск и акцентирование возможных негативных реакций собеседников	Боль и разочарование	Ощущение успокоения, удовлетворения от того, что ситуация остается знакомой и вроде бы подконтрольной. Чувство ухода от реальности, бегства от ответственности.
<i>Потребности:</i>	<i>Ситуации:</i>	<i>Варианты реакции:</i>		<i>Результат общения:</i>	<i>Убеждения:</i>	<i>Убеждения:</i>
1) круг друзей	1) развлечения (вечеринки)	1) уклонение от общения	2) неадекватное поведение	1) истинный (чаще) или мнимый отказ в общении	1) я не стою дружбы	1) зато у меня много других достоинств
2) работа	2) процедуры (собеседование)			2) отказ в работе	2) я некомпетентен	2) зато спокойнее
3) потенциальные учителя	3) процедуры, операции, ритуалы, развлечения			3) истинный или мнимый (чаще) отказ в общении	3) я так ничему и не научусь	3) зато я больше не опозорюсь

ких реакций, соматизации внутреннего конфликта и, соответственно, представляет собой угрозу для здоровья и жизни).

Слабостью является наличие двух неразведенных по времени тенденций - к развитию личности и к сохранению текущего положения, что соответствует внутриличностному конфликту типа аппетенция - аверсия.

Тенденция к развитию проявляется как потребность в социализации, предполагающая решение трех задач:

1. Построение круга друзей, единомышленников, отношения с которыми желательны и комфортны.

2. Самостоятельный (без протекции) поиск работы, которая позволяла бы максимально реализовать способности и склонности, не прибегая к совместительству.

3. Контакты с интересными людьми, у которых есть чему поучиться. Эти люди занимают определяющее положение в сфере своих интересов и добились этого положения благодаря успешной реализации своих способностей.

Ловушка

Ситуация, в которой можно реализовать три указанные потребности:

1. Развлечения.

2. Приглашение на собеседование по итогам конкурса резюме.

3. Встреча с человеком, обладающим искомыми качествами в неофициальной обстановке (например, вне формальной части какого-либо официального мероприятия).

Ответ

Мощные отрицательные эмоции: тревога, страх, отчаяние, паника.

Негативные ощущения: сердцебиение, тошнота, головокружение, сенестопатии, мышечная скованность, головная боль.

Происхождение подобной симптоматики, скорее всего, связано с попытками Ребенка доказать, что он болен, реализуя таким образом Родительскую установку о никчемности и неудачливости собственной личности в сравнении с другими и, соответственно, воспрепятствовать Взрослому в его попытках сосредоточиться на подготовке содержательной стороны взаимодействия, продумывании желательной тактики и результатов общения ("Деревянная Нога", разыгранная с самим собой). Таков, по Берну, Болван (в других переводах – Лопух), т.е. человек, "слишком чувствительный к Родительскому влиянию. В критические моменты это мешает его Взрослому процессу обработки данных и его Детской непосредственности, что приводит к неуместному и неуклюжему поведению" [1].

Соответственно, поведение реализуется в двух основных вариантах:

1. Игнорирование благоприятных внешних ус-

ловий и бегство из ситуации, подходящей для реализации соответствующей потребности.

2. Неадекватное поведение в самой ситуации.

Удар

Активное коллекционирование реальных или мнимых признаков неприятия со стороны собеседника (или группы), либо закономерный отказ по результатам собеседования.

Расплата

Навязчивые мысли, связанные с запоздалым анализом происшедшего, приводят к возрастанию чувства вины и обострению соматической симптоматики, что препятствует адекватному восприятию актуальной действительности, построению и выполнению реальных планов и срыву контрактов даже на бытовом уровне.

Вознаграждение

Ощущение надежности и успокоения при сохранении исходного положения вещей, структурирование времени и самоутверждение в роли Болвана.

Антитезис

Своевременный Взрослый анализ данных тенденций, разведение их по времени и интеграция.

2. Субретка и герцогиня (таб. 2)

Название - из поговорки о том, что мужчине, желающему иметь успех у дам, следует с субреткой обращаться, как с герцогиней, а с герцогиней, соответственно, как с субреткой. Игра первого класса. В зависимости от глубины и давности отношений может варьировать от первой до третьей степени. В эту игру, по-видимому, любят играть женщины со сценарием "без любви" (Участник 1) и их тщательно отбираемые партнеры - мужчины со сценарием "без чувств" (Участник 2). Хотя, возможно, Участник 2 – роль совместная, предполагающая игру женщины против самой себя в качестве союзника мужчины, поскольку в результате женщина не только расплачивается, но и получает некоторое вознаграждение (см. ниже).

Слабость

Потребность женщины в близости (Я ОК – Ты ОК) и готовность любой ценой заслужить ее (Я не ОК – Ты ОК) и таким способом повысить самооценку.

Ловушка

Мужчина (Я ОК – Ты не ОК), обнадеженный благосклонными взглядами женщины, надменно демонстрирует ей свои способности и возможности (интеллектуальные, душевые, деловые, финансовые, внешнюю привлекательность) и одновременно косвенно - признаки неблагополучия: слегка хромает здоровье, не совсем все в порядке в семье, есть некоторые трудности на работе – Я не ОК – Ты ОК. При этом он оказывает даме знаки внимания, приглашая ее к общению.

Ответ

Женщина принимает вызов и идет на контакт,

Таблица 2.

Субретка и герцогиня

Слабость	Ловушка	Ответ	Удар	Расплата	Вознаграждение
Женщина	Мужчина	Женщина	Мужчина	Женщина	Мужчина/Женщина
Потребность в близости	Знаки внимания и благополучия	Активные действия, направленные на сближение	Противоречивые трансакции: грубость-нежность	Депрессия, болезни, суицидальные попытки	Самоутверждение и структурирование времени
Готовность заслужить любовь и повысить этим самооценку	Демонстрация неблагополучия	Сочувствие	Противоречивые трансакции: сила-слабость		

привлеченная одновременно достоинствами мужчины и знаками внимания (О, это именно тот, кто мне нужен. Кажется, он мною заинтересовался и я могу получить то, чего так хочу – естественный Ребенок) и, еще сильнее, признаками неблагополучия (Во мне есть потребность, я могу пригодиться - заботливый Родитель).

Удар

Мужчина грубо прерывает процедуры, операции и ритуалы, откладывает выполнение обещанного на неопределенный срок либо внезапно выдвигает какие-либо условия для этого, требующие от женщины дополнительных усилий, без объяснений меняет свои решения и т.п. Эпизоды такого поведения чередуются с эпизодами демонстративного внимания и заботы. Часто используются скрытые трансакции, в которых общественное и психологическое содержание прямо противоположны по смыслу. При этом женщина, практически не испытывая комфорта непосредственно в ситуации общения (фрустрация потребности в близости), ощущает, тем не менее, сильнейшую потребность в продолжении отношений с партнером (жажды реванша в борьбе за собственное достоинство), напряженно ожидает встреч, и ее мысли заняты исключительно вычленением из всего потока поведения партнера тех моментов, которые она могла бы расценить как поглаживания.

Расплата

Женщина оказывается как бы вытесненной из реальности, она живет прошлым, вспоминая предыдущую встречу и, смакуя редкие эпизоды внимания и заботы, которые ей удалось заслужить, и будущим; она ждет и жаждет новой встречи и одновременно боится ее. Она постоянно занята: она испытывает возбуждение, тревогу, чувство вины и, наконец, усталость и душевную боль. Она тратит силы, время и энергию своего заботливого Родителя, решая проблемы партнера, оставляя без внимания и поддержки собственное Дитя, что, согласно Э.Берну, служит причиной и признаком депрессии [2]. Ситуация может стать причиной проблем со здоровьем и даже привести к фатальным последствиям.

Вознаграждение

Для мужчины

Манипулируя незрелой и зависимой самооценкой женщины, превращая ее в ее собственных глазах то в “субретку”, то в “герцогиню”, мужчина структурирует свое время и получает доказательства своей значимости, не подвергая себя риску оказаться в ситуации незнакомой и пугающей для него близости.

Для женщины

Отдавая свою судьбу в руки другого человека, она при этом избегает ответственности за свою жизнь, самоутверждается в качестве трагической фигуры Жертвы и открывает для себя возможность структурировать свое время, играя с собой и другими людьми в “Побей меня”, “Психиатрию”, “Загнанную женщину”, “Деревянную ногу”, “Все из-за него”, “Посмотри, как я старалась” и множество других.

Антитезис

Женщине в такой ситуации необходима психотерапия, направленная на созревание Взрослого состояния, повышение самооценки и личностный рост, который приведет к осознанию игр, которым она себя посвятила, и решению о том, что делать дальше.

И вот, в ходе трансактного анализа игры начинают выявляться, и в муках нерешительности, отчаяния, суицидальных мыслей и вегетативных бурь зреют условия для отказа от игр, для выбора собственного направления и способа действия [2]. Теперь человек может осознанно сделать первый шаг от болезни к выздоровлению, из мира иллюзий в реальность и, как когда-то криком сообщил о своем появлении на свет, смехом осознания, смехом над абсурдом самообмана, возвестить себе о рождении нового, Взрослого состояния души.

Литература:

1. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Красноярск, 1994.
2. Берн Э. Групповая психотерапия. Академический проект, Москва, 2001.

ТЕОРИЯ ПАССИВНОСТИ ШИФФОВ: ОБЗОР

Е.А.Шитов, А.П.Ховрачев

г. Рязань

В этой статье мы представляем вашему вниманию обзор основных концепций одного из трех мощных направлений трансактного анализа – школы Шиффов (школы пассивности). Свое начало данное направление берет от работы Jeque Lee Schiff, когда в 1965 году она представила результаты своей работы с молодым человеком, страдающим генерализованной формой шизофrenии. Применяемый ею

метод был назван Репарентинг (переродительство-вание), а излеченный ею молодой человек принял фамилию своей новой матери (Aaron Wolf Schiff) и вместе с ней продолжал развивать теорию пассивности в отдельном реабилитационном проекте.

СИМБИОЗ

Симбиоз – нормальное условие оральной ста-

дии развития ребенка. Он переживается матерью и младенцем, как слияние и разделение их потребностей. Пример подобного симбиоза – мать, которая крепко спит в шумной комнате, но просыпается при малейшем беспокойстве своего малыша. Ребенок, в свою очередь, не дифференцирует ни себя, ни мать как отдельные личности, переживает себя и мать как единое целое (см. рис.1).

В процессе роста ребенок развивает собственные Родительское и Взрослое Эго-состояния и по-

степенно начинает ощущать себя и мать как разные личности, которые самостоятельно чувствуют, думают, воспринимают этот мир, имеют свои потребности и действуют независимо друг от друга. Это стадия сепарации-индивидуации по M.Mahler. Таким образом, функции нормального симбиоза – выживание младенца в тот период, когда он реально беспомощен и зависим от матери, и развитие собственных функций контакта с реальностью (B) и обеспечения безопасности (P).

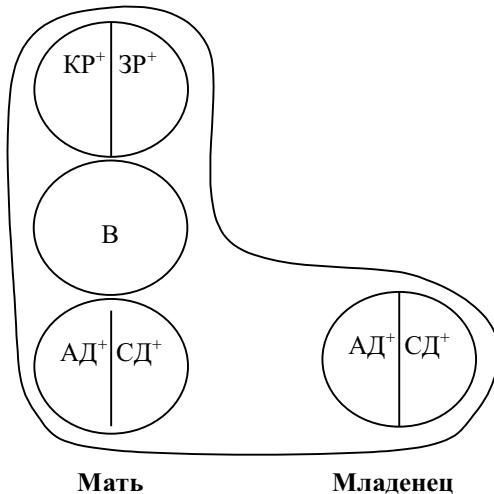


Рис. 1. Пример нормального симбиоза, где позитивные Родитель и Взрослый матери способны обеспечивать безопасность ребенка, Родительское и Взрослое Эго-состояния которого недостаточно развиты для защиты самого себя и удовлетворения своих потребностей. Детское Эго-состояние матери активно включено в процесс коммуникации с ребенком (по типу: “Bay! Классно! Здесь ребенок, с которым можно поиграть!”).

На рисунке 2 представлена диаграмма патологических отношений, возникающих в результате нарушений в эту стадию развития ребенка. Например, это происходит в ситуации пренебрежения или безответственности матери. В этом случае с ребенком взаимодействуют негативные стороны ее Эго-состояний. Негативный Критикующий Родитель вместо позитивного контроля и обеспечения границ безопасности; гиперопекающий Питающий Родитель (Спаситель), или пренебрегающий своими обязанностями Питающий Родитель. Негативные Адаптированный и Свободный Ребенок, которые видят в новом ребенке угрозу своему существованию.

На рисунке 3 изображена еще одна модель патологии – исключение матерью собственного Детского Эго-состояния, когда мать находит в собственном ребенке замену недоступному Детскому Эго-состоянию. В этом случае нарушается процесс сепарации-индивидуации и нормального развития независимой, автономной личности. То есть, так или иначе патология бывает результатом нарушенного взаимодействия матери и ребенка, когда мать “отыгрывает” собственные психические и физические проблемы.

Нарушение симбиотической стадии развития ре-

бенка приводит к тому, что патологические паттерны ребенок усваивает и применяет в своей жизни. Очень часто в индивидуальном сознании выживание личности остается связанным с неразрешенными аспектами нарушенных симбиотических отношений. Чтобы удовлетворить потребности, связанные с симбиотическими остатками, люди ищут симбиотические отношения в последующей жизни и действуют в большинстве таким образом, что и когда-то в первичных отношениях. Они забывают, что им уже не пять, не три и не один год, что они взрослые люди с другими возможностями и ресурсами, чем младенцы. Они искажают восприятие реальности в интересах собственной картины мира. Иные паттерны восприятия и мышления угрожают развалом привычного мира, в котором человек уже освоился и более или менее приспособился и получает удовлетворение собственных потребностей. Все, что противоречит сценарной картине мира личности, представляет угрозу для выживания и поэтому отсекается.

Процесс сохранения сценарной картины мира происходит путем искажения сигналов извне, которые люди используют для поддержания устоявшихся сценарных взглядов на самих себя, других лю-

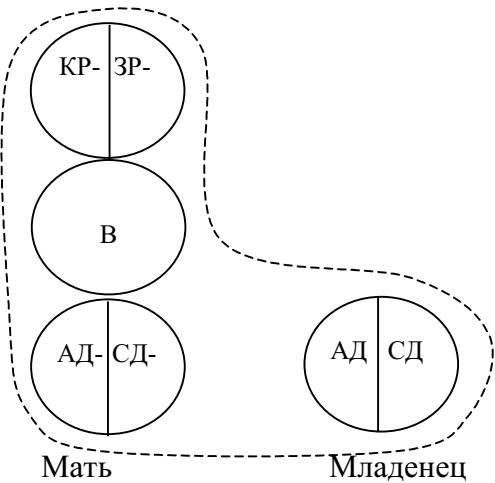


Рисунок 2.

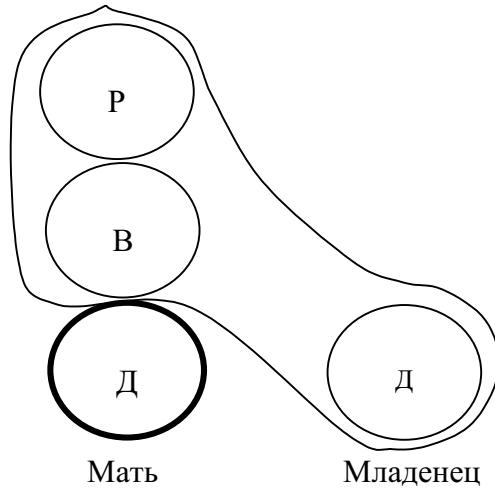


Рисунок 3.

дей и окружающий мир. Шиффы называют его переопределением (redefining). Симбиоз является как первопричиной, так и следствием переопределения. Цель и мотивация поддержания симбиотических отношений – удовлетворение потребностей и выживание.

ВНУТРЕННИЙ МЕХАНИЗМ ПЕРЕОПРЕДЕЛЕНИЯ

Имеются три компонента механизма переопределения: *дискаунт (обесценивание)*, *грандиозность*, *нарушения мышления*. Присутствие любого из этих компонентов является признаком переопределения, который является непосредственной мишенью для терапии.

Обесценивание (discounting).

Дискаунт включает преумышление влияния и значимости, а иногда и наличия некоторых аспектов себя, других или реальной ситуации. Личность, которая обесценивает, думает или действует так, как если бы некоторые аспекты реальности были бы менее значимы, чем это есть на самом деле, а то и вовсе отсутствовали. Значимость стимулов неосознанно преуменьшается в интересах соответствия собственной картине мира. При этом подкрепляются сценарные убеждения, проигрываются игры, усиливаются симбиотические взаимоотношения.

Обесценивание – это внутренний механизм, ко-

торый внешне определяется по следующим признакам:

1. четыре вида пассивного поведения (см. ниже);
2. скрытые трансакции в играх;
3. действия в одной из позиций драматического треугольника Карпмана.

Эти три фактора – внешние проявления обесценивания, они включают обесценивание, но сами по себе обесцениванием не являются.

Шиффы выделяют области, типы и уровни обесценивания.

Клиент может обесценивать в любой из трех областей: обесценивание некоторых аспектов себя, других или реальной ситуации. Более специфично можно определить, что клиент может обесценивать собственные чувства, восприятия, мысли, действия; чувства, восприятие, мысли, действия других людей; или некоторые факторы окружающей реальности.

К типам обесценивания относятся обесценивание стимула, проблемы или возможности выбора.

Уровни обесценивания включают уровень наличия (стимула, проблемы, выбора); уровень значимости (стимула, проблемы, выбора); уровень возможности изменения (изменение стимула, решение проблемы, возможности выбора); и уровень личных способностей (изменить стимул, решить проблему, выбирать).

Рисунок 4.

Диаграмма матрицы обесценивания

УРОВЕНЬ	ТИП		
наличие	стимула	проблемы	выбора
значимость	стимула	проблемы	выбора
возможности изменения	изменчивость стимула	разрешимость проблемы	варианты (разнообразие) выборов
личные способности	изменить стимул	решить проблему	действовать в соответствии с возможностью выбора

На рисунке 4 представлена известная диаграмма матрицы обесценивания. Считается, что обесценивание по типу и уровню происходит во взаимном сочетании. Если вы обесцениваете наличие стимула (попросту игнорируете его, как, например, курильщик свой кашель, или больной стенокардией боли в сердце), то, значит, вы обесцениваете и значимость кашля (наличие проблемы), возможность действовать как-то иначе (бросить курить, например), и уж тем более личные способности изменить стимул. Или можно признавать наличие стимула (“Да вот уже три раза в больницу попадал с бронхитом”), но обесценивать его значимость и наличие проблемы (но ведь все кашляют, нет курильщика, который бы не кашлял).

Лечение обесценивания происходит в 4 этапа. Оно начинается с внешних аспектов обесценивания - определение и заострение внимания на внешних признаках (трансакции, паттерны поведения) обесценивания. Далее переходят к внутреннему механизму обесценивания - клиент определяет области, типы и уровни обесценивания. Третий шаг – понимание клиентом собственного вклада в обесценивание. Таким образом, во время всех трех этапов происходит активация Взрослого Эго-состояния, клиент осознает вещи более реалистично. Определяется цель, которая побуждает обесценивать значимые аспекты реальности. Финальный шаг - развитие необесценивающего поведение, мышления, реагирования.

Грандиозность.

Грандиозность – это целенаправленное преувеличение, характеризующее собственную личность, других или ситуации. Цель этого процесса – оправдание симбиотических взаимоотношений, пассивного поведения. Она компенсирует чувство неадекватности и обеспечивает оправдание для пациента, который терпит неудачу, или не достигает своих целей. Мысли, которые лежат в основе грандиозности, основаны на идее: “Но я же не мог иначе” (Я окаменел от испуга. Я потерял контроль. Мне настолько больно, что я не могу думать. Я был вне себя от злости.). То есть, пациент не берет на себя ответственность за свое поведение в значимой ситуации, а описывает ситуацию как ответственную за его поведение. Это соотносится с угрозой симбиозу и, таким образом, с выживанием и удовлетворением потребностей, как отмечалось выше. Грандиозность также является оправданием для переопределения. Возможный путь для терапевтической интервенции – преувеличение грандиозности: “Как совсем, совсем не можешь?”

Нарушения мышления.

Нарушения мышления принимают форму сверхдетализации или сверхобщечтения, или же эти формы могут встречаться вместе. Способность сфоку-

сироваться на специфичности или общности проблем необходима для человека, чтобы реалистично определять проблемы или возможности. Когда люди сверхдетализируют, более общие вопросы не могут быть определены. Когда люди сверхобщечтят, они имеют столь широкий взгляд на вопрос, что детали, которые могли бы реалистично определить проблемы и возможности, игнорируются.

Переопределение в терапии.

Тип и уровень дискаунта является индикатором степени патологии переопределения. Количество искажений, продуцируемых грандиозностью, соотносится со степенью угрозы переживаемой личностью в ответ на стимулы, которые не соответствуют картине мира, и которые она переопределяет. Нарушения мышления соотносятся с определением проблемы и возможностей выбора и, следовательно, с возможностями личности действовать при решении проблемы. Например, Мери, девушка, страхающая габефренией, попросила поесть. Ее просили подождать, пока пища будет приготовлена. Она немедленно пришла в ярость. После инцидента она сообщила: “*Я подумала, что вы хотите убить меня*” (грандиозность). “*Вы сказали, что я не могу есть*” (обесценивание факта, что ее попросили подождать являлось высоким уровнем патологии, так как это было обесценивание наличия стимула). “*Сейчас я помню, вы сказали, чтобы я подождала, и вы покормите меня позже. Я не подумала об этом*” (сверхдетализация одного факта без учета более общего контекста). Когда ее попросили подождать, это было переопределено в потенциально гомицидный ответ.

Переопределение повсеместно встречается в терапии, так как терапия угрожает сценарию личности. Например:

Терапевт: “Вы играете в игру со мной. Вы понимаете это?”

Клиент: “Я не играю. Я сижу здесь и разговариваю с вами. Вы играете в игру!”

С минимальным осознанием вопроса, который поднимает терапевт, и причин, которые у него имеются для этого, клиент переопределяет вопрос. Если клиент успешен в этом, его переопределение отводит угрозу на терапевта, который может начать защищаться от обвинения, вместо того, чтобы добиваться ответа на поставленный вопрос.

Столкновение с переопределением имеет тенденции к затяжной, непрямой дискуссии, иногда крутящейся вокруг одного и того же, и возрастающему возбуждению у терапевта и клиентов. Защищаясь, пациент может прибегать к, так называемым, переопределяющим трансакциям. Тангенциальным, когда в ответе происходит сдвиг, и клиент отвечает не на тот вопрос, который был задан:

- Вы будете работать над проблемой?
- Я уже пытался решить ее.

Или также применяются блокирующие трансакции:

- Вы волнуетесь. Успокойтесь, все нормально.
- Нисколько, просто мне надо посидеть, пока мысли в голове не придут в порядок.

Или:

- Вы делаете что-нибудь для решения проблемы?
- Да, я думаю.

Вопросы, которые могли бы привести к разрешению проблемы или избегаются, или внимание постоянно уклоняется на сопутствующие темы. Для терапевтического разрешения проблемы необходимо конфронтировать процесс таким образом, чтобы клиент осознал, что он делает, и побуждать его не делать этого.

ПАССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

В школе Шиффов определяют, как пассивное, 4 типа поведения:

1. ничего-не-делание для решения проблемы;
2. сверхадаптация;
3. ажитация (возбуждение);
4. беспомощность или насилие.

Ничего-не-делание.

В ситуации, когда имеется проблема и ответом является пассивное ничего-не-делание (как противоположность - катектирование Взрослого и решение не предпринимать ничего), вся энергия направляется на притормаживание ответной реакции. Это состояние Ребенка наделено исполнительной властью. Процесс мотивирован попыткой сохранить симбиоз (угроза выживанию, с точки зрения Ребенка). Пациент отмечает: "Я не могу думать". "Нет мыслей в голове". "Я слишком огорчен, чтобы думать". При этом пациент сохраняет осознание собственной идентичности и ощущение дискомфорта. Любой, кто вступает во взаимодействие с пассивным человеком, включается в симбиоз. Пример подобной ситуации описан в "Сказках дядюшки Рипмуса" – встреча дядюшки Кролика со Смоляным Чучелом. После нескольких безуспешных попыток заговорить с чучелом, дядюшка Кролик ударил его и влип в смолу. Или же классический вариант знакомый учителями в школах, когда спрошенный ученик молчит, не отвечает на поставленный вопрос и не заявляет, что материал он не знает. У многих в классе часто возникает позыв спасти его – подсказки, ответ за него, "ну что же ты молчишь, спросим еще кого-нибудь". Лечебная тактика включает в себя твердые инструкции, что от пациента требуется активное участие во взаимодействии: "Я не буду продолжать, пока ты не ответишь на вопрос, или не откажешься отвечать на него".

Сверхадаптация.

Сверхадаптация – тип пассивного поведения, ко-

торый наиболее труден для диагностики. Он также наиболее приспособлен к ситуации и очень часто подкрепляется окружением, которое заинтересовано в сверхадаптивном поведении.

Оно имеет место, в тех случаях, когда человек не определяет свои цели при разрешении проблем, а старается достичь того, что, как он считает, являются целями окружения (проекция). Грандиозность проецируется на то, что, как он считает, является ожиданиями другого ("Я же не могу действовать иначе. От меня ждут того-то и того-то"). Примером такого поведения будет человек, который работает сверхурочно потому, что он считает, что этого от него ждут коллеги.

Сверхадаптация – единственный тип поведения, в котором имеет место актуальное мышление, то есть человек может думать. Пока человек сверхадаптирован он может получать информацию о своем поведении и предоставлять объективные сведения о своем поведении, о своих возможностях и способностях. При сверхадаптации трудно продолжать обесценивание, если конфронтируется пассивность, то есть это наиболее доступный для терапии поведенческий паттерн.

Ажитация.

Ажитация находится на континууме пассивного поведения между сверхадаптацией и насилием. Она представлена повторяющейся нецеленаправленной деятельностью. Возбужденные люди чувствуют дискомфорт и смущение. Пациент старается защитить симбиоз от угрозы, он знает, что может решать проблемы, делая "что-то", но чувствует неадекватность и не знает что. Твердые и спокойные Родительские инструкции "посиди и подумай об этом" или поглаживания из Родительского Эго-состояния могут привести к переключению в сверхадаптацию. Если же продолжается давление "ну, делай же что-нибудь" – пациент, очень вероятно, станет проявлять насилие или беспомощность.

В проекте Шиффов нет данных о том, как катектировать Взрослого пациента, когда он ажитирован. Рекомендуется поддерживать сверхадаптацию для избежания перехода к насилию или беспомощности. Грандиозность в случае ажитации поддерживается верой в то, что активность продуктивна. Пример: пациент считает, что он достигает чего-то, расхаживая взад вперед по комнате. В действительности он же заводит себя, накапливая энергию.

Беспомощность или насилие.

Беспомощность или насилие присутствуют в тех случаях, когда происходит освобождение энергии накопленной пассивностью. Это также последняя попытка укрепить разваливающийся симбиоз. Мысление как таковое не определяется. Пациент не принимает ответственность за поведение. Следом за освобождением энергии Взрослый пациент

та может быть доступен катексису. Насилие, обычно, сопровождается сдвигом в игровой позиции, тогда как беспомощность может включать его, а может и нет.

* * *

Таким образом, мы представили основные понятия, которые используются в терапевтической программе Шиффов по конфронтации пассивности. Она была разработана и продемонстрировала свою эффективность на пациентах с шизофренией, маниакально-депрессивным психозом, депрессией, истерией. То есть при расстройствах, которые выявляют выраженный пассивно-агрессивный и пассивно-зависимый компонент. В последние годы есть данные о целесообразности применение модели

симбиоза и пассивности в отношении больных зависимостями, в том числе героиновой наркоманией.

Литература:

1. Mellor K., Schiff E. "Discounting", *Transactional Analysis Journal*, 5:3, July 1975, p. 295.
2. Mellor K., Schiff E. "Redefining", *Transactional Analysis Journal*, 5:3, July 1975, p. 303.
3. Schiff A., Schiff J. "Passivity", *Transactional Analysis Journal*, 1:1, January 1971, p. 71.
4. Schiff J. "Reparenting schizophrenics", *Transactional Analysis Bulletin*, 8:31, July 1969, p. 47.
5. White T. "Heroin use as a passive behavior", *Transactional Analysis Journal*, 29:4, October 1999, p. 273.

ИНТЕГРАТИВНАЯ СИСТЕМА В ПСИХОТЕРАПИИ НА ОСНОВЕ ИНИЦИАТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА И ТРАНСАКТНОГО АНАЛИЗА

В.И.Яценко

В мультимодальной системной российской психотерапии применяется интегративный подход, который дает возможность наряду с развитием отдельных методов психотерапии создавать интегративные системы, объединяющие в себе достижения нескольких методов.

В этой статье рассматриваются возможности создания интегративной системы в психотерапии на основе интеграции двух модальностей психотерапии: классического трансактного анализа (в представлении проф. В.В.Макарова) и инициатического анализа, применяемого в инициатической психотерапии.

Каждый из этих видов анализа имеет свою теорию личности и системную психотерапию с целью развития и изменения личности. В этих модальностях психотерапии используется принцип открытой коммуникации, согласно которому психотерапевт и пациент говорят на простом языке, обычными словами без применения специальных терминов. Это значит, что литература по трансактному и инициатическому анализу может быть использована клиентом для самостоятельного изучения теории. Эти знания клиента способствуют повышению эффективности применяемой системной психотерапии.

Рассмотрим структурный анализ личности в инициатическом анализе.

СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ ЛИЧНОСТИ В ИНИЦИАТИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ

В инициатическом анализе личность человека изучают как пятикомпонентную структуру. Такая структура личности включает в себя пять взаимо-

дополняющих составляющих психики человека, пять субличностей: Субличность Единства (СЕ), Субличность Выбора Пути (СВП), Субличность Содержания (СС), Субличность Формы (СФ) и Субличность Трансформации (СТ).

Опишем кратко свойства субличностей.

Характеристика субличностей

Субличность Единства (СЕ) развивает способности человека осознавать все явления жизни в Единстве на основе принципа дополнения. СЕ помогает человеку осознать возможности более продуктивного наполнения своего жизненного пути. Благодаря СЕ, человек осознает свою неповторимость, уникальность, осознает свое предназначение в жизни. Субличность Единства дает человеку реальную возможность осознать неосознаваемый план жизни, жизненный сценарий. Такое осознание обычно ведет к желанию изменить свой жизненный сценарий или выйти из сценария и жить, принимая автономные решения. Чем больше принимает человек автономных решений, тем более он свободен от своего сценария.

Субличность Выбора Пути (СВП) определяет способность человека самостоятельно принимать правильные решения и эффективно выбирать путь в той или иной жизненной ситуации. СВП дает возможность человеку не связывать себя жесткими шаблонами поведения и поступать в соответствии с изменившимися обстоятельствами.

При активизации СВП человек мыслит и принимает решения в соответствии с поступившей информацией, приспособливается к окружающему

миру. СВП интенсивно развивается в течение всей жизни человека, использует мудрость субличности Единства и является координатором, осуществляющим посредничество между субличностями Содержания, Формы и Трансформации. СВП отвечает за то, как достичь поставленной цели, как добиться желаемого результата.

Когда субличность Выбора Пути блокирована и не функционирует, это приводит к блокировке субличности Единства. Человек не способен осознать изменяющийся мир. Ему комфортнее мысленно жить в прошлом. Человек не способен координировать взаимодействие субличностей Содержания, Формы и Трансформации. Эти субличности проявляют себя спонтанно и хаотично. СВП не развивается, когда за человека все решения принимают другие.

Субличность Содержания (СС) отражает способность человека правильно понимать содержание, суть явлений жизни.

В случае полного преобладания субличности Содержания, когда четыре других субличности полностью заблокированы, человек становится чувственным, радостным, беззаботным. Он живет и действует бездумно и безответственно. У субличности Содержания отсутствует социальная адаптация, нет навыков логического мышления, отсутствует умение применять форму, соответствующую ситуации. Через субличность Содержания у человека активно проявляется творческое начало, нестандартное мышление.

Субличность Формы (СФ) развивает у человека умение работать с формой, выбирать форму, которая наиболее адекватна ситуации. Это и умение работать со словом, и формирование родительских правил поведения и умение поддерживать свое здоровье в такой форме, которая выгодна в той или иной ситуации и т.д. СФ ответственна за автоматические решения и действия, готовые формы поведения, когда не нужно или нет времени думать. У этой субличности есть мнения и шаблонные решения (Формы) на все случаи жизни. Эти мнения и решения построены на основе рациональности, практичности, pragmatичности поведения человека.

Субличность Трансформации (СТ) дает возможность человеку трансформировать, преобразить то, что мешает ему на жизненном пути. СТ в значительной мере способствует изменению фиксированной эмоциональной установки при перевоспитании человека.

При дисгармоничном развитии личности Субличность Трансформации часто проявляет себя как Субличность Деструкции (СД). Субличность Деструкции привносит в жизнь человека разрушения,

проблемы и трудности, которые человек не предвидит. СД может сформировать у человека склонность к саморазрушающему поведению: курению, злоупотреблению алкоголем, наркотиками. Активизация СД способствует появлению депрессии, неврозов, нарушений характера.

СД создает соблазн человеку, усиливает стремление человека к сиюминутным удовольствиям. СД часто усиливает стремление человека или к проявлению чувства превосходства в межличностных отношениях, к осуждению и унижению других людей или к формированию заниженной самооценки.

Графическое представление взаимодействия субличностей

Взаимодействие указанных пяти субличностей для наглядности можно представить графически как тетраэдрную структуру, показанную на Рис.1: СЕ – в виде сферы, а СВП, СС, СФ и СТ как вершины правильной треугольной пирамиды – тетраэдра, вписанного в эту сферу. В связи с удобством использования такого графического представления пятикомпонентной структуры личности человека при описании свойств личности далее будем применять термин “Тетраэдрная структура личности человека”.

Тетраэдрная структура личности позволяет описать душевную и духовную жизнь человека. На Рис.1 основание тетраэдра, треугольник СС-СФ-СТ, показывает взаимодействие трех субличностей: Содержания, Формы и Трансформации. Именно эти субличности в основном определяют душевную жизнь человека, его социально адаптированную деятельность в обществе. В связи с этим назовем основание тетраэдра “социальной плоскостью”. Духовная жизнь человека в сильной степени зависит от развития субличностей Единства и Выбора Пути. На Рис.1 они обозначены соответственно сферой и верхней точкой тетраэдра.

Современная российская психотерапия строится на основе синтеза двух великих ментальных систем: психотерапии Запада и духовных практик Востока. Психотерапия Запада изучает, в основном, душевную жизнь человека, его социальную адаптацию. Духовные практики Востока изучают, в первую очередь, духовную жизнь человека, а душевную жизнь человека рассматривают как следствие его духовной жизни и результат осознания своего предназначения в жизни.

Инициатический анализ позволяет изучать влияние на развитие мультимодальной системной российской психотерапии, как психотерапии Запада, так и духовных практик Востока.

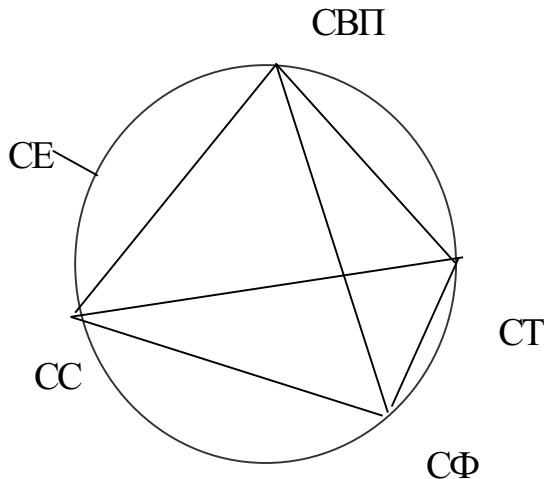


Рис. 1. Тетраэдрная структура личности человека. Обозначения: СЕ – Субличность Единства; СВП – Субличность Выбора Пути; СС – Субличность Содержания; СФ – Субличность Формы; СТ – Субличность Трансформации.

Правополушарная и левополушарная асимметрия мышления человека

При структурном анализе личности в инициатическом анализе исследуется влияние асимметрии мышления человека, важного фактора, влияющего на поведение человека и развитие его личности.

Каждая субличность проявляет себя через определенный вид мышления. Рассмотрим два вида мышления: Содержания и Формы, которые соответствуют субличностям Содержания и Формы. Мышление Содержания иррационально и отражает в основном деятельность правого полушария головного мозга, а мышление Формы - это проявление логического мышления, результат деятельности левого полушария головного мозга.

У человека обычно наблюдается последовательное развитие указанных видов мышления, которое проявляется как правополушарная или левополушарная асимметрия мышления. Такая асимметрия мышления становится устойчивой и практически не изменяется во времени, если человек отдает предпочтение одному из этих видов мышления.

На основе изучения свойств обоих видов мышления: Содержания и Формы автором был разработан психологический тест "Время" для количественной оценки правополушарной и левополушарной асимметрии мышления человека. Тест "Время" используется для группового тестирования. Такое тестирование позволяет исследовать влияние асимметрии мышления человека на его поведение. Приведем пример. Интересные результаты тестирования были получены в Российской медицинской академии последипломного образования при тестировании клинических ординаторов во время занятий в учебной аудитории. Тестирование показало, что ординаторы выбирают себе место в учебной аудитории в зависимости от величины асимметрии мышления. Если в аудитории смотреть на ординаторов со стороны лектора, то по данным тестирования с левой стороны от лектора разместились ординаторы

с правополушарной асимметрией мышления, а с правой стороны – ординаторы с левополушарной асимметрией мышления. Причем, чем больше величина асимметрии мышления по тесту "Время", тем дальше от середины аудитории влево вправо находились ординаторы.

Последовательность развития субличностей

При изучении личности важным фактором является неравномерность развития субличностей, которая бывает, как возрастная, так и приобретенная в результате сознательной или неосознанной блокировки некоторых субличностей и следования распространенному заблуждению о том, что при развитии и использовании субличностей можно успешно применять принцип замещения субличностей.

Кратко опишем закономерности неравномерного развития субличностей человека, формирование определенной последовательности их развития.

В дошкольном возрасте у ребенка складываются фиксированные экзистенциальные позиции, эмоциональные установки, базовые представления о себе, своем месте в обществе и окружающем мире. В этот период складываются и совершенствуются во взаимодействии субличности "социальной плоскости". При этом значительно изменяется состояние субличности Содержания, которое отличается от первозданного естественного состояния субличности Содержания. Это естественное первозданное состояние субличности Содержания не зависит от уровня развития других субличностей человека и отражает суть, существо Жизни.

В раннем детстве субличности Формы и Трансформации только начинают складываться. Ребенок постепенно учится работать с Формой. У него формируется основа рациональности поведения. У ребенка проявляется значительная правополушарная

асимметрия.

Когда ребенок ощущает недостаток в развитии субличности Формы и ему не хватает практичесности поведения, он активно ищет новые формы, замен старых. При этом ребенок активно использует субличность Трансформации, чтобы трансформировать, преобразить то, что мешает ему развивать себя.

Если на ребенка часто оказывают давление родители, воспитатели и другие люди ближайшего окружения, то, чтобы противостоять этому давлению, у ребенка субличность Трансформации начинает проявлять себя как субличность Деструкции. Ребенок сознательно или неосознанно начинает использовать разрушающее поведение, чтобы противостоять стремлению окружающих подавлять его. И чем больше у ребенка величина правополушарной асимметрии, тем чаще ребенок использует субличность Деструкции для достижения своих целей.

В раннем детстве у ребенка еще не развиты субличности Единства и Выбора Пути. Ребенок далек от полного осознания ситуаций жизни. Умения принимать самостоятельно решения, делать правильный выбор еще не сформировались. Субличность Выбора Пути не координирует взаимодействие субличностей “социальной плоскости”. В этот период жизни наблюдаются интенсивные и порою бурные

неосознаваемые взаимодействия субличностей Содержания, Формы и Трансформации.

В подростковом возрасте в результате развития субличности Формы правополушарная асимметрия мышления уменьшается или может сформироваться левополушарная асимметрия мышления. И чем меньше асимметрия мышления у подростка, тем активнее у него развивается субличность Выбора Пути и формируются навыки самостоятельного принятия решений. Субличность Выбора Пути начинает координировать взаимодействие субличностей “социальной плоскости”.

Дальнейшее развитие психики человека приводит его к осознанию собственных заблуждений, иллюзий и развитию субличности Единства. Когда человек активно использует в своей жизни все пять субличностей, он действует наиболее близко к своему предназначению в жизни.

Теперь рассмотрим варианты взаимодействия субличностей.

Последовательность активизации субличностей

При гармоничном взаимодействии субличностей соблюдается определенная иерархия, последовательность их активизации. Эта последовательность показана на схеме 1.

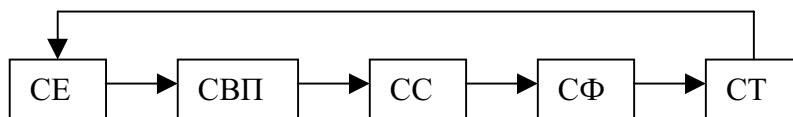


Схема 1

Схема 1 показывает порядок переключения с одной субличности на другую. При переключении предыдущая субличность оказывает непосредственное влияние на развитие последующей субличности.

В конкретных жизненных ситуациях субличности взаимодействуют между собой по Схеме 1 следующим образом. Активизация человеком субличности Единства приводит к осознанию и пониманию своих проблем. В случае дисгармоничного развития личности такое осознание может вызвать стресс. Поэтому важно после осознания провести процедуры, приводящие к изменению, Трансформации. Для этого человек сначала активизирует субличность Выбора Пути, чтобы сделать выбор и принять решение. Затем он активизирует субличности

социальной плоскости: Содержания, Формы и Трансформации, которые воплощают принятое решение в жизнь.

Если человек использует в своей жизни все пять субличностей в полной мере, у него есть реальная возможность научиться жить, полностью реализуя себя, и быть счастливым в изменяющемся мире.

При дисгармоничном развитии личности наблюдаются нарушения указанной на Схеме 1 последовательности активизации субличностей, частично блокируются и вытесняются некоторые субличности.

При частичной или полной блокировке субличности Единства Схема 1 преобразуется в Схему 2

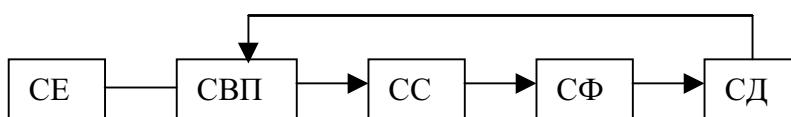


Схема 2

Схема 2 описывает распространенный случай, когда человек способен принимать самостоятельные решения, но мыслит узко, фрагментарно, не полностью осознавая ситуацию, в целом. В случае преобладания субличности Выбора Пути с полным подавлением субличности Единства при левополушарной асимметрии мышления человек становится очень рациональным, легко приспосабливается к изменяющейся действительности. И вместе с тем он лишается моральных, этических ценностей и убеждений, которые присущи субличности Единства. Такой подход может привести к появлению стрессовых реакций человека на различные ситуации, ощущениям неосознаваемого страха, потере интереса к жизни, пассивности поведения, активизации субличности Деструкции, которая способствует проявлению саморазрушающего поведения.

В случае одностороннего, социально ориентированного развития личности у человека могут быть частично или полностью заблокированы субличности Единства и Выбора Пути. У такого человека из пяти субличностей активизируются только три субличности: Содержания, Формы и Трансформации. Это субличности “социальной плоскости”, показанной на Рис.1. Важно отметить, что без осознания Единства взаимодействующих ситуаций и при отсутствии навыков принимать самостоятельные решения человек старается заменить деятельность субличностей Единства и Выбора Пути деятельностью субличности Деструкции. Он активизирует субличность Деструкции, использует разрушающие действия для достижения своих целей. Схема взаимодействия субличностей в этом случае может быть следующей

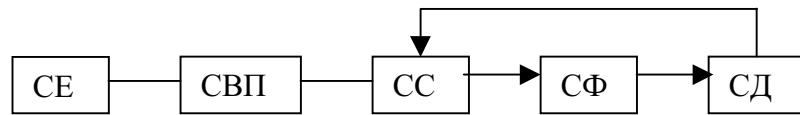


Схема 3

Схема 3 по сути представляет собой драматический треугольник С.Карпмана. В этом треугольнике субличность Содержания исполняет роль Жертвы, субличность Формы исполняет роль Спасителя, а субличность Деструкции исполняет роль Преследователя. Для наглядности описания свойств субличностей “социальной плоскости” целесообразно их называть также субличностями Карпмана.

Человек с левополушарной асимметрией мыш-

ления, у которого взаимодействие субличностей происходит по Схеме 3, хорошо адаптируется в традиционном обществе и совершенно беспомощен в эпоху перемен.

Теперь рассмотрим еще один вариант взаимодействия субличностей. При блокировке субличности Формы в случае, иллюстрируемом Схемой 3, может сформироваться один из вариантов криминально ориентированной структуры личности, показанный на Схеме 4.

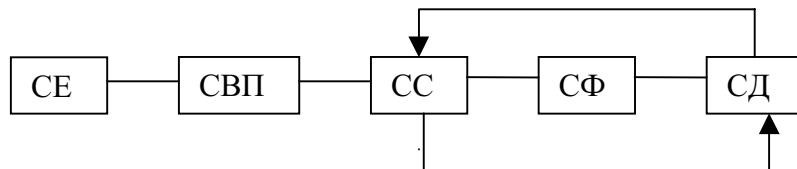


Схема 4

Когда, в соответствии со Схемой 4, субличности СЕ, СВП и СФ полностью блокированы и не функционируют, человек лишается этики, моральных устоев и принципов, родительского инстинкта. Он не интересуется мудростью, накопленной другими людьми. Он не пользуется логическим мышлением. Для него получение удовольствия от удовлетворения собственных желаний – это основное стремление в жизни.

Кроме случаев, описываемых Схемами 1–4, возможны и другие варианты взаимодействия субличностей человека, которые в этой статье не рассматриваются.

Настоящий человек и податливый человек

Основатель метода трансактного анализа, пси-

хиатр из Сан-Франциско, Эрик Берн ввел понятия настоящего и податливого человека. Эти понятия применимы и в инициатической психотерапии, при инициатическом анализе.

Настоящий человек в любых жизненных ситуациях активно использует субличности Единства и Выбора Пути. Он заранее готов к принятию решений. Настоящий человек может осознать свои задолженности, принять автономные решения и позволить себе обойтись без жизненного сценария. Само по себе освобождение от жизненного сценария, с одной стороны, дает человеку свободу, с другой – делает его персонально ответственным, приводит к необходимости постоянно принимать все новые самостоятельные решения.

Настоящий человек позволяет себе быть открытым, открытым. Он всегда готов взять ответ-

ственность на себя. Настоящий человек является руководителем для самого себя.

У податливого человека субличности Выбора Пути и Единства частично заблокированы или вытеснены. Личность податливого человека, в основном, описывается взаимодействием субличностей Карпмана. Блокировка субличностей Единства и Выбора Пути у податливого человека приводит к тому, что он не может осознать внутреннюю противоречивость мифов, своих заблуждений и иллюзий. В сложных жизненных ситуациях он не способен сделать правильный выбор, принять автономное решение. Он ощущает свою несостоятельность. У него появляется неуверенность в себе и неосознаваемый страх. Податливый человек часто принимает решения, которые направлены на уничтожение его собственных шансов на успех. Чтобы как-то выйти из такой ситуации, податливый человек пытается исполнять роли тех людей, которые знают, как поступать в подобных ситуациях. Он повторяет программы поведения своих родителей, близких друзей, знакомых и других людей. На основе этих программ поведения податливый человек формирует свой жизненный сценарий, неосознаваемый план жизни. В основе жизненного сценария лежат экзистенциальные установки, основные жизненные позиции, сформировавшиеся в раннем детстве.

У податливого человека частично заблокирована субличность Выбора Пути. Поэтому ему трудно принять кардинальное решение и сменить свою основную жизненную позицию, хотя она может быть построена на заблуждениях и мифах. Все поведение податливого человека, все его действия направлены на оправдание, подтверждение и закрепление своей основной жизненной позиции. Этот фактор в сильной степени влияет на формирование жизненного сценария.

Податливый человек следует автоматическим, сценарийным решениям и не думает, не заботится о принятии ответственности.

Податливый человек пытается использовать субличность Трансформации вместо заблокированных субличностей Единства и Выбора Пути. Под влиянием ощущения неуверенности в себе и неосознаваемого страха субличность Трансформации начинает проявлять себя как субличность Деструкции. Это приводит к отстранениям, лишениям, разрушениям в жизни податливого человека и формированию у него желания иметь психологическую защиту. Беспокойство, тревога податливых людей искашают восприятие реальности. Они видят, слышат, чувствуют и понимают все в искаженном виде. Видят себя и других в кривом зеркале. И живут в окружении кривых зеркал – себе подобных податливых людей. Психология податливого человека в какой-то мере способствует укреплению уголовной субкультуры через активизацию субличности Деструкции.

СОПОСТАВЛЕНИЕ ТЕОРИЙ ЛИЧНОСТИ ТРАНСАКТНОГО АНАЛИЗА И ИНИЦИАТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА

В трансактном анализе при структурном анализе личности исследуются состояния этого, то есть определенные паттерны мышления, чувств и поведения, которые можно выделить в структуре личности и которые обозначаются как Родитель, Взрослый и Ребенок. Функционально Родительское состояние этого можно разбить на Поощряющего Родителя и Карающего Родителя, Детское состояние этого включает Спонтанного Ребенка и Воспитанного Ребенка. Таким образом, в трансактном анализе при изучении личности рассматривают пять компонентов, как и в инициатическом анализе. Хотя количество рассматриваемых компонентов при описании личности в обоих видах анализа совпадает, однако между состояниями этого трансактного анализа и субличностями инициатического анализа существуют достаточно выраженные различия.

Сначала отметим определенные соответствия между субличностями и состояниями этого трансактного анализа. Инициатический анализ описывает личность с помощью пятикомпонентной структуры, а трансактный анализ на первом уровне описывает личность с помощью трехкомпонентной структуры. Каждое состояние этого проявляется через активизацию сразу нескольких субличностей, из которых одна является ведущей. Во Взрослом состоянии ведущая субличность – это субличность Выбора Пути. Детскому состоянию соответствует ведущая субличность Содержания. В Родительском состоянии ведущая субличность – это субличность Формы. Эти соответствия ведущих субличностей и состояний этого показаны в Таблице 1.

В Родительском и Взрослом состояниях обычно задействованы четыре субличности: субличность Выбора Пути и субличности Карпмана. В Родительском состоянии ведущей субличностью является субличность Формы. Во Взрослом состоянии ведущей субличностью является субличность Выбора Пути.

Родительское состояние неоднородно. В нем можно выделить два основных проявления: Поощряющий Родитель и Карающий Родитель. Поощряющий Родитель, как правило, соответствует левополушарной асимметрии мышления человека. При этом проявляется СПОСОБСТВУЮЩИЙ РАЗВИТИЮ КОМПОНЕНТ РОДИТЕЛЬ. Карающий Родитель обычно имеет правополушарную асимметрию мышления. Недостаток практичности он пытается компенсировать через активизацию субличности Деструкции и разрушающее поведение. У Карающего Родителя всегда присутствует КОНСЕРВАТИВНЫЙ КОМПОНЕНТ РОДИТЕЛЬ. Наблюдения за поведением подростков показывает следующую особенность. Старшие братья и сестры с

Таблица 1

Соответствие субличностей инициатического анализа и состояний этого трансактного анализа

ИНИЦИАТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ	ТРАНСАКТНЫЙ АНАЛИЗ первого уровня
Субличность Единства (СЕ)	---
Субличность Выбора Пути (СВП)	Взрослое (В)
Субличность Содержания (СС)	Детское (Д)
Субличность Формы (СФ)	Родительское (Р)
Субличность Трансформации (СТ)	---

правополушарной асимметрией мышления, когда исполняют роль Родителя по отношению к своим младшим братьям и сестрам, обычно выбирают для себя роль Карающего Родителя.

Взрослое состояние обычно однородно. Это связано с тем, что во Взрослом состоянии обычно отсутствует асимметрия мышления или проявляется незначительная правополушарная или левополушарная асимметрия мышления, которая практически не отражается на поведении человека. Если у человека заметная правополушарная асимметрия мышления, то в его Взрослом состоянии присутствует ИРРАЦИОНАЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ ВЗРОСЛЫЙ. При значительной левополушарной асимметрии во Взрослом состоянии проявляется РАЦИОНАЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ ВЗРОСЛЫЙ.

В Детском состоянии активизируются все три субличности “социальной плоскости”, субличности Карпмана. Ведущей субличностью является субличность Содержания. Детское состояние, как правило, проявляется при правополушарной асимметрии мышления, которая показывает недостаточное развитие субличности Формы, низкий уровень социальной адаптации человека.

Само Детское состояние неоднородно. Оно проявляется в двух вариантах: Спонтанный Ребенок и Воспитанный Ребенок.

У Спонтанного Ребенка частично заблокирована или вытеснена субличность Формы. В результате

у Спонтанного Ребенка активизируются, в основном, субличности Содержания и Деструкции. Блокировка субличности Формы приводит к безрассудному поведению Спонтанного Ребенка. Активизация субличности Деструкции у Спонтанного Ребенка проявляется через пакостливость. В этом случае проявляется ТРУДНЫЙ КОМПОНЕНТ ДИТЯ.

У Воспитанного Ребенка частично заблокирована или вытеснена субличность Деструкции. У него активизируются только субличности Содержания и Формы. Благодаря воспитанию, он сознательно подавляет в себе желание активизировать субличность Деструкции. У Воспитанного Ребенка проявляется ПОЗИТИВНЫЙ КОМПОНЕНТ ДИТЯ.

ОСОБЕННОСТИ ТЕОРИИ ЛИЧНОСТИ В ИНТЕГРАТИВНОЙ СИСТЕМЕ АНАЛИЗА

В Таблице 1 есть два пробела, которые соответствуют состояниям личности, неописываемым в Трансактном анализе. Эти пробелы в Таблице 1 соответствуют субличностям Единства и Трансформации. При создании интегративной системы анализа личности на основе инициатического и трансактного анализа целесообразно ввести понятия еще двух состояний личности, чтобы заполнить эти пробелы. Эти состояния личности назовем Мудрое состояние и состояние Трансформации (Деструктивное состояние). В Мудром состоянии лично-

Таблица 2

*Соответствие субличностей инициатического анализа, состояний этого трансактного анализа
и состояний личности в интегративной системе анализа личности*

ИНИЦИАТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ	ТРАНСАКТНЫЙ АНАЛИЗ Первый уровень	ИНТЕГРАТИВНАЯ СИСТЕМА АНАЛИЗА
Субличность Единства (СЕ)	---	Мудрое (М)
Субличность Выбора Пути (СВП)	Взрослое (В)	Взрослое (В)
Субличность Содержания (СС)	Детское (Д)	Детское (Д)
Субличность Формы (СФ)	Родительское (Р)	Родительское (Р)
Субличность Трансформации (СТ)/ Деструкции (СД)	---	Трансформации / Деструктивное (Т)

сти ведущей является субличность Единства. В состоянии Трансформации личности (Деструктивном состоянии личности) ведущей является субличность Трансформации (Деструкции).

Укажем эти состояния личности в Таблице 1. Тогда она примет вид Таблицы 2.

Как видно из Таблицы 2, в интегративной системе анализа личности рассматриваются пять состояний личности. Каждый человек переходит из одного состояния личности в другое. Каждое состояние личности приносит свои результаты, свои ощущения и переживания. Люди, у которых заблокирована или частично вытеснена сублич-

ность Единства, предпочитают определенные состояния личности.

Некоторые избегают находиться в каком-то одном из состояний личности или даже в нескольких. Игнорируя некоторые состояния личности, люди значительно обедняют свою жизнь. И когда им удается прислушаться к своим внутренним диалогам, то они слышат вместо пяти только четыре голоса или еще меньше голосов.

Когда же удается услышать пять равноправных голосов, это уже свидетельствует о том, что личность человека достаточно развита и готова действовать автономно, без использования жизненных сценариев.

ПСИХОТЕРАПИЯ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ФИТОПРЕПАРАТА “MEMORY RISE” В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Н.М.Власова, С.И.Королева

г. Усть-Каменогорск

Головной мозг человека – уникальное создание природы. Это ему подвластно решение математических формул, создание замечательных живописных полотен, поэтических произведений. Это он дает нам чувство самосознания и позволяет ощущать себя человеком, личностью.

Головной мозг находится в постоянном развитии и может накапливать информацию в объеме большем, чем все книги. Созданные человечеством за весь период истории его развития. Это уникальное свойство головного мозга называют памятью.

В настоящее время установлено, что носителями памяти человека являются химические субстанции, в частности молекула ДНК, которая под воздействием определенных ферментов может иметь различную пространственную конфигурацию и в химическом виде с помощью транскриптованных белковых молекул накапливать информацию, составляющую основу памяти. Таким образом, способность человека к обучению, запоминанию напрямую связана с ферментативными процессами образования ДНК и репродуцирования её в нервных клетках. Какими бы мы не обладали феноменальными способностями памяти, быстрота и качество запоминания информации связана с условиями, в которых происходят эти процессы. К этим условиям можно отнести адекватное снабжение головного мозга необходимыми питательными компонентами и кислородом. 80% энергии человеческого организма идет на функционирование головного мозга. Биохимические процессы в нем очень активны в течение любого времени суток на протяжении всей человеческой жизни. Головной мозг не переносит дефицитов. Так, при падении уровня глюкозы в плазме крови человека ниже нормы развивается кома, головной мозг необратимо гибнет. Снижение уровня насыщения крови кислородом также создает условия резкого нарушения функций головного мозга. Выраженная гипоксия очень быстро в течение нескольких минут приводит к гибели коры головного мозга и смерти человека. Исходя из вышеизложенного, становится очевидным, что для нормального процесса памяти необходимо насытить кровь достаточным количеством питательных веществ и кислорода. К этим веществам относятся аминокислоты, витамины группы В ($B_1, B_3, B_5, B_6, B_{12}$), фосфатиды, минералы.

Известно, что биологически активные компоненты растительных веществ более родственны чело-

веческому организму, чем синтетические препараты. Они легче включаются в метаболические процессы организма. Отсюда и сравнительно редкие случаи непереносимости и аллергических осложнений. Кроме того, эффект растительных лекарств обусловлен проявлением комплексности действия природных биологических соединений.

С этой целью мы решили применить препарат “Memory rise” в детской психиатрической практике.

Препарат “Memory rise” – питательный комплекс для улучшения памяти. Этот фитопрепарат способен в значительной степени влиять на функцию памяти, нормализовать процессы высшей нервной деятельности, оказывать воздействие на различные причины, влияющие на снижение функций головного мозга. Он содержит специальный набор различных трав, аминокислот и витаминов, необходимых для улучшения умственной способности и живости ума:

1. Комплекс аминокислот активно участвует в обмене и построении нервной ткани:

- это глютаминовая кислота, являющаяся наиважнейшей в обеспечении нервной клетки энергией, а также нейтрализующая аммиак – токсический препарат жизнедеятельности нервной ткани;

- метионин, превращающийся в важнейшее биологическое вещество мозга S - аденоzin-метионин, улучшающее память, внимание;

- тирозин, активизирующий энергетические потенциалы нервной ткани;

- группа фосфатидов – вещества, которые участвуют в строительстве и укреплении клеточных мембран нейронов, а также играющие на создание миelinовых оболочек нервных путей.

2. Витамины группы В ($B_1, B_3, B_5, B_6, B_{12}$), являющиеся коферментами всех энергетических процессов в клетках нервной системы.

3. Необходимые минералы для нормальной передачи импульса по нервному волокну, такие как кальций и магний.

4. Гинко-билоба и готу кола, обладающие способностью в значительной степени улучшать кровоток, защищать клеточные мембранны от повреждения, снижать вязкость крови.

Препарат “Memory rise” принимается:

- детям 4-8 лет – по $\frac{1}{2}$ таблетки 1-2 раза в день;
- детям 14 лет – по 1 таблетке 2 раза в день в первую половину дня, курс 4 недели.

Повторный курс – по согласованию с врачом. В результате назначения препарата предполагалось добиться у больных улучшения памяти, повышения внимания и сосредоточенности, снижение нарушений в эмоционально-волевой сфере.

Анализ эффективности препарата проводился по следующим параметрам:

- жалобы и неврологическая симптоматика до приема препарата;
- клинические проявления во время приема препарата и после завершения его приема;
- результат лечения и эффективность приема препарата “Memory rise”.

Для наблюдения и клинического анализа была взята группа детей 60 человек, включающая в себя 2 подгруппы по 30 человек.

1. Экспериментальная подгруппа – больные, получавшие препарат для улучшения функции голов-

ного мозга “Memory rise” наряду с другими препаратами комплексной терапии (ноотропы, сосудистые, витамины).

2. Контрольная подгруппа - получавшая только препараты комплексной терапии.

Группы состояли из больных детей с диагнозами:

Задержка интеллектуального развития - по 10 детей в каждой группе – 33,3%.

Нарушение речи – по 5 больных – 16,6%.

Органическое расстройство личности со снижением мnestических функций – по 10 больных – 33,3%.

Основными жалобами были: быстрая утомляемость после умственной нагрузки, нарушение речи, снижение памяти, рассеянность, недостаточность внимания, трудности при переключении с одного предмета на другой, головные боли, слабость, вялость, снижение интереса к окружающему.

Анализ эффективности после завершения курса лечения

Клинические проявления	1-я группа (экспериментальная) (30 больных)		2-я группа (контрольная) (30 больных)	
	Число пациентов	Процент эффективности	Число пациентов	Процент эффективности
Улучшение общего состояния и самочувствия	27	90%	18	60%
Уменьшение и регресс головной боли	30	100%	24	80%
Улучшение речи	24	80%	15	60%
Улучшение процессов запоминаемого и воспроизведение прочитанного	21	70%	15	50%
Повышение инициативы	21	70%	15	50%
Повышение внимания и сосредоточенности	24	80%	18	60%
Уменьшение нарушений в эмоционально-волевой сфере	27	90%	21	70%
Положительная динамика на ЭЭГ	21	70%	12	40%

При анализе данных клинического наблюдения отмечалось, что у больных, получавших препарат “Memory rise”; в большей степени улучшились функции головного мозга, снизились рассеянность и невнимательность, повысились процессы запоминания и инициативы, уменьшились нарушения в эмоционально-волевой сфере. В процессе обучения и занятий с детьми, учителями было отмечено, что у детей улучшилась память, дети стали более внимательными, сосредоточенными, повысился интерес к окружающему. Родители детей заметили, что они стали более общительными, увеличился запас слов, улучшилась речь, повысился интерес к обучению.

На электроэнцефалограммах у детей, принимавших препарат “Memory rise” отмечается явное повышение индекса альфа-ритма, уменьшение медленноволновой активности, преимущественно тетта диапазона, исчезновение пароксизмальности.

Таким образом, препарат “Memory rise” способен в значительной степени улучшать обменные процессы в головном мозге, что способствует повышению памяти, снижению нарушений в эмоционально-волевой сфере, повышению внимания и сосредоточенности при различных психоневрологических заболеваниях

РОЛЬ РЕЧИ В ПСИХИЧЕСКОЙ ЖИЗНИ РЕБЕНКА И СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ ЭЭГ ДЕТЕЙ С РАЗНЫМИ ФОРМАМИ НАРУШЕНИЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ

Н.М.Власова, С.И.Королева

г. Усть-Каменогорск

Одной из важных задач, стоящих перед психиатрией, психологией и дефектологией, является раннее выявление и четкое разграничение детей с речевой патологией, в связи с необходимостью своевременного лечения и направленного обучения. Роль речи в психической жизни ребенка неоценима. Овладение речью позволяет ребенку управлять собой и своим поведением, думать и фантазировать, осознавать свои действия. Речь перестраивает все психические процессы: восприятие, мышление, память, чувства, желания и т.д. Ребенок овладевает речью в общении со взрослыми. Первоначальная функция речи – коммуникативная. Речь – главное средство общения. Развитие речи неразрывно связано с развитием мышления ребенка. На первом году жизни мышление и речь развиваются независимо друг от друга – мышление существует в форме манипуляции с предметами, а речь – в форме лепетного говорения, эмоциональных возгласов, обращенных жестов. Но на втором году жизни линии развития мышления и речи пересекаются, совпадают и дают начало совершенно новой форме психической жизни, столь характерной для человека. Л.С.Выготский рассматривал значение слова “Не только как единства мышления и речи, но и как единство обобщения и общения, коммуникации и мышления” (т. 2 стр. 19). Вырастая из общения и становясь средством мышления, речь открывает дорогу совершенно новой форме человеческой жизни – речевому мышлению, которое является наиболее специфичным для человека и возможности его безграничны.

В большинстве случаев дефекты в развитии речи являются лишь симптомами нарушений в нервно-психической сфере ребенка. Поскольку речь тесно связана с мышлением и, следовательно, с правильным интеллектуальным развитием, то нарушение речи осложняют в той или иной мере приспособления ребенка к окружающей среде и влияют на его поведение в целом.

Наиболее распространенной детской речевой патологией является нарушение звукопроизношения. Ребенок с дефектом речи мало общается с другими детьми и недостаточно поддерживает контакт со взрослыми. Круг его представлений в связи с этим значительно ограничивается, темп развития мышления замедляется. В большинстве случаев у ребенка бывает не потеря речи, обусловленная мозговым поражением (афазия), а недоразвитие речи – алалия. В основе алалии лежат органические причины: относительное изолированное (очаговое) недоразвитие или поражение речевых зон головного мозга до начала формирования речи. Алалия характеризуется отсутствием или недоразвитием речи у детей при нормальном слухе и относительной сохранности умственных способностей, отмечается недоразвитие экспрессивной речи, при этом словарный запас беден, слова искажены, структура их упрощена, отмечаются перестановки и замены слогов и отдельных звуков, нарушено звукопроизношение, фразы аграмматичны. При алалии отмечается дислексия (нарушение чтения) и дисграфия (нарушение письма). Чтение медленное, письменная речь нарушается еще сильнее, чем устная. Списывание бывает более сохранным. У многих детей отмечается недостаточная общая моторика, неловкие замедленные движения. Дети плохо владеют движениями губ и языка. Алалия хорошо корректируется логопедическими занятиями.

Различают моторную и сенсомоторную алалию. Сенсомоторная алалия – резкое ограничение понимания речи у детей и наличие достаточной для развития речи остроты слуха. С раннего возраста у детей нет гуления, они не понимают жестовую речь и не пользуются жестами. В процессе развития при обучении трудно устанавливается связь между словом и предметом, слова с трудом приобретают смысловую значимость. Нарушено не только понимание, но и воспроизведение речи.

Моторная алалия – системное недоразвитие экспрессивной речи центрального органического характера, обусловленное несформированностью языковых операций при относительной сохранности и сенсомоторных операций. При моторной алалии ребенок не может найти правильную последовательность звуков в слове, слов во фразе. При хорошем слухе и достаточном понимании речи, при отсутствии параличей и порезов артикуляционной мускулатуры у ребенка не развивается самостоятельная речь.

Различные наблюдения в области неврологии и нейрохирургии позволяют считать, что речевая функция широко распределена в мозге, а речевые структуры в значительной степени полифункциональны. Вредящие факторы, воздействующие на мозг в преро- и постнатальный периоды, а также в период младенчества могут вызвать отставание в развитии мозга, нарушение структурно-функциональной организации мозга. Поражение мозга в области речевых зон левого полушария на ранних этапах онтогенеза. Но на ранних этапах онтогенеза обуславливает в дальнейшем появление различных речевых дисфункций. Роль левого полушария в речевой деятельности формируется в процессе онтогенеза. Но на ранних этапах развития в организации речевых процессов особенно высока роль правого полушария (В.И.Голод, 1985 г., Э.Т.Симерницкая, 1978 г.). Тенденция к повышению роли левого полушария в распознавании, запоминании и оценке словесного материала отчет-

ливо проявляется уже в пятилетнем возрасте. В распределении речевых функций участвуют также различные подкорковые образования. По существу вся поверхность коры может рассматриваться, как проекционное поле таламического уровня (А.С.Батуев, 1981 г.). Кора больших полушарий и таламус представляют собой единый структурный комплекс.

В настоящее время получило широкое распространение использование ЭЭГ для оценки функционального состояния головного мозга и регуляторных отделов мозгового символа, для определения уровня функциональной зрелости этих структур. Монополярно и биполярно регистрировалась электрическая активность лобной, центральной, теменной, затылочной, передней и задней височной областей обоих полушарий в покое и при функциональных нагрузках (ребрическая световая стимулация и гипервентиляция).

Всего проанализировано 74 электроэнцефалограммы в возрасте от 4 до 12 лет с различными формами нарушений речевого развития. Из них:

- 1) Общее недоразвитие речи I, II, III уровня (33 человека);
- 2) Дисграфия и дислексия (23 человека);
- 3) Сенсомоторная алалия (5 человек);
- 4) Моторная алалия (13 человек).

При I уровне недоразвития речи еще в 4-5 лет и старше (в зависимости от начала коррекции) пользуются звукоподражаниями, отрывками слов, искаженными словами и отдельными правильными словами, активно пользуются мимикой и жестами.

При II уровне недоразвития речи дети отличаются большей речевой активностью, большим умением пользоваться речью при выполнении интеллектуальных заданий. Они реже прибегают к звукоподражательным словам и жестам. В словарном запасе детей обнаруживается значительное количество существительных, глаголов и прилагательных. Появляется простейшая фраза из 2-3 слов, неправильной конструкции и резко выраженными аграмматизмами. Понимание речи, выходящее за пределы знакомой ситуации, остается недостаточным.

Третий уровень недоразвития характеризуется фразовой речью, в основном, в виде простых, реже сложных предложений. Речь детей в разной степени аграмматична, недостатки понимания речи почти исчезают. При раннем начале коррекционной работы (не позднее 3-4 лет) происходит выравнивание интеллектуальных процессов. При более позднем начале коррекционного обучения дети не успевают к школьному возрасту ликвидировать недостатки в речи и проблемы в интеллектуальном развитии, что способствует появлению отрицательных личностных и поведенческих реакций, могут вызвать у детей отказ от общения, раздражительность, агрессивные поступки.

У детей с I и II уровнем недоразвития речи на ЭЭГ регистрируются генерализованные билатерально-синхронные группы медленных волн, преимущественно тетта и дельта диапазонов, свидетельствую-

щие о дисфункции стволовых структур, отличающиеся умеренно выраженные диффузные изменения биэлектрической активности, преобладающие в левом полушарии мозга, несоответствующие возрасту, а также снижение конвульсивного порога.

У детей с третьим уровнем недоразвития регистрируются легкие диффузные изменения биоритмики, локальные изменения электрической активности коры в левом полушарии, но менее выраженные, достаточно организованный альфа-ритм, средних частот, наиболее выраженный в теменно-затылочных отделах мозга.

Дети с общим недоразвитием речи, имеющие нарушение письма и чтения (дисграфию и дислексию), составляют большую группу в контингенте школьников и дошкольников. Письменная речь включает в себя письмо и чтение, и является продуктивным видом речевой деятельности. На ЭЭГ у этих детей отмечается несформированность коркового ритмогенеза (альфа-ритм низкого индекса, маломодулированный, неустойчивый по частоте, реакция на свет ослаблена), у большинства регистрируются билатерально-синхронные медленные колебания в лобных и центральных отделах, а также пароксизмальная активность глубинного и коркового генеза. Локальные изменения электрической активности коры преобладают в задних отделах левого полушария (затылочная, теменная и задняя височная область). В младшей возрастной группе в половине случаев выявляются зеркальные очаги в симметричных отделах правого полушария.

При сенсомоторной алалии у детей на ЭЭГ отличаются локальные изменения электрической активности коры, преобладающие в передних отделах левого полушария (лобная, центральная и передняя височная области), снижен порог судорожной готовности, преимущественно в младшей возрастной группе, отмечается значительное несоответствие уровня развития электрической активности коры возрастным нормативам.

При моторной алалии отмечается заинтересованность диницефальных отделов, к которым относятся таламус и гипотилямус, на что указывают группы билатерально-синхронных медленных колебаний, преимущественно тетта-волны, в лобных и центральных отделах, а также наличие генерализованных альфа-веретен по всем отведениям. У половины отмечено снижение порога судорожной готовности.

Таким образом, развитие речи играет важную роль в психической жизни ребенка, речь перестраивает все психические процессы: восприятие, мышление, память, чувства, желания, позволяет управлять своим поведением. При различных формах нарушений речевого развития на электроэнцефалограмме отмечается преимущественное поражение структур левого полушария, диффузные различной степени выраженности изменения биоритмики, указывающие на дисфункцию регулирующих систем, наличие незрелости корковых и подкорковых образований.

ЛЕЧЕБНАЯ ВЕРХОВАЯ ЕЗДА ПРИ СИНДРОМЕ РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА

И.Г.Гагаркина, Т.Б.Черняева

г. Красноярск

В детско-подростковом дневном стационаре Красноярского психоневрологического диспансера в течение десяти лет проводится лечебная, психолого-педагогическая и психотерапевтическая помощь детям с нервно-психическими расстройствами. В последние три года вводится коррекционная методика в работе с детьми – это иппотерапия. Особое значение, на наш взгляд, имеет применение этой методики у детей с ранним детским аутизмом. Понятие “синдрома раннего детского аутизма” ввел Л.Каннер в 1943 году. Благодаря его последователям Г.Аспергеру, С.Мнухину, сегодня мы располагаем определенными знаниями об этом заболевании.

Частота распространения данного заболевания колеблется от 3-4 до 10-15 случаев на 10000 детей. Подходы к определению раннего детского аутизма (РДА) претерпели неоднократные изменения. С применением в нашей стране международной классификации болезней “МКБ-10” РДА выведен из раздела психозов и включен в раздел первазивных общих расстройств развития. Это требует особого внимания к группе детей с РДА, введение их в систему образования.

Клиническая картина у детей с РДА определяется отрешенностью, неспособностью к формированию общения, неспособность к осознанию посторонних персон и неодушевленных предметов, отсутствием подражания, реакцией на комфорт и дискомфорт, монотонно-однообразным характером поведения, с “симптомами тождества”. Для них характерна неравномерность созревания психической, речевой, моторной, эмоциональной и других сфер жизнедеятельности, когда одни факторы реального окружения становятся резко значимыми, другие почти индифферентными, третьи вовсе несущественными. Общение со сверстниками, их интересы не привлекают таких детей. В поведении господствуют разнонаправленные аффекты, влечения, представления, отсутствует единство, внутренняя логика. У них ослаблена эмоциональная реакция на близких, вплоть до “аффективной блокады”, недостаточная реакция на зрительные и слуховые раздражители, что придает таким детям сходство со слепыми и глухими.

Речь, как средство общения, чаще всего, не используется вообще, не направлена к собеседнику, в общении отсутствует экспрессия, жестикуляция, мелодика речи нарушена. Голос то тихий, то громкий, эхолалии, бессвязность, неспособность к диалогу. Долго сохраняется тенденция к манерному словоизвращению.

В более легких случаях синдрома речь может

присутствовать, но только как стереотипные высказывания, штампы, жестко связанные с определенной ситуацией, или монолог, в котором ребенок “изливает” то, чем он увлечен или чего боится. Характерно неправильное употребление местоимений: о себе ребенок говорит во втором лице (“хочешь печене”), просьбы могут выражать и в инфинитивной, безличной форме (“дай пить”).

В внешнем облике, при обычной миловидности, обращает на себя внимание взгляд, обращенный в пустоту, или в себя, взгляд мимо, взгляд через собеседника, через предметы.

У детей неритмичные движения, “закостенелые”, или неточные с тенденциями моторных стереотипий в пальцах, кистях рук, ходьба на цыпочках, однообразный бег, прыжки с опорой не на всю стопу.

Понятийные, словесные формы познания сочетаются с протопатическими, примитивными формами, т.е. с использованием тактильного, вкусового, обонятельного рецепторов, как это наблюдается в норме лишь у детей в возрасте до 1 года. У многих детей отмечаются нарушения инстинктивной жизни, инверсия цикла сна, выраженная избирательность в еде, извращенность аппетита, изменчивость мышечного тонуса до гипо- или гипертонии.

Еще один важнейший признак аутистического синдрома - стереотипность, то есть сопротивление детей изменениям, стремление к постоянству в окружении. Многими из них малейшее изменение в привычном жизненном укладе воспринимается как катастрофа и вызывает бурную реакцию будь-то новое блюдо, перестановка мебели, смена одежды с летней на осеннюю, нехоженый ранее маршрут прогулки…

Для аутичных детей характерны тяжелые, надолго фиксирующие страхи. И хотя почти каждый ребенок проходит в своем развитии через этап, когда он чего-то боится, в случае аутизма страхи надолго, порой на многие годы сковывают ребенка. Бывает однократного испуга от залаявшей неожиданно собаки в 2-х или 3-х летнем возрасте оказывается достаточно для ребенка с аутизмом, чтобы потом замирать или начинать отчаянно кричать при встрече с любой собакой вплоть до подросткового возраста.

Выраженность аутизма неодинакова, что, несомненно, зависит и от генетической предрасположенности, и от внешних факторов. Дизонтогенетические проявления в круге аутистического синдрома достигают своей наибольшей выраженности к 3-5 годам жизни ребенка. В дальнейшем развитии эволюция этого типа расстройств может быть различ-

ной. У одних детей формируется синдром, почти идентичный расстройствам, описываемым как становление аутистической шизоидной психопатии типа Аспергера, близкие к этому личностные расстройства могут иметь место и у детей с проявлениями аутизма, сочетающимися с негрубыми резидуальными состояниями вследствие минимальной мозговой дисфункции или более выраженными органическими резидуальными поражениями головного мозга.

Лечебная работа строится на базе индивидуальной клинической верификации состояния ребенка и представлена разными видами терапии: психофармакотерапией, психотерапией (индивидуальной, семейной), физиотерапией, иппотерапией, массажем.

Коррекционная работа должна проводиться комплексно группой специалистов различного профиля, включая работу психиатров, невропатологов педагогов-дефектологов, психологов, логопедов, брейторов, музыкального работника. Реабилитация направляется на восстановление неравномерно поврежденных основных сфер активности ребенка: речевой, моторной, когнитивной, эмоциональной.

Начальный этап заключается в первичной адаптации ребенка к новым условиям. В это время определяется уровень развития основных психических функций, вычисляется разница между фактическим уровнем психического ребенка и психическим в норме, соответствующему хронологическому возрасту. Оценка состояния уровня его развития, запаса знаний, поведенческих навыков служащей основой разработки индивидуального плана коррекционных мероприятий. Используется индивидуальная, позднее групповая, развивающая терапия, иппотерапия.

Восстановительная терапия базируется на вовлечении в работу всех анализаторов (зрительного, слухового, тактильного, обонятельного, вкусового), направляется, прежде всего, на развитие моторики и речи как основных средств коммуникации. Делается упор на положение о том, что морфологическое и функциональное развитие речи в онтогенезе совершается под влиянием кинестетических импульсов, и, в особенности, на тот факт, что действие проприоцептивной импульсации имеет значение преимущественно в детском возрасте, в периоде физиологического формирования речевой моторной областей головного мозга. Высокая пластичность детского организма дает большие возможности восстановления функций, это и служит базой коррекционной работы.

И одним из видов помощи детям с аутизмом и их семьям, все более и более признаваемым в последние годы стала лечебная верховая езда.

Когда брезгливые и пугливые (часто пугающиеся всего живого) аутичные дети начинают заниматься иппотерапией и для них это большое испытание. Порой проходит не один месяц регулярных заня-

тий прежде, чем ребенок решает сесть на лошадь, покормить ее с ладони сухариком.

Иппотерапия (лечебная верховая езда) - один из эффективных методов в реабилитации инвалидов, который в последнее время привлекает все больше внимания родителей, педагогов, врачей, социальных работников. Специалистами доказано, что занятия на лошади влияют на организм: нормализуют сердечно-сосудистую, нервную, пищеварительные системы, снимают судорожную готовность, снижают уровень сахара в крови. И если другие виды реабилитации лишь улучшают двигательные навыки, лечебная верховая езда позволяет приобрести новые, дает реальный шанс ослабить степень инвалидности. На положительный результат влияют - темп шага спокойно идущей лошади, почти идентичный человеческому, температура тела лошади - около 38, во время движения мощная мускулатура животного массирует, расслабляет спазмированные мышцы больного. Движения лошади переносятся на седока, а это около 110 импульсов в минуту, они имитируют и стимулируют движения, которые совершают здоровый человек при ходьбе. Для сохранения равновесия седоку волей-неволей приходится включать в работу все свои мышцы и здоровые и бездействующие. Ритмичное, плавное перемещение лошади расслабляет и снимает нервное напряжение, вызванное заболеванием.

Когда больной с заболеванием нервной системы садиться на лошадь, тренируются не только его опорно-двигательная система, но и зрение, и слух, и обоняние, осязание, вестибулярный аппарат - ни один комплекс лечебной физкультуры не дает этого одновременно, это важно детям с синдромом раннего детского аутизма. Занятия лечебной верховой ездой (ЛВЕ) должны продолжаться с аутичным ребенком не менее года. С одной стороны нельзя рассчитывать на быстрый успех, а с другой стороны всегда есть возможность при регулярных тренировках добиться чего-то еще. Сделать еще один шаг вперед, даже если кажется, что ребенок уже достиг "потолка" в своем развитии. В Англии, Франции, США, Финляндии иппотерапию применяют более 20 лет. В последние 9 лет ЛВЕ развивается и в России. На данный момент практически в каждом городе есть центры, занимающиеся реабилитацией детей инвалидов с помощью ЛВЕ. Родоначальником иппотерапии в России является д.м.н. Д.М.Циррава (Тбилисская медицинская академия, мастер спорта международного класса по конному спорту).

Примером использования данного метода может служить работа с пациентом Ц. – 7 лет.

Первичное обращение в стационар было, когда ребенку исполнилось 4 года в 1998 году. Жалобы: эмоционально не реагирует на родителей, не разговаривает, нет контакта со сверстниками, стереотипность движений, не играет с игрушками.

Из анамнеза: родился от четвертой беременности

ти, протекавшей с токсикозом, в первой половине беременности повышенное давление. Вторую половину беременности мама находилась на сохранении. Роды в срок. Голову держит с 4 месяцев, ходит с 1 г. 1 м., в полтора года появлялись отдельные слова. В 2.5 года перенес ОРВИ, после чего исчезла речь, перестал говорить.

В ходе обследования был выставлен диагноз – синдром раннего детского аутизма.

При первичном обследовании. Контакту мало доступен, спокоен, перебирает буквы, долго смотрит в окно. При попытке организовать деятельность становится расторможен, подвижен, берет в руки игрушки и тут же их бросает. На обращенную речь реагирует неадекватно, гримасничает. Уровень знаний, умений, навыков ниже возрастной нормы. Словесные инструкции не принимает. Речь отсутствует. Произносит отдельные словосочетания типа: “То-то, ца-ца, ой-ой”. Геометрические фигуры не знает, но по образцу раскладывает.

Мальчик вместе с мамой присутствовал на музыкальных занятиях. В контакт с детьми не вступал, но постепенно стал повторять движения,ходить в хороводе. Без мамы организации не поддается.

В течение 3 лет ребенок 2 раза в год проходил курс лечения стационара (медикаментозное лечение, массаж, физиотерапия, индивидуальную психотерапию, занятия в группе). С 2000 года, помимо общего курса лечения и реабилитации были включены занятия по методу иппотерапии. Занятия про-

ходили 1 раз в неделю. При обследовании через несколько месяцев отмечается положительная динамика: ребенок стал эмоциональнее реагировать на различные ситуации. Особенно отмечается комплекс оживления при разговоре о тренировках. Через 3 месяца занятий появился слог “ко”, стал частично выполнять упражнения, предлагаемые ведущим (в манеже во время занятий может “петь”). Расширяется вокализация, стали появляться слова “мама, папа, пока”. Стал писать печатными буквами (написал письмо лошади о своем дне рождения).

Таким образом, при дополнительно введенной эмоционально окрашенной методике (ЛВЕ) отмечается положительная динамика: стал принимать простую словесную инструкцию, ориентироваться в основных цветах (красный, зеленый, желтый, синий), увеличился формальный запас знаний, расширилась вокализация, улучшилась координация движения, отмечается появление положительно окрашенных эмоциональных реакций.

Данный пример позволяет оптимизировать деятельность в работе с детьми с ранним детским аутизмом и расширить накопленный опыт в работе с детьми, имеющими также и другие нервно-психические расстройства.

Литература:

1. Башина В.М. - Ранняя детская шизофрения. М. “Медицина” 1989 г.
2. Коневодство и конный спорт, № 6, 2000 г.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

д.м.н., проф. Я.П.Гирич

г. Красноярск

Наличие в психотерапии глубокого кризиса психотерапевтам удобней не замечать. Состояние этой специальности традиционно описывается в радужных перспективах. Особый упор производится на постоянном расширении границ ее применения. Так, в последнее время среди психотерапевтов все более популярной становится концепция “соматизации”. Даже в очень популярном в России журнале “Социальная и клиническая психиатрия” этой проблеме посвящена “развернутая” статья [33].

В этой публикации “соматизация” рассматривается “...как функциональное расстройство без соматических или без достаточных соматических причин” [33, стр. 94], для лечения предлагается психотерапия, сам же психотерапевтический процесс разбивается на две ступени: когнитивную и психодинамическую. Однако следует учесть, что при сравнительном анализе основных моделей психотерапии выявляется их практически одинаковая эффективность [16]. Традиционно психотерапевтические

методики применяются для лечения преимущественно невротических нарушений. Эффективность терапии определяется в пределах 70%. В то же время есть убедительные доводы о том, что в 64,8% случаев при хронических невротических расстройствах имеет место полная спонтанная редукция болезненных отклонений [24]. Поэтому есть основания рассмотреть опыт использования категории “психосоматика” за пределами функциональных нарушений.

Исследователями были предприняты попытки расширить границы категории “психосоматических расстройств” за счет болезней терапевтического, акушерско-гинекологического профилей, при которых имеются неспецифические структурные изменения в гладкомышечных органах [45, 47, 50, 54], и офтальмологических заболеваний с преобладанием сосудистой патологии [14, 53]. Для диагностики применялись преимущественно экспериментально-психологические методики, что позволяло выявить

наличие эмоциональных нарушений, для коррекции которых использовались психотропные препараты и психотерапия. При этом клиницисты отмечали, что с помощью экспериментально-психологических методик можно определить наличие эмоциональных отклонений только в статике, провести же синдромологическую оценку нарушений, определить их генез довольно сложно [3, 41]. Было также отмечено, что применение при таких заболеваниях психотропных препаратов и психотерапевтических методик не привело к повышению эффективности результатов лечения [49].

При теоретической разработке концепции соматизации исследователями-психотерапевтами учитывались преимущественно психологические теории. Их можно отнести к малым теориям в понимании Merton R.K. [48]. При изучении психосоматической патологии в более широком ее понимании многие авторы начали отдавать предпочтение теориям среднего ранга. Этому способствовали результаты клинических исследований. Т.А.Trommer [52], положившая начало широкому использованию антидепрессантов в педиатрической практике, писала: «Депрессивные синдромы в детском возрасте являются, вероятно, более частыми, чем это принято думать. Имеющиеся симптомы бывают обманчивыми, могут ввести в заблуждение... Вначале болезнь проявляется больше физически, чем психически, и перемены в личности ребенка приписываются недостаточной подтянутости.... Когда подозревают депрессии у детей, то находят жалобы на неспецифические возвращающиеся головные боли, расстройства сна, непонятные страхи. В последующем преобладает беспокойство с раздражительностью, полные безотчетности характерологические вспышки, ...они могут войти в себя или проявить отчаянную агрессию и антисоциальное поведение» (стр. 729). В клинических публикациях подчеркивалась также провоцирующая роль эмоциональных нарушений в развитии, злокачественном прогрессировании никотинизма [18], алкоголизма [36] и других форм патологии. Поэтому для теоретических обобщений чаще стали использовать социально-психологическую теорию фruстрации-агрессии (теорию среднего ранга): эмоциональные, преимущественно депрессивные, расстройства указывают на факт нахождения личности в состоянии фрустрации, готовность к пребыванию в которой закладывается условиями воспитания в раннем детстве; отклонения поведения, алкоголизация, "соматовегетативные сдвиги" - различные варианты выхода из фрустрации через механизм косвенной гетеро- и аутоагрессии [40].

После присуждения в 1973 году аниматологам Н.Тинбергену, К.Фришу и К.Лоренцу Нобелевской премии в области медицины усилился интерес к еще более широким обобщениям (к использованию больших теорий в понимании Merton R.K.).

B.Cronholm [38], представлявший от имени Ко-

ролевского Каролинского Института новых Нобелевских лауреатов, заявил, что, «этологические механизмы могут вести не только к патологическому поведению, но и к таким заболеваниям, как гипертония и инфаркт миокарда» (стр.9). Было обращено внимание на предположение N.Tinbergen [51] о том, что развитие неспецифических структурных изменений в органах, состоящих из гладкой мускулатуры и обеспечивающих вегетативной иннервацией, можно расценить как вариант выхода из хронической фрустрации через механизм косвенной аутоагрессии. Постепенно теория фрустрации-агрессии начала уступать место этологической (поведенческой) теории [17].

«Сквозь призму» этологической (большой) теории были рассмотрены изменения показателей медико-социального благополучия общества, произошедшего в последние десятилетия. С начала шестидесятых годов в США и других социально благополучных странах была отмечена тенденция к «беспричинному» прекращению роста онкологических заболеваний [13]. С того же времени и в тех же странах выявлен «беспричинный» рост преступности, никотинизма, алкоголизма, наркоманий [12, 43]. В.В.Макаров [19] предложил следующее объяснение: «рост числа случаев выхода из фрустрации через механизм косвенной гетероагрессии (преступность) и относительно легкие варианты косвенной аутоагрессии (никотинизм, алкоголизм) уменьшает вероятность выхода из фрустрации через грубые варианты косвенной аутоагрессии (онкологические заболевания)».

С этого времени в клинически направленных исследованиях констатировалось родство между невротическими отклонениями, алкоголизмом, терапевтическими заболеваниями с преимущественным поражением гладкомышечных органов, отмечалось наличие общих для этих болезней патогенетических механизмов развития и прогрессирования, факторов риска [15, 37, 39, 46]. Изучение патогенетических механизмов при алкоголизме, терапевтических болезнях с поражением гладкомышечных органов, при сочетании этих двух форм патологии позволило определить роль социально-психологических механизмов патогенеза в пределах 30-70%, а основным социально-психологическим фактором риска расценить несовпадение социально-психологической ниши, в которой личность находилась в первые годы жизни, и той, в которой она постоянно пребывает после достижения совершеннолетия [15]. Это указывает на важность психотерапии при лечении обсуждаемых заболеваний.

В последние десятилетия доминирующими направлениями психотерапии считались групповое, психоаналитическое, гештальт и модификационное [6]. В рамках каждого из них разработаны достаточно сложные и трудные для овладения врачом методики. Практически все они предусматривают кор-

рекцию проблем личности и межличностных отношений, но не рассматриваются при лечении алкоголизма и болезней внутренних органов в качестве альтернативы медикаментозному лечению [10]. Традиционное сопоставление эффективности этих методик использовать трудно. К тому же обсуждаемая патология широко распространена и является социально значимой. Поэтому предпочтение должно отдаваться тем приемам, которые просты в применении. Только в таком случае они могут широко и с успехом использоваться разными звенями медицинской службы.

Для выбора оптимальной психотерапевтической методики нами [10] был применен нетрадиционный для психотерапевтов подход. Мы сравнили особенности динамики шизофrenии, для которой не характерны выраженные структурные изменения в органах и системах, и терапевтических заболеваний с выраженным поражениями в гладкомышечных органах. При психотерапевтических методиках, особенно экзистенциальной направленности, переживания пациентов, проходящих лечение, напоминают психопродуктивные расстройства, типичные для шизофrenии, а при холотропной терапии они по сути сходные с онейроидом. Клиницистам известен факт редкого сочетания тяжелых заболеваний терапевтического профиля с шизофrenией [42], у больных с тяжелыми формами шизофrenии даже в пожилом возрасте неврологические и терапевтические заболевания протекают с клинически рудиментарной симптоматикой [31]. У перенесших онейроидный ступор в течение длительного времени нет грубых психических нарушений и соматических заболеваний [29], да и сами хронически протекающие неврозы фактически не трансформируются в шизофrenию [1].

Были сопоставлены клинические особенности и последствия алкогольного делирия и онейроида при шизофrenии. После онейроида типична длительная ремиссия [29], после делирия преобладает катастрофическое течение алкоголизма [2]. Между онейроидом и делирием есть определенное сходство (транзиторный характер психоза, наличие дезориентированности и обманов восприятия). Но при онейроиде психические расстройства протекают на фоне фактической миорелаксации и при отсутствии выраженных сомато-вегетативных сдвигов.

Это дало основания предположить, что хорошего терапевтического эффекта позволят достигнуть те экзистенциально ориентированные методики, при которых переживания больных (эмоциональные изменения, обманы восприятия и т.п.) протекают на фоне хотя бы относительной мышечной релаксации и при отсутствии значимых сомато-вегетативных сдвигов (одышки, тахикардии, гипергидроза и т.п.). Таким требованиям соответствует методика АТ-Шульца. Ее низшая ступень вызывает хорошую мышечную релаксацию, а высшая ступень несет как

психоаналитическую, так и экзистенциальную “нагрузку” [5]. Да и сам факт использования методики во врачебной практике более 70 лет указывает на её терапевтическую значимость.

В то же время при обосновании плана лечения следует иметь в виду отмеченное выше предположение N.Tinbergen о развитии структурной дефицитарности в сосудах и гладкомышечных органах, как варианта выхода из хронической фрустрации через механизм косвенной аутоагgressии. Поэтому следует учесть и ряд общепатологических положений.

Характер функционирования органа зависит от кровотока, скорость которого определяется, в свою очередь, состоянием тонуса сосудов [7]. При нормализации сосудистого тонуса происходит редукция структурно-спаечных изменений [7, 34]. Сосудистую дистонию обусловливают как структурная патология в пораженном органе, так и клинически “немые” структурные отклонения в других органах и системах [32], в периферических мышечных “зажимах” [9].

Для улучшения кровотока предложено много лечебных методик. Психотерапевтами, оказывающими помощь больным с заболеваниями мозга, было доказано, что, применяя гипнотерапию удается изменить тонус сосудов, состояние гладкой мускулатуры внутренних органов [4, 8, 28, 49]. Лечебные формулы типа “по спине и затылку образуется тоненькая щель, в эту щель уходят боли, тревога” в методических рекомендациях и руководствах стали предлагаться преимущественно для снятия транзиторных расстройств у высоко внушаемых больных, и на первое место вышло внушение расслабленности поперечно-полосатых мышц, рефлекторное увеличение просвета сосудов и связанное с этим улучшение “питания” мозга или другого органа [8, 25].

Всё шире стали использоваться “рефлекторные механизмы” регулирования тонуса мышц и сосудов. Предложено применение психотропных препаратов для улучшения кровотока в головном мозге, вследствие снятия гипертонуса поперечно-полосатых мышц [55]. Более широкое распространение получили приемы аутогенной тренировки (АТ), особенно использование упрощенных ее вариантов. Низшая ступень методики Шульца практически полностью построена на знаниях анатомо-физиологического базиса психиатрических и терапевтических синдромов. В последующем этот подход в упрощенных вариантах АТ использовался как при лечении функциональной, так и структурной патологии (вызывание ощущения тепла и тяжести в левой руке использовалось при лечении как кардионевроза, так и стенокардии). Маску релаксации Мюллер-Хегемана применяли и при лечении эмоциональных расстройств функционального генеза, и для терапии эмоциональных нарушений при органическом по-

ражении ЦНС.

Исходя из запросов практики, были адаптированы многие варианты “прогрессирующей релаксации” для воздействия на функциональные изменения в брюшной полости [44], модифицирована методика Д.Мюллер-Хегемана с ориентированностью на кардиальную патологию [26], непосредственно на гиптонию [20] и т.д. Методы аутогенной тренировки были адаптированы даже для больных с низким интеллектом [14]. В последнее время для этих целей активно предлагаются физиотерапевтические методики [23, 30]. Однако за пределы “симптоматического” лечения такие методы не выходят.

Необходимо обратить внимание на одно из важных отличий психотерапии из большинства других методов лечения: все психотерапевтические методы “выходят” непосредственно из теории, минуя диагноз: этим фактом объясняется наличие более 200 психотерапевтических школ, подобной ситуации в других лечебных специальностях не отмечается [27].

Механизм, сдерживающий переход медицины на разработку преимущественно теоретических новшеств, появился еще в XVI веке в виде диагноза. Использование такого промежуточного звена между теорией и лечебной практикой хорошо себя оправдало в конце XIX - начале XX века. Ориентированность медицины на этиологический диагноз позволило адаптировать для нужд практики крупные открытия в области инфекционных и сходных с ними болезней: удалось разработать и внедрить высоко эффективные лечебные и профилактические программы [11]. Но подобный подход не удалось применить в отношении хронически протекающих неспецифических (мультифакторных) болезней. Из практических соображений медицина вынуждена была отойти от использования этиологического диагноза и основное внимание уделить приемам клинической диагностики [29]. В теоретическом плане это дало результаты. Удалось сформулировать патогенетические механизмы и систематизировать факторы риска при многих хронических, не связанных с определенной вредностью, болезнях. Однако и по настоящее время работы такого плана часто прекращаются на этапе теоретического обоснования. Заключения о практической значимости носят предположительный характер, новые высоко эффективные технологии не внедряются. Разрыв между теорией и практикой увеличивается.

Из практических соображений в рамках хронической неспецифической патологии было выделено понятие “патогенетический диагноз” [27], при этом учитывалось наличие сосудистой дистонии и обуславливающих ее факторов риска. Вместо понятия “метод терапии” была предложена категория “лечебная программа”, что позволяло компоновать в логическую цепочку терапевтические техники, относящиеся к разным методам лечения, но все ис-

пользующиеся приемы, в конечном счете, приводили к нормализации тонуса сосудов.

Нами [10] была предложена патогенетически ориентированная программа комплексного немедикаментозного лечения, предусматривающая воздействие на организм в трёх направлениях: 1) непосредственное улучшение состояния тонуса сосудов пораженного органа путем достижения релаксации поперечно-полостатых мышц при помощи миорелаксационных, массажных, мобилизационных и психотерапевтических техник; 2) опосредованное улучшение состояния тонуса сосудов, путем упреждения патологических импульсов с других структурно дефицитарных органов и систем, добиваясь устойчивой релаксации поперечно-полостатых мышц спины и поясницы релаксационными и психотерапевтическими приемами, а также массажными и мобилизационными манипуляциями на позвоночнике; 3) опосредованное улучшение состояния тонуса сосудов путем суггестивной провокации переживаний, типичных для высшей ступени методики Шульца, способных обеспечить коррекцию эмоциональных нарушений, обусловленных преимущественно психотравмирующими ситуациями и дефектами воспитания периода раннего детства. Ее использование в лечебном подразделении Красноярской краевой организации Российского Общества Красного Креста показало обнадеживающие результаты [10].

В последующем предложенная программа получила довольно широкое распространение. При лечении ряда хронических заболеваний (срок болезни более 5 лет) в 20-30% случаев удавалось полностью отменить на время лекарственные препараты без последующего рецидива, в 35-40% - резко уменьшить количество и дозы лекарств (также без обострения болезни), не удавалось достигнуть значимых результатов только в 25-35% наблюдений. Соответствующие данные были опубликованы по результатам лечения собственно терапевтических заболеваний [35], болезней внутренних органов, сочетающихся с алкоголизмом, неврологических динэнцефальных пароксизмов [22], травматического мозгового синдрома [3]. Использованный подход составил альтернативу традиционному как психотерапевтическому, так и медикаментозному лечению. Врачи использовали унифицированную программу и обеспечивали в течение года терапию и динамическое наблюдение от 90 до 120 больных.

Опыт проведенной работы показал, что использованные технологии могут составить альтернативу традиционному как медикаментозному, так и психотерапевтическому лечению при многих формах хронической малокурабельной патологии. Максимальная унификация диагноза и лечения позволяет рассматривать возможность внедрения “конвейерных” (мало затратных) технологий, в том числе и в низовых звеньях медицинской службы, включая

сельские амбулатории [21]. Психотерапевты, имеющие базовую медицинскую (врачебную) подготовку, смогут планировать лечение в соответствии с диагнозом, а, не исходя из теории. Не исключено, что в медицинских учреждениях в перспективе психотерапевт не будет играть роль “вспомогательного” врача, а станет равным терапевтам, неврологам, психиатрам и специалистам другого профиля. Да и требования Министерства здравоохранения о необходимости психотерапевту иметь базовую подготовку в области психиатрии могут оказаться устаревшими.

Литература:

1. Александровский Ю.А. *Пограничные психические расстройства*. - М., 1993. - 398 с.
2. Алкоголизм. Руководство для врачей. - М., 1983. - 432 с.
3. Березовская М.А. Обоснование технологии лечения непсихотического посттравматического мозгового синдрома // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2000. № 1. - С. 64-67
4. Буль П.И. Гипноз в клинике внутренних болезней. - Л., 1968. - 318 с.
5. Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением // Диссертация в виде научного доклада ... доктора медицинских наук. - М., 1998. - 58 с.
6. Ванникова Н.Р. Социально-психологические проблемы психотерапевтического движения в США // Социальная психология и общественная практика. - М., 1985. - С. 113-126.
7. Василенко В.Х. Введение в клинику внутренних болезней. - М., 1985. - 254 с.
8. Вельтовский И.З. Специальные методы психотерапии // Психотерапия и деонтология в комплексе лечения и реабилитации больных на курорте. Сборник научных статей. - Харьков, 1972. - С. 30-36.
9. Веселовский В.П. Практическая вертебро-неврология и мануальная терапия. - Рига, 1991. - 314 с.
10. Гирич Я.П. Возможности противостояния врачей непрофессиональным “целителям” при лечении психосоматических болезней. - Красноярск, 1992. - 56 с.
11. Давыдовский И.В. Проблемы причинности в медицине (этиология). - М., 1962. - 176 с.
12. Исламова Г.А., Якимов В.Б. Проблема наркоманий с позиций ментальной экологии // Вопросы ментальной медицины и экологии. - 1996. № 1. - С. 3-10.
13. Клеменков А.А. Опухоли желудка. - М., 1988. - 218 с.
14. Кляйнзорге Х., Клюмбес Г. Техника релаксации. - М., 1965. - 138 с.
15. Коробицына Т.В. Социально-психологический анализ факторов риска развития психосоматических болезней и алкоголизма. - Красноярск, 2000. - 94 с.
16. Красильников Г.Т. О “транскультуральности психиатров” // Сибирский вестник психиатрии и наркологии – 1999, № 4. – С. 80-82.
17. Лисицин Ю.П. Здоровье населения и современные теории медицины. - М., 1982. - 324 с.
18. Лисняк М.А., Макаров В.В. Клинические варианты динамики никотинизма // Вопросы ментальной медицины и экологии. - 1996. № 1. - С. 51-57.
19. Макаров В.В. Возможности этологического подхода в прикладных медицинских исследованиях // Этологическая теория в разработке лечебных и профилактических программ. - Красноярск, 1994. - С. 3-12.
20. Мировский К.И., Шогам А.Н. О некоторых клинико-физиологических показателях психотонической (аутогенной) тренировки при неврозах // Труды IV Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. Сборник научных статей. - М., 1965. - Том 5. - С. 395-398.
21. Муравский С.П. Психотерапия в практике сельского врача. - Абакан, 1998 - 37 с.
22. Муравский С.П. Психотерапевтические технологии при лечении психосоматических расстройств в практике врача сельской амбулатории // Автореф. дисс. ... кандидата мед. наук. - Томск. 2000. - 20 с.
23. Николаева А.А., Куроедов А.Ю., Николаев К.Ю. Вегето-сосудистая дистония: не пора ли расставить точки над i? // Консилиум. 1999. № 2 (5). - С. 36-40.
24. Носков Г. Г. Спонтанный саногенез невротических расстройств // Автореф. дисс. ... доктора мед. наук. СПб., 1999. - 46 с.
25. Руководство по психотерапии. - М., 1974. - 314 с.
26. Свядош А.М., Ромэн А.С. Аутогенная тренировка и ее значение для понимания патогенеза и терапии неврозов // Труды IV Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. Сборник научных статей. - М. 1965. Том 5. - С. 391-394.
27. Семке В.Я., Красильников Г.Т., Гирич Я.П. и др. Факторы риска и патогенетические механизмы при хронических неспецифических болезнях. - Томск, 1998. - 63 с.
28. Слободянник М.П. Психотерапия, внушение, гипноз. - Киев, 1996. - 386 с.
29. Снежневский А.В. Симптоматология и нозология // Шизофрения. Клиника, патогенез. - М., 1969. - С. 29-112.
30. Суховершинин А.В., Астащов В.В., Бохан Н.А. и др. Биохимическое исследование крови при сочетанной радио- и КВЧ-терапии экспериментальной острой ишемии головного мозга // Актуальные вопросы психиатрии. Томск, 1999. - С. 145-146.

31. Течение и исходы шизофрении. – М., 1981. – 188 с.
32. Трошин В.Д. Сосудистые заболевания нервной системы. - Нижний Новгород, 1992. - 302 с.
33. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Довженко Т.В. и др. Концепция соматизации: история и современное состояние // Социальная и клиническая психиатрия. –2000. - Т.10., № 4. – С.81-97.
34. Шмидт Е.В. Начальные проявления неполноты кровоснабжения мозга // Журнал невропат. и психиатр. им. С. С. Корсакова. – 1977, № 11. – С. 1615-1621.
35. Юнусов М.Р. Психотерапевтические программы в практике интернистов // Вопросы менタルной медицины и экологии. - 1996. - № 1. - С. 41-50.
36. Якимов В.Б. Наркологически ориентированная психопрофилактическая программа. – Кустай, 1996. - 96 с.
37. Claussen B., Nygard J.F. Unemployed patients in 60 family practices // Tidsskr. Nor. Laegeforen. - 1994. V 114. N 16. - P. 1806-1810.
38. Cronholm B., 1974. Цит. по: Лисицын Ю.П. Здоровье населения и современные теории медицины. - М., 1982. - С. 119-120.
39. Dedeoglu N. Health and social inequities in Turkey// Soc. Sci. Med. - 1990. V 31. N 3. - P. 387-392.
40. Dollard J., Miller M.D. Personaliti and Psychotherapy. – N.Y. 1950. – 238 p.
41. Erb C. Psychiatrische Auffälligkeiten bei Patient mit primären Offenwinkelglaukom // Oftalmologe. 1993. V 90. N 6. – 635-639.
42. Hartman W. Statistische Untersuchungen an langjährigen hospitalisierten Schizophrenen // Sozialpsychiatr. – 1969. Bd2. – S. 101-114.
43. Hoberman P.W., Natarajan G. Trends in alcoholism and narcotic abuse from medical Examiner data // J. Stud. Alcohol. - 1984. N 4. - P. 316-321.
44. Jacobson E. Progressive relaxation. – Chicago. 1938. – 116 p.
45. Jores A. Practice Psychosomatic. – Bern. 1981. – 514 s.
46. Leder S. Unemployment and health // Psychiatr. Pol. – 1994. V 28. N 6. – P. 651-666.
47. Lopez Ibor J.J. Zum Problem psychosomatische Pathologie // Bild. Psychiatr. - 1976. N 152. - S. 5-16.
48. Merton R.K. Social Structure and anomia // Amer. Sociological Rev. - 1938. N 3. - P. 672-682.
49. Patterson G. The integration of group and individual therapy // Amer. J. Orthopsychiatr. – 1956. № 26. – P. 618-629.
50. Psychosozialer stress und koronare Herzkrankheit. – Berlin. 1978. – 204 s.
51. Tinbergen N. Ethology and stress diseases // Science – 1975. V 185. N 1.-P. 20-27.
52. Tromer E.A. Treatment of childhood depression with antidepressant drugs // Brit. med. J. - 1967. N 1. - P. 729-792.
53. Weinstein P., Dobossy M. Psychosomatische Faktoren in der Augenheilkunde // Klin Monatsbl Augenheilkg. – 1975, V 166. N 4 – S. - 537-539
54. Wenderlein J. Gestose und Psychosomatic // Zbl. Gynar. - 1983. V 103. N 22. - S. 1457-1467.
55. Ziegler D.R. Tension Headache // Med. Clin. N. Amer.- 1978. V 62. N 3. - P. 495-506.

К ВОПРОСУ СОЧЕТАНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОРГАНИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ, ПОЛУЧЕННЫХ В УСЛОВИЯХ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ И ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

М.Б.Ланцберг, В.И.Филимонов, К.П.Малышев

г. Пермь

Многочисленные исследования как зарубежных, так и отечественных ученых были направлены на то, чтобы доказать, что неорганические посттравматические стрессовые расстройства, возникающие в результате боевых действий и чрезвычайных ситуаций (PTSD-ПТСР), являются достаточно самостоятельным синдромом комплексом, а некоторые даже выделяют их в отдельную нозоформу с особенной клиникой, патогенезом и, во многом, отличными подходами в вопросах социально-психологической адаптации и реабилитации. Невольно сочетанные формы патологии несколько отошли на 2-й план мониторинговых, фундаментальных и клинико-терапевтических исследований, а также в организационно-экспертных вопросах. Однако практи-

ческий опыт работы нашего центра позволяет с достаточной степенью уверенности констатировать, что сочетанная патология далеко не редкость; либо недостаточное, несвоевременное активное выявление любой сопутствующей патологии; либо довольно закономерная при ПТСР анозогнозическая оценка своего состояния обуславливает позднее обращение к специалистам. Выявились тенденция некоторой нивелировки и задержки развития симптоматики ПТСР при сквозных, проникающих ранениях черепа, операций с длительным общим наркозом, при сохранный функции конечностей, напротив, - закрытая черепно-мозговая травма, как правило, ускоряет, усиливает, извращает течение ПТСР.

Нам хотелось бы предложить клиническую ил-

люстрацию: клиент В. 1981 г.р. (20 полных лет); уроженец и житель Пермской области. Участвовал в боевых действиях в Чечне, будучи солдатом срочной службы в мотострелковых войсках; демобилизован, как завершивший срок службы 18.12.00 г. Направлен в ГУ Центр «Социум плюс» на консультацию к психотерапевту районным психологом и военкомом по настоятельной просьбе членов семьи, - родителей и жены 16.01.01 г. Активные жалобы: дрожание, слабость, онемение правой ноги. Из анамнеза: в начале сентября 2000 г. (точно число не помнит) БМП подорвался на фугасе; сколько был без сознания не помнит; очнулся в госпитале г. Ростова-на-Дону. Чувствовал себя относительно удовлетворительно; беспокоили периодические головные боли разного характера средней интенсивности, которые вскоре прошли; чем лечили не знает; спинномозговую функцию и рентгенографию черепа не делали. Через 2 месяца был выписан из госпиталя и в ноябре принимал участие в боевых действиях. С начала ноября появилось дрожание в правой ноге, за помощью не обращался. После демобилизации появились распирающие головные боли ноющего характера, разной интенсивности, длившимися часами, сопровождающиеся «помутнением» в голове и перед глазами, притупляющиеся несколькими таблетками цитрамона, усиливались боли в душном помещении, в бане, которую раньше переносил хорошо. Появился страх находиться одному в помещении, несвязанный конкретно ни с чем; бессонница стала чередоваться с цветными кошмарными сновидениями, связанными с войной; возникли явления «уже виденного» и «никогда невиденного». Стал злым и агрессивным, хотя ранее по характеру доброжелательный; злость и агрессия практически беспричинна. Курит 1 пачку сигарет в день. Алкогольный анамнез: как со стороны отца, так и со стороны матери есть родственники, страдающие алкоголизмом; до армии употреблял редко, но мог выпить 1,0-1,5 л. водки и «не выключался»; в настоящее время употребляет почти ежедневно «для уменьшения страха и тревоги», зато «выключает-

ся» по несколько раз в день с 75-100 г. водки или с бутылки пива; резкое снижение памяти и концентрации внимания. Полная дисгармония внутрисемейных отношений; резко снижено либido при индифферентном отношении к данной ситуации. Несколько защищенным себя чувствует вместе с теми бывшими бойцами, с кем призывался, с кем воевал.

Объективно: очень беспокоен, выраженная судистая реакция в виде пятен, красный средневозможенный дермографизм; на вопросы отвечает однозначно, сбивчиво иногда со 2-го-3-го раза. Длительный установочный нистагм; зрачковые реакции живые, равные; черепно-мозговые нервы D>S; скрытая леворукость по всем тестам; гипестезия всей правой стороны; видимый гипекинез, пароксизмально усиливающийся; сухожильные и надкостничные рефлексы D>S, правосторонняя пирамидная недостаточность; координационные пробы выполняет с tremором. Объективный анамнез при беседе с женой (она медицинская сестра) практически полностью совпал с субъективным.

Со слов жены гарнизонный госпиталь его не госпитализировал, т.к. он демобилизован по сроку (а не по болезни или травме, хотя и в этом случае он формально мог лечиться, будучи военнослужащим, до экспертной комиссии). Больной был направлен к районному невропатологу для выдачи направления в госпиталь инвалидов войн, которая сообщила, что он 10-й на очереди, так что возможно в конце мая, или в середине июня он попадет на обследование и может быть лечение. В общездравоохранительную сеть она, якобы, его направить не может.

Вывод только один: разработать и принять организационные меры для данной категории больных, нуждающихся в комплексном обследовании и лечении; чисто реабилитационно-психологический подход может только усугубить их состояние и потерять время возможно для более радикального нейрохирургического и фармакокоррекционного вмешательства.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РОССИЙСКОЙ НАРКОЛОГИИ

проф. В.В.Макаров

г. Москва

Психотерапия зависимостей в нашей стране получила своеобразное, особое развитие. Это связано как со своеобразием менталитета наших сограждан, с традициями развития психотерапии, так и с порядком финансирования медицины. Если в развитых странах психотерапия тем или иным способом оплачивается государством, или материально высоко обеспеченные пациенты оплачивают услуги частного психотерапевта. И это служит основой

для того, чтобы получившие признание методы психотерапии применялись для лечения зависимостей, также как и других форм патологии. Используются различные методы, как теперь принято называть, модальности психотерапии, преимущественно относящиеся к психоаналитическому, бихевиоральному или гуманистическому направлениям современной психотерапии

Действительно, в нашей стране пока недостаточ-

но развиты научные и методические подходы к психотерапии зависимостей. И вместе с тем, эта область психотерапии широко распространена в практике. Причем здесь используется множество методик и разнообразных приемов. Отставание научного и методического обеспечения данного раздела наркологии отчасти вызвано традиционным приоритетом биологических подходов в специальностях, занятых охраной психического здоровья, в том числе в наркологии. Отчасти — нежеланием практикующих специалистов делиться своими результатами и наработками. Многие из них называют свои психотерапевтические приемы новыми авторскими методами психотерапии, возводя такой метод в свой профессиональный секрет. Иногда так и есть на самом деле. У большинства таких специалистов действительно есть профессиональные секреты. А вот своего оригинального метода психотерапии нет. Более того, в отсутствии метода и может состоять их профессиональный секрет.

Наиболее известный в новейшей истории отечественной наркологии подход в лечении сначала только алкоголизма, а затем зависимости от табака и наркотиков метод кодирования по А.Р.Довженко при его аналитическом разборе вообще лишен какой-либо научной новизны и не является самостоятельным методом психотерапии.

Достижения А.Р.Довженко сегодня уже принадлежат истории. Это протест сильной и целеустремленной личности врача против тоталитарной системы целого государства. Это подвиг героя, который восстал и боролся против системы, сначала в одиночестве, а затем вместе со своими единомышленниками, число которых множилось; человека, который предвосхитил новые экономические отношения и начал внедрять их в тоталитарном обществе. Лечение путем кодирования по А.Р.Довженко создано и эффективно для людей с тоталитарным менталитетом. Здесь и образ врача — авторитарной фигуры, принимающей ответственность за пациента и запугивающей его неминуемыми тяжкими последствиями при нарушении режима трезвости. Здесь и страх, как основной фактор, мотивирующий поддержание трезвого образа жизни. И разовый, однократный сеанс, соответствующий мифу о чудесном исцелении после многих лет алкогольных излишеств. И отсутствие какой-либо работы с проблемами пациента, его семьи, ближайшего окружения. То есть работы с теми факторами, которые повели к алкогольным излишествам, которые поддерживают чрезмерное потребление спиртного и приводят к срыву ремиссий.

После сеанса кодирования пациент оказывается в амбивалентной ситуации. Он, а еще больше его окружающие близкие люди, довольны прекращением пьянства. И вместе с тем причины и условия, вызывавшие алкогольные эксцессы, продолжают действовать. Только теперь уже нет алкогольных

разрядок. И эмоциональное напряжение продолжает накапливаться, приводя к эмоциональным взрывам, психосоматическим расстройствам или к срыву ремиссии.

Поэтому-то окружающие люди часто считают, что у прошедших кодирование обычно портится характер и они часто болеют соматическими заболеваниями. Эти болезни окружающими, да и врачами зачастую приписываются последствиям пьянства. А вместе с тем, это обычно соматопсихические расстройства, в этиологии которых имеют значение как алкогольные эксцессы, так и психоэмоциональное напряжение в связи с их отсутствием.

Кодирование по А.Р.Довженко принадлежит дню вчерашнему, новейшей истории наркологии. И все же неправильно сегодня призывать к прекращению практического использования кодирования по А.Р.Довженко. Ведь многие граждане нашей страны психологически остаются советскими людьми с тоталитарным менталитетом. Они желают лечиться именно таким способом. С другой стороны, прогрессивная, творческая часть врачей-психотерапевтов, использующих кодирование по А.Р.Довженко, ищет возможности профессионального роста и совершенствования. Это уже привело к созданию множества авторских модификаций данного подхода и самостоятельных подходов. Одним из них является блокирование. Данная методика разработана в Красноярске в начале 90-х годов большой группой научных сотрудников, практических врачей на основе западных методов психотерапии: трансактного анализа, нейролингвистического программирования, недирективной психотерапии по М.Эриксону. Данный метод построен на выявлении позитивных возможностей и перспектив жизни человека, его ресурсных состояний. Пациент получает позитивную программу жизни без спиртного. С помощью психотерапевтического воздействия блокируется влечение к алкоголю. Метод блокирования представляется эффективным и гуманным подходом к лечению алкогольной зависимости.

Такого лечения, как приведенных выше подходов, широко доступного даже мало обеспеченным слоям населения, нет ни в одной стране с развитой психотерапией. Кроме того, в нашей стране большинство людей настроено материалистически. И эффективное психотерапевтическое лечение поэтому должно как-то опосредоваться через материальные объекты. Такими объектами опосредования успешно могут быть деньги, биологически активные добавки или плацебо.

Современная психотерапия является самостоятельной специальностью. Впрочем, в нашей стране до последнего времени официально развивается только клиническая психотерапия. Другими словами, врачебная психотерапия, основанная на парадигмах психотерапии, психиатрии и конкретной медицинской дисциплины применения. В данном

случае — наркологии. Такой подход делает специальность врача-психотерапевта элитарной. Из этого вытекает дороговизна психотерапевтических услуг в наркологии, трудности в организации и проведении длительных психотерапевтических программ.

Между тем во многих развитых странах психотерапевтами могут стать специалисты, имеющие законченное высшее образование и получившие специальную подготовку по психотерапии. Эта специальная подготовка составляет 950 часов для консультантов-психологов и 3200 часов для психотерапевтов. Когда и мы будем официально разделять эту точку зрения, у нас будут подготовлены кадры консультантов и специалистов по психотерапии, составляющих бригады, во главе которых будут стоять врачи психиатры — наркологи - психотерапевты.

Теперь позвольте перейти к некоторым характеристикам зависимых личностей, имеющим прямое отношение к психотерапии.

По нашим наблюдениям у людей, склонных к развитию зависимости, может развиться тот или иной вариант зависимости. У них есть потребность в зависимости. Это одна из глубинных, базовых характеристик психики человека.

Причем химическая зависимость — только небольшая часть известных зависимостей. Возможна зависимость от другого человека, чаще всего симбиотическая зависимость от матери, зависимость от государства, работы, карьеры, от пищи и другие зависимости. Так, в последние годы всё чаще выявляется зависимость от азартных игр, и от экзотических конфессий. И когда мы лечим человека от одной зависимости, то не только важно предусмотреть возможность развития другой зависимости, но и, более того, осознанно дать возможность такому человеку быть зависимым. Только выбрать зависимость менее деструктивную.

Так, известно, что страдающие алкоголизмом, в ремиссии часто становятся страстными накопителями, коллекционерами или моралистами. Они могут накапливать материальные ценности или стать последователями одного из множества направлений постижения здорового образа жизни, заниматься укреплением собственного здоровья и здоровья окружающих людей. Или же становятся ярыми спасителями других страдающих зависимостью. На этом во многом строится работа групп Анонимных Алкоголиков и других близких общественных образований подобного толка. Здесь важно, чтобы постоянно был обеспечен приток спасаемых. В ином случае из числа спасителей будут выделяться вновь запивающие люди, которых и будут спасать их товарищи по общественной организации.

Эти и другие заместительные зависимости позволяют пациентам не только поддерживать ремиссию, но и наполнить свою жизнь новым содержанием, реализовывать свой потенциал.

Кроме того, на разных этапах развития зависимостей осуществление психотерапевтических воздействий по-разному возможно и эффективно.

Общий принцип для зависимостей от ряда психически активных веществ состоит в том, что психотерапевтическая работа возможна на этапах употребления до развития зависимости и через некоторый более или менее значительный промежуток времени после окончания формирования зависимости.

Так, используя традиционный язык отечественной наркологии, можно сказать, что действенное психотерапевтическое лечение возможно у части пациентов на этапе бытового пьянства и алкоголизма II и II — III стадий. На этих же этапах развития заболевания психотерапия более эффективна. Тогда как у больных на I и I — II стадиях заболевания психотерапия может оказаться неэффективной, а иногда и невозможной. Ведь во время этого своеобразного “медового месяца” алкоголизма больных трудно мотивировать на какое бы то ни было лечение, и, в частности, психотерапевтическое.

Можно выделить три важнейших этапа психотерапии зависимостей: 1) формирование мотивации прекращения употребления, 2) психотерапевтически наполненный ритуал прекращения потребления и 3) поддержание образа жизни с исключением психически активного вещества, вызвавшего зависимость.

Различные концепции и школы психотерапии готовы выполнять эту работу по-своему. И ее важно проделывать в полном объеме, не ограничиваясь только эпизодом прекращения потребления средства, вызвавшего зависимость.

Обратимся к потреблению алкоголя без явлений зависимости — к алкогольной экологии.

Употребление спиртных напитков приняло столь повсеместный и широкий размах, что уже невозможно ограничиться помощью только людям с развивающейся зависимостью. Помощь и поддержка необходима множеству людей на всех этапах и при всех формах потребления алкоголя. Такую поддержку человеку можно оказывать, располагая знаниями и умениями из новой междисциплинарной области, получившей название “алкогольная экология”.

Алкогольная экология — это защита человека от деструктивного, разрушительного действия спиртных напитков на организм, модификация картины опьянения, замедление развития зависимости, преодоление зависимости от спиртного.

Целью алкогольной экологии является достижение дисциплинированного, оптимально дозированного употребления спиртных напитков, усиление позитивных эффектов алкоголя и максимально возможное уменьшение его вредного воздействия на человека. Занимаясь алкогольной экологией, мы стремимся к минимизации вредных последствий по-

требления алкоголя, к оптимизации его употребления, к потреблению чистых и качественных напитков, к помощи людям с алкогольными проблемами.

Человек употребляет спиртные напитки с незапамятных времен — часто пишется, что на протяжении тридцати тысяч лет. Вначале прием алкоголя носил культовый характер. А сегодня алкогольное поведение является неотъемлемой частью жизни и бытовой культуры.

Конечно же, алкоголь оценен обществом по достоинству. Состояние опьянения для многих стало третьим, причем наиболее желанным состоянием, наряду с бодрствованием и сном. Некоторые осознают, что и само алкогольное опьянение в разных местах с разными людьми протекает по-разному. На праздниках и юбилеях, на похоронах и поминках, в поездах и на теплоходах, в гостях и дома, в кафе или просто на улице — опьянение протекает по-разному. Опьянение в различных местах приносит больше или меньше приятных ощущений и приводит к большему или меньшему количеству проблем.

Само широкое употребление спиртного сегодня может восприниматься как попытка самолечения нации. Где есть какая-либо форма лечения, там необходимы специалисты, занятые помощью людям, получившим специальную подготовку.

Алкогольная экология ставит перед собой задачу оптимизации отношения человека со спиртными напитками. В этом ее отличие от клинической наркологии, которая по-настоящему интересуется только уже заболевшим человеком и всем пациентам обычно предлагает полное воздержание от спиртного.

Между тем важно отметить, что пьянство далеко не всегда приводит к зависимости от алкоголя. Под пьянством со времен Е.Джеллиника (1960) понимаются те случаи, в которых на основе привычки или какого-либо иного предрасположения человек не может ни бросить пить, ни свести потребление алкоголя к безвредному минимуму при отсутствии признаков заболевания.

Недисциплинированное употребление спиртного — бытовое пьянство — может иметь для личности, семьи и государства не менее вредные последствия, чем зависимость от алкоголя. А для общества в целом пьянство, несомненно, создает значительно больше проблем, чем зависимость. От пьянства особенно страдают люди, занятые квалифицированным трудом, требующим высокой интеллектуальной отдачи и дисциплины. Пагубные последствия для них могут быть значительно более выражены, чем последствия от тяжелой, многолетней зависимости для человека физического труда или не занятого регулярным трудом субъекта.

К биологическому аспекту алкогольной экологии относятся, в частности, врожденная переносимость алкоголя и генетическая предрасположенность к развитию зависимости. Вместе с тем важно

знать и учитывать алкогольную историю и культуру каждого народа. Так, например, армяне относятся к тем народам, которые и привнесли алкоголь в земную культуру. Они весьма адаптированы к спиртным напиткам. Русские на протяжении большей части своей истории употребляли пиво, медки, браги и слабые импортные вина. Кенным напиткам русские адаптированы. А затем традиция, позволяющая широко употреблять слабые спиртные напитки, неправомерно распространилась на крепкие напитки, которые русские начали употреблять совсем недавно. Здесь организм человека особенно нуждается в защите и помощи.

К психологическому аспекту алкогольной экологии относится алкогольное поведение человека: система разрешений и запретов при взаимодействии с алкоголем, способности психологически настраивать себя на определенные формы поведения и ограничения. Это особенно важно в нашей водочной алкогольной субкультуре, где широко употребляется наиболее опасный спиртной напиток. А ведь вода даёт не только агрессивные формы опьянения. Быстрее других напитков она вызывает и формирование зависимости, патологию внутренних органов, преждевременное старение и смерть человека.

Передача алкогольной субкультуры осуществляется на двух основных уровнях: социально-психологическом (обычаи) и индивидуально-психологическом (установки).

Первичные алкогольные установки складываются до начала потребления спиртного. Вторичные установки формируются в процессе алкоголизации.

Индивидуальное употребление алкоголя контролируют обычаи и санкции. Обычаи декретируют потребление алкоголя и поведение в состоянии опьянения. Санкции обеспечивают как формальный, так и неформальный внешний контроль за взаимодействиями человека со спиртными напитками.

Особое значение здесь приобретает воспитание культуры отказа и потребления спиртных напитков. Воспитание особой осторожности при взаимодействии с психически активными веществами, способными вызывать зависимость.

Человек, страдающий пьянством или алкогольной зависимостью, интенсивно влияет на окружающих. Основное деструктивное влияние он оказывает на членов своей семьи: детей, супруга. Здесь важна семейная психотерапия или иные формы психотерапии.

В работе с алкогольными семьями довольно часто приходится встречаться с женщинами, приверженными пьянству или ведущими воздержанный образ жизни, которые неоднократно выходят замуж за страдающих зависимостью от алкоголя мужчин.

Выходя впервые замуж и испытав все неприятности пьяного быта, такая женщина может долго и мучительно идти к разводу. Получив развод, она часто продолжает терпеть обиды от бывшего мужа.

А когда вновь выходит замуж, то и второй муж оказывается человеком, страдающим зависимостью от алкоголя. Таких замужеств может быть несколько. Более того, эти женщины часто не реагируют на ухаживания мужчин без алкогольных проблем. Их влечет к страдающим зависимостью от алкоголя. Такие женщины нуждаются в психотерапии.

Глубинная психотерапия преследует цель раскрытия жизненного сценария. Часто их отец, или отчим, или дед страдал зависимостью от алкоголя. Его образ был запечатлен как единственный образец мужчины.

Только иногда удается обнаружить, как именно был запечатлен этот образ. Например, отец только в состоянии опьянения был ласков с дочерью. В состоянии похмелья он раскаивался и делал подарки. Когда же был трезв, становился отчужденным, грубым и злым. Или попросту не замечал дочь. Значит, все хорошее в мужском образе связывалось с состоянием опьянения или похмелья, а все плохое — с трезвым состоянием.

В последующем таких женщин привлекают в жизни только пьющие мужчины. Другие попросту не вызывают интереса. Они как бы вовсе и не распознаются как мужчины. Оказание помощи таким женщинам — удел профессионалов высокого класса.

Можно сказать, что во всех случаях пьянства мужчин страдают женщины, живущие с ними рядом. Такие женщины нуждаются в поддержке. Зачастую им необходимы успокаивающие препараты и адаптогены, средства, улучшающие ночной сон, и специальные гинекологические биологически активные добавки.

Впрочем, не все так просто с женщинами пьющих мужчин. Часто таких женщин их мужчины устраивают, потому что позволяют руководить собой, непрятязательны и управляемы. Когда мужчина трезвеет, то не только его собутыльники, но и достаточно часто жена пытается вернуть его в прежнее, управляемое состояние. Обычно делается это не открыто и откровенно, а особым образом, исподтишка, при помощи специальных уловок. Это один из вариантов психологической игры “Алкоголик”.

Получившие распространение методы лечения алкогольной зависимости только частично устраивают пациентов и их родственников в связи с тем, что не полностью соответствуют двум основным мифам: быстрого лечения и возможности умеренного употребления алкоголя после лечения. К созданию условий для такой возможности постоянно возвращаются как врачи-наркологи, так и парaproфессионалы. Тем не менее, ряд экспериментов, выполненных с соблюдением всех правил научного исследования, показывает, что при сформировавшемся алкоголизме, со всеми характерными симптомами и синдромами, возвращение к умеренному употреблению спиртного невозможно. Это связано,

главным образом, с двумя важнейшими признаками зависимости: потерей контроля и синдромом похмелья.

Вместе с тем широкое распространение различных форм пьянства приводит к тому, что к специалисту-наркологу обращаются не только с выраженным клиническими проявлениями заболевания, но и страдающие различными формами пьянства без признаков сформированной зависимости. Полное прекращение алкоголизации представляется им крайне нежелательным или даже трагичным. Большинство таких пациентов стремится оставить для себя принципиальную возможность употребления спиртных напитков.

Тщательный анализ клинической картины позволяет выделить тех пациентов, которым можно разработать индивидуальный стиль потребления спиртных напитков. В этих случаях важно, чтобы симптом потери контроля отсутствовал или манифестирувал только вслед за употреблением определенной, значительной дозы алкоголя. Алкогольное опьянение должно носить физиологический, эйфорический характер, а измененные формы опьянения отсутствовали бы или появлялись при приеме только больших доз. Синдром похмелья либо не был сформирован, либо обнаруживался только в результате многодневного пьянства.

Обязательно осуществляется анализ алкогольных психологических игр пациента в его ближайшем окружении. На сеансах семейной психотерапии разрушаются деструктивные игры и формируется новый стиль взаимоотношений в семье.

По результатам данной работы с пациентом заключается терапевтический договор, где изложен возможный стиль поведения пациента, а также действия и ответственность сторон за результаты лечения. Одной стороной является пациент, другой — психотерапевт.

Кроме того, пациент получает поддерживающее лечение с помощью медицинских препаратов, биологически активных добавок или же сеансов психотерапии, что зависит от показаний и настроя самого пациента.

Успех данной работы, оцениваемый в сравнении с длительностью ремиссии у больных алкоголизмом, прошедших лечение другими методами, внушиает оптимизм.

Второй метод дозированного потребления спиртного разработал А.Дериев (1996). Согласно его представлениям, успех лечения во многом зависит от ожиданий клиента и конгруэнтности терапевта, их веры в успех лечения. Если ожидания клиента и терапевта не совпадают или установка клиента на “трезвый образ жизни” носит декларативный характер, то ремиссия, как правило, краткосрочная или отсутствует вовсе. При моделировании дозированного употребления алкоголя необходимо придерживаться пяти основных условий “хорошо оформлен-

ного результата”, разработанных Робертом Дилтсом:

1. Позитивное формирование проблемы. 2. Наличие чувственного опыта желаемого состояния. 3. Границы (контекст) желаемого состояния. 4. Поддержание желаемого состояния без помощи терапевта. 5. Позитивные стороны прежнего поведения должны быть перенесены в новое.

Точная работа психотерапевта позволяет надеяться, что лечение будет достаточно эффективным и достаточно безопасным, а изменения клиента — стойкими и экологичными. Во время сеансов индивидуальной психотерапии применяется недирективная Эриксоновская терапия. Идет работа с метафорами изменения, научения, дозы.

В Центре психотерапии “Транс” (г. Новосибирск), где используется данная методика, получены следующие результаты: в течение двух лет лечилось 111 человек. Из них в ремиссии находятся 75%; в связи с рецидивом заболевания и снятием кода повторно пролечено 8%; сняли код в Центре и находятся в ремиссии самостоятельно 3,6%, отсутствие ремиссии у 13,4%. У большинства клиентов значительно повышается самооценка после того, как они убеждаются в том, что могут употреблять алкоголь в определенных дозах.

С нашей точки зрения, важно помнить, что, даже настаивая на полном прекращении употребления алкоголя пациентом, желательно оставлять ему в будущем надежду на дозированное употребление алкоголя. Это мечта, с которой человек будет жить. Далеко не все пациенты могут даже со временем перейти на дозированное потребление алкоголя. И у многих из тех, кому не удастся этого сделать, со временем такое желание потеряет свою актуальность.

В заключение важно отметить, что сегодня всё

более активно разрабатываются и находят своё практическое применение психотерапевтические подходы помощи злоупотребляющим психически активными веществами и страдающим зависимостями от них. Важно отметить, что психотерапия находит всё более широкое применение в реабилитационных программах помощи зависимым от психически активных веществ

Литература:

1. Батищев В.В., Негерин Н.В. *Методология организации программы психотерапии и реабилитации больных зависимостью от психоактивных веществ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение.* М.: 2001, 184-с
2. Валентик Ю.В. *Современные методы психотерапии больных алкоголизмом.* В кн.: *Лекции по клинической наркологии под редакцией Н.Н.Иванца.* М.: Российский благотворительный фонд “НАН”, с. 191—206.
3. Дергив А.Я. *Опыт моделирования дозированного употребления алкоголя при алкоголизме.* В кн.: *Вопросы ментальной медицины и экологии. Том 2. 1996, № 2, с. 70—74.*
4. Завьялов В.Ю. *Необъявленная психотерапия. Библиотека психологии, психоанализа, психотерапии под редакцией профессора В.В.Макарова.* М.: Академический проект, 1999. 250 с.
5. Макаров В.В. *Избранные лекции по психотерапии.* - 2-е изд., перераб. и доп.. М.: Академический проект, 2000, 416 с.
6. Макаров В.В. *Психотерапия нового века* М.: Академический проект, 2001, 496 с.
7. Сидоров П.И., Парняков А.В. *Введение в клиническую психологию.* М.: Академический Проект, Т-1 416 С, Т.-2 -381 С.

ОБОСНОВАНИЕ И ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АРТ-ТЕРАПИИ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА

М.Ю.Новикова

Важным аспектом работы медицинского психолога в условиях ПНД является психокоррекционный (психотерапевтический). Начиная заниматься психокоррекцией, я убедилась в том, что у стационарных и амбулаторных больных, страдающих эндогенными расстройствами, она имеет большое значение, улучшая их состояние, создавая более оптимистический настрой и способствуя реабилитации. Были у меня также пациенты детского возраста с пограничными расстройствами.

За последние полгода в своей психотерапевтической работе я начала использовать такие её направления, как арт-терапия и песочная терапия. Вы-

г. Усть-Каменогорск

бор этих направлений не случаен – работаю я в основном со стационарными больными, находящимися в стадии становления ремиссии, а то и в психотическом состоянии. Естественно, что многие методы “интенсивной” психотерапии, такие, как групповая динамическая, гештальт, НЛП-терапия, эриксонианский гипноз у таких пациентов могут вызывать ухудшение состояния, обострить симптоматику. Применяемые же мной техники индивидуальной арт-терапии, песочной терапии действуют мягко и крайне осторожно, “идут за больным”, помогая ему в его пути, ненавязчиво направляя его в сторону позитивных изменений.

Арт-терапия

Арт-терапия – метод лечения, основанный на использовании художественного творчества. Одна из родоначальниц американской арт-терапии – Маргарет Наумбург – подчёркивала, что арт-терапевтическая практика основана на том, что наиболее важные мысли и переживания человека, являющиеся порождением его бессознательного, могут находить выражение скорее в виде образов, чем в словах, а приёмы арт-терапии связаны с представлением о том, что в любом человеке заложена способность к проецированию своих внутренних конфликтов в визуальные формы [3]. По мере того, как пациенты передают свой внутренний опыт в изобразительном творчестве, они очень часто становятся способными описывать его в словах, постепенно двигаясь к его осознанию.

Эдит Крамер (США) считала возможным достижение положительных эффектов арт-терапии, прежде всего, за счёт исцеляющих возможностей самого процесса художественного творчества, дающего выразить и заново пережить внутренние конфликты.

Адриан Хилл (Великобритания) связывал исцеляющие возможности изобразительной деятельности в основном с возможностью отвлечения пациента от болезненных переживаний: “Побуждая большого человека выражать свои переживания в визуальной форме, можно “вылечить” его душевные, связанные с патологической интроспекцией, раны. В других случаях это приводит к снижению тревоги и напряжения и формированию более оптимистического взгляда на мир”.

Всё многообразие действующих в арт-терапии психотерапевтических факторов председатель Арт-терапевтической Ассоциации А.И.Копытин сводит к трём наиболее важным:

- 1) фактору художественной экспрессии,
- 2) фактору психотерапевтических отношений,
- 3) фактору интерпретации и обратной связи.

А.И.Копытин отмечает: “Чем шире круг ассоциаций клиента, связанных с его работой и процессом её создания, а также данных о состоянии и системе отношений, которые попадают в поле зрения специалиста и клиента в ходе обсуждения, тем вероятнее осознание клиентом содержания своей изобразительной продукции и её связи со своим внутренним миром, отношениями с психотерапевтом и другими людьми”. Он указывает также, что каждому клиенту присущ индивидуальный темп работы и разная степень готовности к установлению ассоциативных связей, что обязательно следует учитывать, ни в коем случае не следует интенсифицировать этот процесс.

Юнгианская песочная психотерапия

История песочной терапии берёт начало в 1929 году, когда английский детский психиатр Маргарет Левенфельд впервые применила песочницу в игро-

вой терапии с детьми [8]. Она заметила, что дети добавляют в песок воду и затем помещают туда миниатюрные игрушки. Так родилась “техника построения мира”. Руфф Бауэр освоила и применяла эту технику. Юнгианская песочная терапия была разработана швейцарским юнгианским детским психотерапевтом Дорой Кальфф.

Основной атрибут песочной терапии – поднос размером 50x70x7 см., выкрашенный изнутри голубой краской (символизирующей небо и воду) и заполненный наполовину песком. Недалеко от подноса на полках располагается большое количество миниатюрных предметов, которые используются при создании песочной композиции. Пациент может не совершать с песком никаких манипуляций, а может придать ему различную форму. Затем с помощью миниатюрных предметов он создаёт “свой мир”. Несмотря на то, что композиция после ухода пациента разбирается, он сохраняет воспоминания о ней. Разрушение песочной композиции и возможность многократного использования песка, воды и миниатюрных предметов для создания новых работ придаёт песочной терапии ритуальный оттенок. Создание песочных композиций не требует каких-то особых умений. Основным критерием оценки качества композиции является её аутентичность и символическое содержание. Вейнриб определяет песочную терапию как “невербальную форму психотерапии, позволяющую установить доступы к глубоким довербальным уровням психики” и добавляет, что песочная терапия обеспечивает творческий регресс, который делает возможным самоисцеление.

Случаи из практики

(имена изменены)

Случай 1. Нина, 10 лет.

Диагноз: тревожно-фобический невроз.

Девочка уже в течении трёх лет была пугливой, боялась собак (в детстве была укушена собакой). Был нарушен ночной сон, спала тревожно, часто просыпалась, испытывала кошмарные сновидения. Находясь одна в комнате, слышала какие-то пугающие звуки из-за стены. Была робкой, застенчивой, не могла постоять за себя, остро и долго переживала обиды. Арт-терапия проводилась в течение трёх месяцев. Сначала девочка делала формальные рисунки, на последующих занятиях я попросила Нину рисовать то, что её волнует.

Лист бумаги я поделила пополам и предложила сначала девочке нарисовать собаку страшную (которая укусила её в детстве). Когда она тщательно изобразила тревожашую сцену, я попросила в правой половине листа изобразить собаку добрую (которая когда-то жила у девочки в доме, и которую она любила).

- Смотри, собаки, как и люди, бывают добрые и злые. Как ты думаешь, почему эта собака злая?

-
- Потому что её посадили на цепь, не дают свободы.

Пусть эти собаки подружатся, расскажут друг другу о девочке, пусть добрая собака научит злую собаку хорошо относиться к девочке, играть с ней. Давай сотрём ластиком черту, разделяющую их.

На следующем занятии было предложено нарисовать свои страхи.

Нина нарисовала мужчину у машины с раскрытой дверцей, конфетой заманивающего туда девочку, и собаку невдалеке.

- Как ты думаешь, чем закончится эта история?
- Девочка уедет на машине с мужчиной, и ей будет плохо.
- А собака?
- Может укусить.

На следующем занятии применялась песочная терапия. Нина создала композицию с очень агрессивными животными (тигр, леопард, крокодил, динозавр, змея, бегемот), я обратила её внимание на это. Она кивнула и спросила:

- Нет ли у Вас маленькой рыбки?

Нашла её и засунула её прямо в пасть бегемоту. Затем взяла антилопу и положила её перед тигром.

- А ящерицу, наверное, съест змея?

Нина в ответ на это положила перед носом ящерицы бабочку и сказала, что ящерица её съест.

- Смотри, что происходит: Ящерица ест бабочек, но сама может быть съедена змейкой. Как ты думаешь, что лучше: быть съеденной или есть самой?
- Есть самой.
- А у тебя как бывает?
- А у меня наоборот.
- Почему?
- Мне было неудобно.
- А сейчас что ты думаешь?
- Не надо давать себя съесть.

Следующие занятия были с привлечением техники рисуночной терапии “Каракули” [6]:

Берём в левую руку фломастер наиболее приятного цвета из предложенных (их должно быть не менее 8 основных, близких к Люшеровским, могут быть и дополнительные), в правую – наиболее неприятного. Закрываем глаза, рисуем одновременно обеими руками, ни о чём не думая. Открываем глаза. Дорисовываем с открытыми глазами, чтобы получилась какая-нибудь картинка.

На следующем занятии с использованием песочной терапии Нина создала зимнюю композицию с ёлкой, горкой, снежной бабой и играющими детьми, возле которых остановилась машина, а из неё вышел далеко не бедный человек, работающий частным охранником.

- Ему не весело, - сказала Нина.
- Почему?
- Он ничему не радуется.
- А дети?
- А дети играют, им хорошо.

- О чём думает охранник?
- Он смотрит на детей.

На последнем нашем занятии Нина сказала:

- Я хочу рисовать.

По пешеходному переходу мать катит коляску с ребёнком, мальчик с рюкзачком вообще идёт по проезжей части, машины стоят очень близко от людей. На светофоре, обращённом в сторону пешеходов, горит красный свет.

- А кому горит красный свет – пешеходам?

Нина помолчала и лукаво улыбнулась:

- Нет, это машинам.

Эта была наша последняя встреча. В тот раз Нина сказала, что её страхи давно прошли, и спит она хорошо.

Случай 2. Катя, 11 лет.

Диагноз: психосоматическое расстройство (псoriasis).

Применялись (на фоне медикаментозного лечения у дерматолога) песочная и рисуночная терапия. Девочка занималась с большим желанием, непосредственно выражала свои эмоции, смеялась, радовалась своим работам.

На фоне проводимого медикаментозного лечения отмечалась регрессия кожных проявлений псoriasis.

Случай 3. Егор, 8 лет.

Ребёнок поздний, имеет сестру, старше его на 12 лет, живущую отдельно. Отец с матерью в разводе, что мальчик тяжело переживает, так как был привязан к отцу. За два года после того, как ушёл отец, Егор видел его лишь один раз. Мать работает посменно, сутками Егор остаётся один – сам подогревает еду, сам играет с котом, сам учит уроки. Родители матери жили в деревне, мальчик очень часто говорит о них, вспоминает дедушку, который умер год назад. Мама привела его на терапию по поводу трудностей школьной адаптации (отсутствие желания учиться).

На первом занятии Егор сказал:

- Я буду рисовать сад, - и нарисовал маленькую калитку. Потом – цветы. Потом провёл две сужающиеся коричневых линии.

- Интересно, куда может вести эта дорожка?
- Это не дорожка, это дерево...Оно наклонилось.

- От чего? Само так выросло или от ветра?
- От бури. Буря сломала ему несколько веток, сорвала листья, - Егор какое-то время рисовал мольча, потом, нарисовав несколько параллельных веток, засмеялся. – Как солдатики, в один ряд.

- А ты любишь, чтобы все в один ряд?
- Не люблю.
- Я тоже не люблю. А какое это дерево?
- Тополь.
- А вот эта ветка похожа на сосну.

- А мне кажется, на козлиные рожки, - Егор засмеялся.
- А это дерево счастливое?
- Нет, - подумав, сказал он.
- Почему?
- Оно уже старое, больное. Скоро зима, листья опадут, дереву будет холодно.
- А сейчас, когда ты смотришь на свою картинку, что ты чувствуешь?
- Мне весело.
- Как ты её назовёшь?
- Лето.
- А калитка открыта или закрыта?
- Закрыта.
- А как лучше, чтобы калитка была открыта или закрыта?
- Чтобы закрыта.
- Почему?
- А потому, что если калитка будет открыта, кто-нибудь может прийти и что-нибудь стащить. У нас с бабушкой в деревне так пришли и всю капусту срезали.

Так, естественно присущая ребёнку открытость и доверчивость омрачается горечью первых обид, нанесённых взрослыми, делая его настороженным и тревожным. Сейчас он закрывает калитку в сад на своём рисунке. Очевидна тщетность предосторожности Егора по поводу нашествия возможных воров – ведь, хотя калитка закрыта, она находится посреди сада, а самого забора вовсе нет. Как знать, не придётся ли позже Егору закрывать на засов дверцу, ведущую в сад его души? Я очень хочу, чтобы ему не пришлось делать это!

Было проведено ещё несколько занятий, в том числе с использованием песочной терапии. На одном из занятий Егор из мокрого песка вылепил “башмак Великаны” и мы вместе сочинили историю о добром и сильном Великане, помогающим тем, кто в этом нуждается (игрушки в тот день Егор не захотел использовать). Несколько занятий спустя я вновь предложила поиграть с песком и маленьчики игрушками. Егор сначала робко, а потом, всё более воодушевляясь, начал “создавать свой мир”. Это не была статичная композиция, Егор со всеми игрушками действовал, давая выход сдерживаемой агрессии. Он целился самолётами, птицами, зверями и предметами в двух выбранных персонажей. Сбивая их с ног, он всякий раз приговаривал: “Вжжик! Неудачное приземление!” С явным удовольствием повторял эти сбивания вновь и вновь, удивлялся и радовался игрушкам, рассматривая их, придумывал для них новое назначение (так, луковую головку он назвал “духом”). Уходил с занятий Егор довольный и улыбающийся. Впоследствии мама Егора отмечала, что успеваемость у него улучшилась.

Случай 4. К.М., 37 лет.

Диагноз: шизоаффективный психоз, аффективно-брэдовый синдром.

На первом занятии явно выраженные аффективные колебания с преобладанием депрессивного полюса. Мария тяжело переживает случившееся (прерывание беременности по медицинским показаниям). Вспоминая прежнюю жизнь в монастыре, рисует фигуру монахини, затем перечёркивает её (рис.9):

- Это в прошлом.
- А что в будущем, что бы Вы хотели увидеть, когда выйдете из больницы?

Маша нарисовала странной формы витрину магазина.

- Что-то мне напоминает эта витrina, - сказала я.

Маша присмотрелась и сказала:

- Правда, на гроб похоже. Это, наверное, потому, что я себя хороню всё время, - горько усмехнулась она, а потом рассмеялась, - А ведь гроб-то не такой уж и мрачный, со стеклянной крышкой, - и нарисовала сверху солнце и радугу.

На следующем занятии Маша нарисовала снежную бабу с её атрибутами: ведром, морковкой и метлой. И невесело спросила:

- Сколько простоит эта баба?
- Пока зима.
- А весной растает. Так и я снова могу заболеть.

- Маша, вы же помните, наверное, закон круговорота воды в природе? Снег растает, уйдёт водой в землю, подземные воды сбегут в озёра, моря, океаны. Пройдёт весна, лето, осень, - испарится с поверхности водоёмов верхний слой воды, в небе соберутся эти пары в тучки, и пойдёт снег. И снова можно будет слепить снежную бабу. И Ваша болезнь, Маша, - это периодическая болезнь. Вы же знаете, что обострение всегда сменяется ремиссией. Надо добиться с помощью поддерживающей терапии, чтобы ремиссии длились как можно дольше и были как можно глубже. Это вполне реально.

На последнем занятии Маша спросила, что бы я посоветовала ей после болезни, как скорее вернуться к нормальной жизни. Я ответила ей, что надо обязательно чего-то захотеть, поставить себе какую-то цель и стремиться к её достижению. Достигнув её – поставить новую, и так всё время, пока человек живёт. Вспомнила и рассказала ей сказку Дмитрия Соколова “Два дерева” [7]. Последние слова этой сказки звучат так: “Они достигли своих целей, и Вы достигнете своих”.

Было проведено всего четыре занятия за две недели, дозы нейролептиков были значительно снижены. Вернувшись из первого лечебного отпуска, Маша зашла сказать, что её выписывают. “Проблемы, конечно, есть, но они вполне разрешимы. Вы мне очень помогли”, - сказала она.

Анализ приведённых случаев позволяет гово-

рить об эффективности применения арт-терапии при работе с пациентами разного возраста и с различными психологическими проблемами и расстройствами.

Литература:

1. Аллан Дж. *Ландшафт детской души*. Пер. с англ. СПб.-Минск, 1997.
2. *Арт-терапия. Хрестоматия*. Под общ. ред. Копытина А.И. СПб., 2001.
3. Копытин А.И. *Системная арт-терапия*.

СПб., 2001.

4. Оклендер В. *Окна в мир ребёнка. Руководство по детской психотерапии*. Пер. с англ. М., 2001.
5. Остер Дж., Гоулд П. *Рисунок в психотерапии*. Пер. с англ. М., 2001.
6. *Практикум по арт-терапии*. Под ред. Копытина А.И. СПб., 2001.
7. Соколов Д. *Сказки и сказкотерапия*. М., 2001.
8. Штейнхард Л. *Юнгианская песочная психотерапия*. Пер. с англ. СПб, 2001.

ПРОБЛЕМА ОЦЕНКИ ПСИХОТЕРАПИИ ЗАВИСИМОСТЕЙ

В.В.Титова

г. Омск

Угрожающие темпы и масштабы распространения алкогольной и наркотической зависимости среди населения, особенно среди молодежи, и беспрецедентный рост объема потерь, несомых обществом в данной связи, подчеркивают актуальность эффективной коррекции этой патологии. Вместе с тем, данные официальной статистики свидетельствуют о крайне низкой результативности комплексной медикаментозной терапии лиц с химической зависимостью, где процент устойчивых ремиссий составляет от 5 до 7%. Если учесть, что процент спонтанных ремиссий по данным разных авторов, достигает 4%, то истинная эффективность медикаментозного лечения составит 1-2%. Однако при сочетании комплексной терапии с психотерапией и медико-социальной реабилитацией процент выхода в стойкую ремиссию, по мировым стандартам составляет около 33%. Это подчеркивает важность и уникальность психотерапии, как практически единственного эффективного метода терапии зависимостей.

Необходимо отметить, что на сегодняшний день нет общего понимания механизма, объясняющего эффективность психотерапии, отсутствуют также общепризнанные критерии для определения этой эффективности.

Кроме того, огромное количество методов в психотерапии (их насчитывается уже более 5 тысяч) затрудняет анализ изучения сравнительной результативности их применения. Подходы к оценке эффективности психотерапевтической коммуникации у разных исследователей существенно отличаются. Одним из первых в 1952 г. Hans Aysenck сравнил эффективность традиционной психодинамической терапии с эффективностью обычных медицинских методов лечения и с отсутствием лечения неврозов у нескольких тысяч пациентов. Тогда результатом его исследования стал вывод о том, что психотерапия не повышает шансов пациентов на выздоровление.

В 1975 г. Luborsky L., Zinger B. сравнивали ре-

зультативность различных видов психотерапии простым числом преимуществ. Статистически достоверных различий в эффективности исследуемых психотерапевтических подходов авторы не нашли. В 1980 г. Smith M.L., Glass G.V., Miller T.J. использовали метанализ для сравнения результатов 475 исследований, в которых сообщалось о состоянии больных, прошедших курс психотерапии, и не получавших лечения. Главным выводом их был следующий: среднестатистический пациент, прошедший психотерапию, чувствовал себя лучше, чем 80% тех пациентов, которые не получали терапии. В 1988 г. Bernstein D., Roy et al. акцентируют внимание на том, что “трудно определить, что подразумевается под успешной терапией, поскольку одни психотерапевты стремятся к изменению в области бессознательных конфликтов или силы Эго, а других интересуют изменения в открытом поведении, то и различные исследователи эффективности имеют различные суждения о том, была ли терапия эффективна у данного пациента или нет”. В 1994 г. K.Grawe в своей монографии “Психотерапия в процессе перемен: от конфессии к профессии” проанализировал результаты 897 исследований эффективности психотерапии, приведенные в литературе.

Анализ проводился по следующим параметрам: 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 сфере; 10) изменения по психофизиологическим параметрам, с помощью которых оценивались все исследования по следующим факторам: клиническая значимость, валидность исследования, качество информации, осторожность интерпретации, разнообразие измеряемых парамет-

ров, качество и разнообразие статистической обработки, богатство результатов, значимость их индикации. На основании своих исследований Граве делает следующий общий вывод: поведенческие и системные методы гораздо более эффективны в решении проблем пациентов, чем раскрывающие (психодинамические и гуманистические методы).

Б.Д.Карвасарский в своей монографии “Психотерапия” обращает внимание на сложность объективной оценки эффективности процесса психотерапии и выделяет целый ряд факторов, которые при этом необходимо учитывать:

1. Четкое определение метода психотерапии (что не всегда представляется возможным при использовании интегративного личностно-ориентированного подхода).

2. При использовании того или иного метода должна быть соблюдена определенная техника, что зависит в большей степени от опыта и квалификации психотерапевта.

3. Число пациентов, леченных данным методом, должно быть статистически значимым.

4. Изучение эффективности должно проводиться на гомогенных группах больных.

5. Эти группы должны формироваться методом случайной выборки.

6. Оценка эффективности психотерапии должна проводиться независимым наблюдателем.

7. Независимый наблюдатель не должен знать о применявшемся психотерапевтическом методе для большей объективности его оценки.

8. Наступившие изменения в клинической картине и адаптации пациента должны рассматриваться с учетом 3-х плоскостей динамики: соматической, психологической и социальной.

9. Должна учитываться личностная структура психотерапевта, степень выраженности у него качеств, используемых для прогнозирования успешности психотерапии.

10. Необходимо учитывать личность больного, степень выраженности у него черт, особенностей, известных как прогностически благоприятные или неблагоприятные для проведения психотерапии.

11. Имеет значение установка больного на тот или иной вид психотерапии.

12. Для объективной оценки эффективности психотерапии необходимо сравнение непосредственных и отдаленных результатов лечения.

13. Число повторно исследованных больных в катамнезе должно быть репрезентативным по отношению ко всему контингенту лечившихся (не менее 90% от общего числа больных).

14. Оценка в катамнезе должна исходить не только от врача, желательно независимого оценщика, но и от самого больного.

15. Необходимо учитывать особенности жизни больного после окончания лечения, возможные влияния на результат психотерапии ближайшего окру-

жения пациента.

16. Для объективного катамнеза необходима контрольная группа больных, поскольку изменения в состоянии пациентов, леченных психотерапией, могли с течением времени происходить и вне лечения.

17. Должны быть учтены те цели и задачи, обусловленные клинической спецификой заболевания и теоретическими предпосылками, которые стремились реализовать психотерапевт с помощью применяемого им метода.

Понятно, что в психотерапевтической практике учитывать все эти моменты очень сложно. Кроме того, известно, что даже при безуказном техническом обеспечении того или иного метода психотерапии, выбранного адекватно “личному мифу” пациента и заявляемой им проблеме, эффективность психотерапевтической коррекции может быть самой различной.

Более того, известно множество примеров эффективной коррекции, выполняемой неспециалистом (например, выход в длительную ремиссию у алкоголиков и наркоманов при использовании программы “12 шагов”). В связи с этим представляет интерес принципиально новый подход к определению эффективности психотерапии в рамках двухуровневой модели психотерапевтической коммуникации. Суть этой концепции заключается в выделении поверхностного, или технологического, и глубинного, или универсального, уровней психотерапии. Поверхностный уровень представлен адекватным и квалифицированным использованием тех или иных методов психотерапии, направленных на разрушение или утилизацию патологических, дезадаптирующих связей у пациента и создание новых, адаптирующих. Однако решающее значение в эффективной психотерапевтической коммуникации приобретает степень вовлеченности универсальных механизмов глубинного уровня, которые реализуются в условиях, так называемого, пространства психотерапии. К ним относятся:

1. Идентификация с личностью терапевта.
2. Явное или скрытое убеждение и внушение.
3. Трансляция социальных паттернов поведения.

4. Позитивное и действенное подкрепление развивающего поведения пациента.

5. “Наделение” пациента энергетическими и пластическими ресурсами, обеспечивающими высокий уровень адаптации.

6. Обретение пациентом свойств целостности между основными инстанциями психического, дающего новое качество жизни (“прописка” личности в бессознательном).

И чем полнее и глубже представлен 2-ой уровень взаимодействия между психотерапевтом и клиентом, тем лучше “работают” техники, тем выше эффективность любой психотерапевтической ком-

муникации.

В рамках этой концепции на базе Омской городской наркологической больницы начато проведение исследования эффективности функционального использования универсальных (глубинных) механизмов психотерапевтической коммуникации в комплексной терапии зависимых от ПАВ. Для этого набрано 2 группы пациентов с химической зависимостью – исследуемая и контрольная. Исследуемая группа – 70 человек, получающих комплексную терапию, где основным методом лечения является психотерапия. Контрольная группа пациентов – 70 человек, получающих комплексную медикаментозную терапию с исключением психотерапевтической коррекции. Эффективность психотерапевтической коммуникации оценивается с учетом динамики базисных проявлений химической зависимости, а также изменений соматического, психологического и социального статуса пациентов. В ходе исследования разрабатывается, апробируется и верифицируется система признаков, как объективных, так и субъективных, определяющих функциональную вовлеченность глубинных механизмов психотерапевтической коммуникации, а также система признаков, адекватно оценивающих общую эффективив-

ность психотерапевтической коммуникации.

И первые полученные нами результаты дают подтверждение правильности данного подхода и его эффективности.

Литература:

1. Карвасарский Б.Д. *Психотерапия*. – М.: Медицина, 1985
2. Карвасарский Б.Д. *Психотерапевтическая энциклопедия*. – СПб: Питер, 1998
3. Катков А.Л. *Манифесты развивающей психотерапии*. – “Вопросы ментальной медицины и экологии” т. 7 № 2, 2001 г.
4. Калина Н.Ф. *Основы психотерапии*. – Рефлбук, Ваклер, 1997
5. Александров А.А. *Современная психотерапия (курс лекций)*. – СПб: Академический проспект, 1997
6. Ремшидт Х. *Психотерапия детей и подростков*. – М.: Мир, 2000
7. Grawe K., Donaty R., Bernauer F. *Psychoterapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. – Gottingen: Hogrefe, Verlag für Psychologie. 1994.

ГЕШТАЛЬТ, ВЕДУЩИЙ К ПРОСВЕТЛЕНИЮ (трансперсональное направление гештальт-терапии)

С.Фридрих

Я – врач-психотерапевт, никогда не считала себя гештальт-терапевтом. Но когда-то, с точки зрения именно гештальт-терапевта, я увидела в Нагорной проповеди результат гештальт-терапии... И была поражена. Я серьезно занималась именно гештальт-терапией. Этапом подведения итогов такого увлечения стала небольшая монография “Гештальт-терапия при невротических расстройствах” (1999 г.). В ней был рассмотрен медицинский аспект гештальт-терапии, полностью соответствующий био-психосоциальной модели болезни. И на этом была поставлена точка. Гештальт-терапия перестала быть для меня методом психотерапии. Я увидела в ней Путь. Путь к себе и к миру. Вместо точки зрения проявился взгляд.

Сам Фредерик С. Перлз говорил, что ничего нового он не создал, он – “восстановитель” гештальт-терапии (Ф.С.Перлз, 1969). Каждый в гештальте работает по-своему (К.Наранхо, 1995). Так, как он понимает. Потому, что “Гештальта” в природе не существует: он нигде не пробегал, ни один человек его не трогал, не вдыхал его аромат. Это просто название, слово-символ. Оно понравилось Ф.С.Перлзу и пригодилось для придания академичности его направлению. **Фредерик С. Перлз – главная фи-**

г. Челябинск

тура Гештальта. Этот великий человек бесстрашно был самим собой, “и Божиим сыном и сукиным сыном”. Живой, подлинный человек, в котором было “нечто”, и это “нечто” ощущали те, кто с ним встречался, и с ними происходило “нечто”. Как писал К.Наранхо (1995), он был шаманом в интуиции, в своей научно-артистической ориентации, в комбинации силы и простоты, в изобретательности подходов и в нарушении традиций, в своей Дионисийской рассудочности и склонности подыграть. **Трансперсональное** в интерперсональном. Он был пророком “здесь и теперь” современности для Запада. Он был воплощением радости ментального здоровья. Актер по натуре, он предпочитал инсценировку. Он ненавидел (мнение К.Наранхо) неврастеников, зависимость (помогал людям быть самим собой), пустозвонство. «Настоящий Мастер не передает информацию: он передает Бытие. Он не даст вам теории, он отбрасывает вас в себя снова и снова. И он должен делать так к вашему неудовольствию, даже против вас. Он будет отбирать у вас все идеи и теологии. Он оставит вас совершенно обнаженным, как вы действительно есть». Эти слова Ошо Раджниша, на мой взгляд, очень подходят к Ф.С.Перлзу. Мастер может помочь каждому жела-

ющему **вспомнить себя**, и тогда уже нечего бояться что-либо потерять. Нашедший себя обретает Единство с Целостностью.

И, вместе с тем, Ф.Перлз не мог простить Фрейда, имея нежелание оценить любой другой путь, кроме собственного. Был “забиякой”, желающим подмять под себя всех. Остальное же не признающий (К.Наранхо).

Важно отметить один факт в биографии Ф.Перлза: в Израиле он проживал “заточенность, пригворенность к жизни, отчаяние, боль роста”, хотел бросить занятие психотерапией, он **проверял на себе действие ЛСД**. После пребывания в Израиле Фредрих Перлз стал Мастером, харизматической фигурой (как отмечает К.Наранхо). Именно после этого – Эсален: “И это был не тот Фритц, которого мы знали раньше”.

Он шел к Просветлению, он был в Пути. “Я еще не дошел до высшей ступени озарения, если только она есть”, - это его слова. Кто знает, где она - высшая ступень? У Пути нет начала и нет конца...

Клаудио Наранхо назвал Гештальт **психодуховным руководством**, Учением: нет правил (границ) – только осознание. Осознание и естественность (спонтанность). Спонтанность, как и гештальт-терапия, у многих ассоциируется с импульсивностью. Осознанный человек просто свободно естественен. Аутентичность (подлинность) и не манипуляция (собой и другими) являются морально аморальной гештальт-терапии. Гештальт как Учение Фрерика С.Перлза – это, действительно, один из Путей духовного развития, Учение без правил, Учение как направление к естеству, к гармонии, к единству. “Гештальт-терапия - это философия, которая старается быть в гармонии, возвучии со всем остальным – с медициной, наукой, Вселенной” (Ф.Перлз, 1969г.).

Учитель ушел, Учение осталось. И Гештальт после ухода Фритца (как и буддизм после Будды, христианство после Христа) породил ортодоксальность (переход любого Учения от “харизматической” стадии к стадии “бюрократической”). И, как бывает в жизни, те, кто были с ним рядом и критиковали Ф.Перлза “тонко и сдержано при его жизни”, стали порочить его после смерти (К.Наранхо, 1995). Обычные человеческие дела: критиковать Наранхо в своей “Ревизии гештальт-терапии” отметил, что настоящая опасность любого движения кроется не в его гибкости, а в его закостенелости. Гештальт после Фритца **как метод**, пишет он, лишен полнокровия, имеет тенденцию к выхолаживанию, разделен на “чистый” Гештальт и другой.

Гештальт, как метод Ф.Перлза, не может быть полнокровным без него самого. Это его дело, которое он сделал, после этого он ушел. И проводить ревизию его дела даже самую доброжелательную после его ухода – зачем? Как в опустевшем без хозяина доме по его вещам определять, **как именно**

он вел хозяйство при жизни. Фредерик С.Перлз сделал Великое дело: он подарил Западу один из Путей (свой), дал Направление. Движение – за вами, действуйте “Я тот, кто я есть, и в данный момент я не имею возможности отличаться от того, что я есть” (Ф.Перлз, 1969). Я сделал все, что смог, сделал так, как сделал – продолжайте вы.

И нет никаких дыр в Гештальте. Потому что Гештальт – лишь название, лишь слово-символ. Это авторский метод Ф.Перлза, как и каждого психотерапевта свой авторский метод психотерапии (если он, конечно, психотерапевт, а не слово-символ).

А гештальт-терапию можно обогащать своими собственными находками, как, например, это сделал Клаудио Наранхо. И можно работать с дыханием клиента, и с телом, где сидят мышечные блоки многих “незавершенных гештальтов” или СКО (у С.Грофа). И можно использовать НЛП – ведь клиент как-то слушает, как-то смотрит, что-то говорит, как-то сидит, и несет в себе и прошлое, и будущее и пр. Не очень ясно, как можно полноценно работать с человеком, не учитывая все его феномены (а ведь это и НЛП тоже). И можно использовать утилизацию, трансовые состояния – а почему нет? И можно свою работу называть гештальт-терапией.

Конечно же, сегодня ясно, что гештальт-терапия, изучающая неразрывное и неделимое поле “организм-среда”, является **трансперсональной терапией**. На ее **трансперсональность** четко указал когда-то Ф.Перлз, пророк “здесь и теперь” (мгновения и вечности) для Запада: **во-первых**, осознание, без которого все – ничто, **во-вторых**, его требование к гештальт-терапевту быть “пустым”, непредвзятым (Свидетелем терапии).

Перлз дал Направление: стань собой, будь! “Если можете быть, будьте. Если нет, найдите утешение в том, чтобы жить как все остальные люди, занимайтесь теми же делами, что и они, пока не придет конец” (Кон Уилбер, 1998). Кому это Направление? Тому, кто стал заниматься гештальт-терапией (подчеркиваю – не его клиенту: клиент не обязан осознавать – чаще это больно, а обычно люди избегают боли).

Тому, кто занимается гештальт-терапией, придется самому становиться осознанным – иначе нет возможности быть непредвзятым, “пустым”.

Само осознание-то и **трансперсонально** (К.Наранхо, 1995). Осознание есть триединый процесс триединого организма в неразрывной связи со средой (с миром). Оно является одновременно физическим, эмоциональным, умственным (Робин Ж.М, 1996).

Осознание – этот АГА! - прорыв из бессознательного к пониманию, как вспышка, озарение в каждой конкретной ситуации (тунике, проблеме), после которого человек УЖЕ не может не измениться в некоторой степени. Потому, что это – сигнал из его глубинной подлинности, который разрушает или

растворяет неосознанно созданную самим человеком границу между плюсом и минусом этой ситуации. После осознания вся ситуация видится “с нулевой точки”, исчезает граница, вместе с нею – конфликт, появляется целостность именно этой ситуации. И если терапевт смело идет сам таким путем, он может отмечать, что постепенно придуманные иллюзии ЭГО, персоны и, тем более, воюющие между собой “субличности” сначала трансформируются, затем начинают куда-то исчезать.

Осознанность-то и **транс** (через, сквозь) **персональна**, она возникает не из ума, без участия ЭГО, персоны, возникает из той самой внутренней глубинной подлинности человека, которой НЕТ ИМЕНИ (“ничто”) и которой Множество имен (Бог, Брахман, Атман, Вселенная, Бытие – какая разница).

Путь формирования осознанности в гештальтерапии – это трудный путь к “личностной зрелости”. Путь через тупики собственного бессилия, “мертвости”, тяжелейшие имплозии и эксплозии (внутренние и внешние взрывы). Но это – Путь на свободу из темницы жизни (околородовые переживания, кстати), путь от приговоренности к этой жизни – к радости Жизни. И очень понятно, почему многие не желают выбирать этот путь. Пожалуй, его выбирают только рискующие и то, когда чувствуют, что “хуже уже не будет”. Ну, и когда не видно других путей. Это – один из тех самых узких Путей с тесными вратами, ведущих в Жизнь.

Для гештальт-терапевта личная терапия – главное условие развития в профессии. Приходится вынимать бревна из своих глаз, снимать лапшу с ушей, переставать застревать в когда-то первичных детских ситуациях, прощаться и прощать своих родителей, освобождаться от багажа эмоциональных накоплений за многие годы личностной незрелости, освобождаться от диагнозов, мнений, оценок, приобретать СЕБЯ самого, имеющего собственную силу – внутреннюю и внешнюю опору (уверенно становится на обе ноги, отбрасывать подпорки и свободно шагать по земле, желательно, не наступая на ноги другим).

Лично зрелый человек ответственно и адекватно функционирует в среде, не давая ей посягать на его потребности и не посягая на потребности среды (живет сам и дает жить другим или же **только, любя себя, возможно любить ближнего**). Он уважает себя в **своей жизни** и уважает других людей в их жизни.

И для психотерапевта в работе с клиентом очень важно быть пустым, непредвзятым, быть “зеркалом”, индикатором и катализатором процессов клиента. Стоит идти путем осознанности в нашей профессии: чтобы видеть и слышать клиента, а не свои галлюцинации относительно его проблем, чтобы осознавать и отслеживать свои собственные организмические процессы и не смешиваться с процессами клиента.

Это очень важно в нашей профессии, так как она опасна для нашего здоровья (синдромы сгорания и угасания – это еще не все опасности).

Когда терапевт “пуст” и непредвзят – он свободно отмечает все феномены или модальности клиента и свободно может работать именно в модальностях клиента. Эта мультимодальность значительно расширяет клиентуру терапевта и, соответственно, возрастают его гонорары (чего не происходит в мономодальности). Терапевт может работать и директивно и недирективно, свободно молчать, прикасаться или напевать свои песни психотерапевта с правилами или (Дериев А., 1999) без них.

Клиент, в отличие от психотерапевта, неосознан. Он и не обязан осознавать. Он даже со словом осознания может запутаться, как путаются некоторые психотерапевты (считая его, например, когнитивным процессом или же “с помощью трудов И.П.-Павлова окончательно осознавая глубину патофизиологических механизмов ночного энуреза”). Как увлеченно воскликнул мне когда-то один психотерапевт: “Но ведь многие люди не хотят осознавать!”. Да, не хотят, избегают – больно это, не очень приятно. Недирективная утилизация феноменов клиента вообще безболезненна, например. Или косвенное осознание через историю-метафору “С моим другом Джо”. Способов помочь человеку очень много: **они в самом клиенте и содержатся** (а ты перестаешь работать собой, своей личностью – используются лишь ресурсы самого клиента).

Но это, видно тогда, когда ты уже “пуст” и непредвзят (и, конечно же, не ограничен рамками гештальт-терапии).

И тогда видно, например, что тот путь, на который в гештальт-терапии уходят годы, с помощью холотропного дыхания можно пройти не легче, но быстрее. И есть возможность от **вспышек** озарений-осознаний перейти к **ровному свету** осознанности.

И здесь уже нет необходимости защиты от чего-либо, так как ты не несешь в себе атаки. **Приходит важная в нашей профессии защита: незащищаемость, неуязвимость.** Ты чувствуешь, что несешь в себе свет, в работе ты становишься полым, полностью пустым, это уже не ты работаешь (а значит и угасания не будет), а работа идет через тебя. Ты – “флейта, на которой играет Бог”. Здесь уже просто неинтересно, да и невозможно становиться прошлой персоной, узостью ЭГО: это трансперсональное безграничье подарило тебе безграничные возможности и Источник силы в тебе самом. И ты просто вынужден уже благодарить: дарить благо, которое в тебе, но не от тебя самого. Услышавшему Зов, опасно для здоровья и для жизни не отвечать на него (Р.Уолш, 1996).

Для психотерапевта здесь открываются безграничные возможности в профессии. Ясно видно с каждым клиентом, где и как у него нарушено рав-

новесие (что внутри - то снаружи, что вверху, то внизу, что справа - то слева). Ведь “здоровье – это динамическое равновесие всего, чем мы являемся” (Ф.Перлз, 1969). И уже есть возможность левой рукой помогать, чтобы не ведала правая. Есть возможность предупредить многие заболевания до возникновения органической патологии, восстановить уже нарушенные функции организма на ранних этапах патологии. Есть возможность помочь многим людям освободиться от страданий,ими же созданных, ощутить всю полноту Жизни. Действительно, когда ты спасаешься, то спасаются тысячи вместе с тобой: ты никого не обвиняешь.

И здесь гештальт-терапия по-настоящему превращается в терапию очевидного, терапию действия, терапию подлинной жизни (Фридрик С. 1999).

На этом этапе психотерапевту **важно быть в равновесии** между глубочайшим истинным безграничением НЕЧТО и ограниченностью материального мира. Отрешенность от мира плотной материи – это неравновесие, перекос, можно стать “странным” и не совсем живым. Здесь психотерапевт расходует энергию именно на восстановление такого равновесия, **если он заинтересован** в своей социальной адаптации.

Это – то самое Просветление, о котором говорят (и Ф.Перлз тоже), к которому идут, стремятся (а ведь это перинатальные матрицы тоже – стремиться из темноты к свету).

И когда это происходит, когда случается Просветление, остается еще один шаг на Пути. Ты родился, достиг Просветления, остается полное принятие мира в себе и себя в мире (воссоединение с Истоком у Грофа, полная сдача у К.Уилбера, так называемый тысячелепестковый лотос). Осознание пустоты за всеми видами прекрасно совмещается с подлинно высокой оценкой и любовью ко всему творению и есть возможность полного ответственного включения в ход жизни (С.Гроф, 2001). Это уже новая, другая жизнь: здесь и темнота, от которой стремился к свету раньше, живая, искрящаяся. Тьма здесь просветляет и дает энергию Жизни. И если в Просветлении было: когда свет приходит, темнота просто вынуждена отступать, то здесь – полное воссоединение. Здесь все необходимо: когда свет приходит – темнота уходит, когда свет уходит – темнота приходит. И когда-то именно она заставила тебя двигаться к свету. А сейчас остается только благодарить ее, и она дарит силы. Великая Божественная игра постигнута: все необходимо, нет зла, нет страха, есть только сила и радость, и неумная жажда творения. Бог жаждет видеть Бога!

Психотерапевт, если он достиг этого этапа, становится по-настоящему целостным, живым, сильным, все принимающим и не осуждающим, полностью и плодотворно соучаствующим в феноменаль-

ном мире (как С.Гроф, например). И можно помогать любому, кому нужна помощь – это безграничные профессиональные возможности. Это этап так называемых Учителей (Курс Чудес, 1997). Хотя, путь Учителя начат давно. Здесь **сбалансированность происходит сама**, нет нужды тратить усилия на удержание равновесия. И здесь уже нет смысла взывать: “Люди, что же вы страдаете вами же созданными страданиями?”. Здесь другая реальность: те, кто хочет страдать – пусть страдают, те, кто хочет жить – пусть живут. Вселенная равновесна, сбалансирована, целокупна, она – саморазрушающая и самовосстанавливаемая. Ей все необходимо. Очень интересно участвовать в этом космическом великолепии: можно выбирать для себя функции восстановления – разрушений в мире и так предостаточно. Можно сочувствовать страдающим и помогать разными способами тем, кто хочет избавиться от страданий, стать живыми, успешными. Ведь в этом теле на этой земле у всех у нас одна жизнь. Ее можно прожить в напряженном соревновании, где нет победителей, в страхах и страданиях. А можно прожить радостно, и естественно, без напряжения. И никогда не поздно начинать: всегда все своевременно.

Для психотерапевта – огромный простор в профессии, в творчестве. И, естественно, синдромы сгорания и угасания давно в прошлом. И синдром просветленности исчез! Повезло такому психотерапевту и его клиентам. Их, кстати, всегда достаточно, “ни больше и не меньше, а ровно столько, сколько нужно” (А.Дериев, 1999). А у Вселенной всегда все-го достаточно.

И, действительно, “**смысл жизни состоит в том, чтобы она была прожита**, а не продана, концептуализирована, зажата в рамки систем” – все тот же гениальный Божий сын и сукин сын Фредерик С.Перлз.

Литература:

1. Гроф С. *Психология будущего*, М: 2001
2. Дериев А. *Купи меня. Книга о гипнозе*, Новосибирск, 1999
3. “Курс Чудес”, США, 1997
4. Наранхо К. *Гештальт-терапия. Круг мыслей Гурджиева*, Воронеж, НПО “Модек”, 1995
5. Ошио Заджини А *человек жаждет!..*, М: 2000
6. Перлз Ф. *Гештальт-терапия дословно*, 1969
7. Перлз Ф. *Гештальт-подход и Свидетель терапии*, М: 1969
8. Робин Ж.М. *Гештальт-терапия*, М: “Эйдос”, 1996
9. Уилбер К. *Никаких границ*, М: 1998
10. Уоли Р. *Дух шаманизма*, М: 1996
11. Фридрих С. *Гештальт-терапия при невротических расстройствах*, Костанай, 1999.

ПСИХИАТРИЯ

СОСТОЯНИЕ СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ С РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

И.П.Бочковская, С.А.Исмаилова

г. Павлодар

Центр медико-социальной реабилитации детей с психоневрологической патологией, созданный при областном психоневрологическом диспансере, занимается лечением детей с головными болями разнообразной этиологии, с энурезом, заиканием и с психологическими нарушениями в развитии и формировании личности.

Основная группа детей, получающих лечение в центре, имеют резидуально-органические нервно-психические расстройства. Это разнообразные нервно-психические нарушения, обусловленные относительно стойкими последствиями органических поражений головного мозга. Основными причинами нарушений являются внутриутробные перинатальные и ранние постнатальные поражения мозга. Несмотря на резидуальный характер дефекта, лежащего в основе этих расстройств, им свойственна динамика, связанная с процессами репарации, компенсации и декомпенсации нарушенных функций, а также с процессами возрастного созревания систем мозга. Возможна также приостановка и дезорганизация функционально недостаточных систем мозга под влиянием неблагоприятных воздействий внешней среды и вследствие отсутствия адекватного воспитания и тренировки этих систем. Среди резидуально-органических нервно-психических расстройств преобладают нарушения пограничного характера, прежде всего, неврозоподобные и психопатоподобные состояния.

Центральным проявлением цереброастенических состояний считают синдром раздражительной слабости, включающий, с одной стороны, повышенную утомляемость, истощаемость психических процессов, а с другой – повышенную раздражительность, готовность к афорективным вспышкам.

Нередко в структуру резидуально-органических состояний входят и выраженные расстройства вегетативной регуляции, а также цереброастения сочетается с очерченными диэнцефальными синдромами. У этих детей наиболее часто обнаруживается рассеянная неврологическая микросимптоматика, недостаточность тонкой моторики, асимметрия объема содружественных движений, односторонние пирамидные знаки.

Несмотря на общую тенденцию к регредиентному течению в динамике цереброастении возможны периоды декомпенсации, которые обычно наблюдаются в пубертатном возрасте. Причинами декомпенсации могут быть не только возрастные фи-

зиологические сдвиги, особенно дисгармонично протекающие, могут быть переутомления, связанные с учебными перегрузками, различные соматические заболевания, инфекции. При лечении данной патологии показано применение нейрометаболических стимуляторов, сосудистых и ликвородинамических препаратов, седативных средств, витаминов. Назначение физиопроцедур, массажа являются вспомогательными методами в лечении цереброастенического синдрома. При проведении анализа данной патологии поставлена цель выявить наиболее часто встречающиеся соматические заболевания у детей с цереброастеническими поражениями, наметить единые подходы в тактике ведения и лечения этих заболеваний.

Пограничная патология нервно-психических и соматических состояний требует определенных на-выков в диагностике и лечении.

За 2001 год в центре пролечено 194 ребенка с диагнозом резидуально-органическое поражение центральной нервной системы. При осмотре педиатра 28 детей (14%) были здоровы (не имели в данное время соматических заболеваний). Среди 166 детей, имеющих соматическую патологию, было 69 мальчиков (41%) и 97 девочек (59%). Наибольшее число детей – 134 (69%) составили дети пубертатного возраста от 10 до 15 лет.

Основными жалобами, предъявляемыми детьми, являются: наличие головных болей, различных по интенсивности и времени возникновения, утомляемость детей после физических и умственных нагрузок, укачивание и тошнота при поездке в транспорте, плохой сон и трудности засыпания. Часть детей жалуется на наличие носовых кровотечений, непереносимость резких запахов, выявлена метеозависимость и плохое самочувствие. Многие школьники отмечают снижение памяти и внимания при усвоении школьных знаний.

При сборе анамнеза наиболее частыми травмирующими факторами для ребенка являются хронические заболевания самих матерей (наличие пневмонефрита, гипертонической болезни, анемии), наличие внутриутробного инфицирования плода вирусной и бактериальной флорой, гистозы в ранних и более поздних сроках беременности, осложнения во время ведения родов, недоношенность. Причинами поражения структур центральной нервной системы явились асфиксия, гипоксические состояния новорожденных, натальные травмы шейного

отдела позвоночника и головного мозга. До поступления в центр (после 4 лет) основное лечение по восстановлению и адаптации поражений нервной системы дети получали у невропатологов.

При нейрофункциональном обследовании у трети детей выявлялись признаки внутричерепной гипертензии, на РЭГ - изменения тонуса сосудов, нарушение кровотока в вертебробазилярном бассейне.

При лабораторном обследовании в анализе крови у 6 детей выявлена постгеморрагическая железодефицитная анемия I степени (в анамнезе этих детей есть носовые кровотечения). Назначение мясной диеты, препаратов железа, поливитаминов с минералами позволило за время лечения нормализовать показатель гемоглобина.

Особое внимание обращено на детей, имеющих хронические очаги инфекции, такие как – хронический тонзиллит - 20 детей (12%), ринофарингит и гипертрофию миндалин – 27 детей (16%). Эти дети имели и увеличение регионарных лимфоузлов I степени. Детям проводилась санация очагов инфекции в носоглотке (орошение зева растворами антисептиков, закапывание “фитонцидного” масла, УФО зева и носовых ходов).

Наиболее частыми заболеваниями у детей с цереброастеническим синдромом является поражение сердечно-сосудистой системы. Клинически это проявляется кардиалгиями, учащением сердцебиения при эмоциональных и физических нагрузках, изменением показателей артериального давления. У всех детей проведены обследования – электрокардиография, эхокардиография.

Пролапс митрального клапана О-І степени выявлен у 13 детей (8%), дополнительная хорда левого желудочка сердца у 5 детей (3%), функциональный систолический шум у 33 детей (20%).

Неблагоприятное воздействие на здоровье детей оказывают заболевания опорно-двигательного аппарата. Повышенные физические и эмоциональные нагрузки, гиподинамия, неполноценное питание вызывают нарушения со стороны костно-мышечной системы, особенно в подростковом возрасте.

У 3 детей (1,8%) выявлена остеохондропатия, нарушение осанки, сколиоз у 37 детей (22%), сколиоз шейно-грудного отдела позвоночника у 23 детей (14%). Данная патология приводит к диспропорции роста ребенка, вызывая и функциональные нарушения в работе сердечно-сосудистой, пищеварительной и мочевыделительной систем. Этим детям рекомендовано лечение у детского хирурга, ортопеда – травматолога, назначался массаж, проводилось физиолечение синусоидальными модулированными токами, токами Бернара, электрофорез с хлористым кальцием, с новокаином.

Дети с сердечно-сосудистыми заболеваниями получали лечения кардиотрофическими средствами, назначались препараты витаминов В, Е, А, пре-

параты, содержащие калий, магний, кальций. Детям эмоционально-лабильным рекомендованы препараты седативного ряда, фитопрепараты (валериана, настойка пиона, новопассит).

Особую тревогу вызывает увеличение заболеваний эндокринной системы у детей, особенно в пубертатном периоде. С эпидемическим зобом I степени выявлено - 20 детей (12%). Эти дети во время лечения в центре, либо на догоспитальном этапе осмотрены эндокринологом и получали соответствующее лечение препаратами йода. Эта группа детей характеризуется утомляемостью, нестабильным поведением, эмоциональной лабильностью. Им свойственна и вегето - сосудистая дистония. У 8 мальчиков (5%) и 3 девочек (2%) за 2001 год отмечено отставание в росте и весе - выявлена конституциональная низкорослость, у 1 мальчика синдром позднего пубертата. Детям определялся костный возраст, рекомендован комплекс поливитаминов и минералов, полноценное белковое питание, ограничение нагрузок.

Экзогенно-конституциональное ожирение I степени выявлено у 3 детей (2%), ожирение II степени - у 1 ребенка. Соблюдение диеты, разгрузочные дни, формирование правильных навыков питания, увеличение нагрузок позволяет добиться снижения веса. Сопутствующей патологией являются вегето-сосудистые дистонии по гипертоническому типу - у 6 детей (4%) и по гипотоническому типу – у 2 детей (1%).

Детям с вегето-сосудистыми дистониями обязательным условием в лечении является соблюдение охранительного режима, достаточное пребывание на свежем воздухе, рациональное питание, здоровый сон.

В медикаментозной терапии совместно с психиатрами обговаривались назначения препаратов вегето-стабилизирующего действия, гипотензивного свойства, а при наличии гипотонии – растительные тонизирующие настойки (ливзея, элеутерококк, аралия).

Вегето-сосудистая дистония проявлялась чаще у детей пубертатного возраста, когда идет интенсивный рост организма, стабилизация гормонального фона и желез внутренней секреции. В это время усиленно работают все виды обмена, идет созревание всех органов и систем.

Центральное регулирующее влияние имеет нервная система. Нестабильность её работы, последствия органических поражений ЦНС приводят к функциональным нарушениям со стороны внутренних органов. Из заболеваний органов пищеварения гастродуоденит был у 6 детей (4%), дискинезии желчевыводящих путей - у 3 детей (2%), хронические холециститы - у 6 детей (4%). Нарушение моторики и дисбактериоза кишечника выявлено у 7 детей (4,2%). Данная патология говорит о наличии психосоматической основы. Часто в жалобах при обострении

гастритов, холециститов дети отмечают стрессовые моменты – ссоры со сверстниками, неблагоприятную обстановку в семье, предстоящие эмоциональные перегрузки.

У детей во время обострения появляются жалобы на боли в животе, метеоризм, тошноту, рвоту. Склонность к запорам смешанного, либо атонического характера отмечена у 5 детей (3,5%). У 2 детей (1,2%) отмечена склонность к поносам не только при нарушениях диеты, но и при эмоциональных нагрузках. У данной группы детей отмечено улучшение пищеварения во время летних каникул, когда ребенок свободен, имеет возможность дольше спать, спокоен.

При обострении заболеваний детям рекомендована щадящая диета, назначались спазмолитики, регуляторы моторики желудочно-кишечного тракта, ферменты, отвары трав с желчегонным, противовоспалительным и седативным эффектом.

В анамнезе у 7 детей (4,2%) отмечен перенесенный пиелонефрит. Частые вирусные и бактериальные заболевания у детей в дошкольном и младшем школьном возрасте послужили причиной заболевания почек. Эта группа требует диспансерного наблюдения раз в квартал и при повторных изменениях в анализах мочи рентгенологического обследования экскретной функции почек.

Поражение кожи – атопический дерматит выявлен у 15 детей (9%). Поражение кожи у детей школьного возраста в основном локализуются в области локтевых сгибов, на слизистой губ (хейлит), на складках кожи в паховой области и под коленями. Сыпь чаще сухая, с шелушением, местами мокнущая. Детей беспокоит зуд (расчесы на коже). Часто у этой группы детей выявлены вредные привычки – облизывание губ, кусание ногтей. Со слов детей во время эмоциональных нагрузок зуд усиливается. У 2 детей дерматит протекает как разновидность нейродерматита. Выявлена связь усиления кожных сыпей при употреблении продуктов, являющихся облигатными аллергенами (шоколад, мёд, яйца, рыба, жевательные резинки, газированные напитки). При данном поражении кожа детей обрабатывалась натуральными болтушками, содержащими белую глину, цинк, тальк, глицерин. Гормональные

мази не назначались. В лечение подключались препараты кальция, антигистаминные и седативные средства.

ВЫВОДЫ:

Подводя анализ данных соматических заболеваний за 2001 год у детей с рецидуально-органическими поражениями ЦНС, считаем, что наиболее часто страдает сердечно-сосудистая, эндокринная системы, желудочно-кишечный тракт.

Подавление иммунитета выражается в склонности детей к острым респираторным заболеваниям. Испытывая эмоциональные нагрузки, нарушения питания, режима дня – дети с поражением ЦНС чаще других детей дают психосоматические нарушения и срывы в работе многих систем организма.

Учитывая данный опыт работы у детей с пограничной патологией необходимы совместные усилия и индивидуальный подбор в выборе тактики медикаментозного лечения. Необходимо согласовывать работу психоневрологов, педиатров, психологов в оздоровлении микроклимата в семье, в школе, снижении эмоциональных и физических нагрузок у каждого отдельного ребенка. Соблюдая заповедь: “Не навреди!”, ограничивать назначения медикаментов до разумного предела - не более 3-4 препаратов. Шире использовать витаминотерапию, фитотерапию, привлекать детей к занятию лечебной физкультурой, развивать навыки познания детей по вопросам здорового образа жизни.

Литература:

1. Руководство “Педиатрия”. Под ред. Н.Н.Володина. М., 1997 г.;
2. В.В.Ковалев. Руководство “Психиатрия детского возраста”. М. 1995 г.;
3. М.В.Чичко. “Эндокринные заболевания”. Минск, 1998 г.;
4. А.В.Сикорский, М.В.Чичко. “Сосудистые дистонии у детей” Минск, 1998 г.;
5. Методические рекомендации “Симптоматика и диагностика заболеваний пищеварительной системы у детей”. Харьков, 1999 г.”
6. “Руководство по клинической эндокринологии” под ред. Н.М.Старковой. 1999 г.

ПРИМЕНЕНИЕ ФИТОПРЕПАРАТА “NEIROSTABIL” В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ (опыт лечебной практики)

Н.М.Власова, С.И.Королева

г. Усть-Каменогорск

“Стресс – это не то, что с вами случилось,
а то, как вы это воспринимаете”

Г.Селье

Человек, как венец природы и существо разумное, отличается от животных наличием второй сиг-

нальной системы и выраженной зависимостью от социальных факторов. Мы постоянно оцениваем

свое положение в обществе, возможности удовлетворения своих потребностей, взаимодействие с другими людьми, свое положение на работе, место и роль в коллективе. К сожалению, жизнь в современном мире характеризуется часто возникающими конфликтами. Частые стрессы и перепады настроения могут привести к перевозбуждению эмоциональных центров, нарушением в центральной нервной системе и, как следствие, возникновению хронического стресса, невроза, а в крайних случаях и психического заболевания.

Любое эмоциональное возбуждение сопровождается вегетативными и эндокринными реакциями. Контролирует вегетативные реакции высший вегетативный центр – гипоталамус. Этот орган формирует такие компоненты эмоций, как изменение артериального давления, частоту сердечных сокращений, работу желудочно-кишечного тракта и многое другое. Гипоталамус самостоятельно и через гипофиз управляет многими эндокринными компонентами эмоций, выбросом кортикотропина, соматотропина, половых гормонов и т.д. Смысл этих изменений заключается в том, чтобы подготовить организм к работе в условиях стресса. Стресс – явление повсеместное, и причин, которые могут вызвать это состояние, великое множество. Самые распространенные из них:

- физические факторы: ионизирующая радиация, электрический ток, шум, вибрация, электромагнитное поле, механическая травма, влияние высоких и низких температур;

- обменные и эндокринные заболевания;
- гиповитаминоз;
- дегенеративные процессы и старение;
- социальные факторы.

Какими бы ни были причины, приводящие к стрессу, это – только часть возможных нарушений. Современный человек страдает от тревоги, головных болей, бессонницы. На первых порах организм человека может скомпенсировать стресс. Однако с течением времени компенсаторные возможности организма ослабевают и стресс затягивается, трансформируясь в невроз.

Неврозы были и остаются актуальной проблемой практического здравоохранения.

Увы, неврозы не щадят даже детей. По статистике сегодня признаками невроза страдают 15% подростков. У детей неврозы возникают в результате школьных перегрузок, психических травм. Но особую роль в развитии неврозов у детей занимает неправильное питание и жесткое воспитание в семье. Характерными признаками детских неврозов являются повышенная возбудимость, раздражительность, капризность, плаксивость. А у некоторых детей наблюдается чрезмерная боязливость, мнимость и тревожность. Они не переносят громкие звуки, яркий свет, поведение характеризуется то вялостью, то двигательным беспокойством. И

наиболее часто, особенно среди молодых школьников, встречается невроз страха.

Как это ни удивительно, значительная часть данных состояний связана с диетой и питанием, а именно: нестабильный уровень гликемии, индивидуальные пищевые аллергии приводят к повышению тревожности. Индивидуально подобранное питание может улучшить память, настроение, интеллектуальную и умственную деятельность.

Так, для уменьшения чувства неуверенности и незащищенности, в питании необходимо увеличить дозу витаминов группы В, кальция, магния, седативных травм. При лечении депрессии основная задача состоит в повышении в организме содержания нейромедиаторов, ответственных за повышение настроения. Одним из них является серотонин, который противостоит беспокойству, тревоге, другими – катехоламины, относящиеся к группе адреналиноподобных химических соединений. Они преобразуют чувство подавленности, апатии, сонливости. Если обеспечить организм необходимым пластическим материалом в виде аминокислот, витаминов группы В, микроэлементов, то синтез нейромедиаторов будет достаточным и пациент справится с депрессией. Именно биологически активные добавки содержат в концентрированном виде и достаточном количестве источники микроэлементов и витаминов. Одним из таких препаратов для поддержки и лечения ЦНС является фитопрепарат “Neirostabil” компании “Art of life”. Известно, что биологически активные компоненты растительных веществ более родственны человеческому организму, чем синтетические препараты. Они легче включаются в метаболические процессы организма. Отсюда и сравнительно редкие случаи непереносимости и аллергических реакций. Использование подобных препаратов в детской практике оправдано из-за мягкости их воздействия и отсутствия побочных эффектов.

В состав “Neirostabil” входят:

- пустырник. Действующими веществами являются: горечь, эфирное масло, дубильные вещества, флавоноиды, сердечные гликозиды и алкалоиды.

- пион (корень) – содержит эфирное масло до 1,8%, в состав входят: салициловые и бензойные кислоты, метилсалцилат, гликозит, салицин, до 10% сахара, алкалоиды, белки, дубильные вещества.

- хмель (шишки) – нейротропное действие препаратов из шишек хмеля связывают с наличием в них лупулина, оказывающего успокаивающее действие на ЦНС. Содержит флавоноиды, гормоны и витамины.

- душица – седативное и судорожное средство.

- кипрей – включает в себя аскорбиновую кислоту, гликозиды, эфирные масла и алкалоиды. Установлено седативное противосудорожное действие растения, сходное с аминазином.

- B_1 , B_2 , B_6 , B_{12} , биотин. Витамины группы В

являются коферментами в биохимических реакциях, происходящих в нервных клетках.

- витамины: А, Е, Д, РР, Д – пантенонат кальция, С. Витамины – необходимые участники важнейших химических и физиологических процессов.
- глутаминовая кислота, фолиевая кислота.
- калия хлорид, магния оксид.

Нами было обследовано 60 детей в детском психоневрологическом отделении ОПНД, среди которых были дети: с тикозными расстройствами – 11 человек, гиперкинетическими расстройствами – 15 человек, энурезом – 8 человек, заиканием – 9 человек, судорожным синдромом – 12 человек. Общими жалобами являлись: раздражительность, утомляемость, головные боли, гиперактивность, плохое засыпание. В качестве медикаментозного лечения пациенты получали транквилизаторы, седативные, противосудорожные препараты, индивидуальная психотерапия. 30 детей дополнительно получали препарат “Neirostabil” (экспериментальная группа). Возраст пациентов от 4-х до 8 лет – 24 человека (из них 10 мальчиков и 14 девочек), от 9-ти до 14-ти лет – 36 детей (из них 12 девочек и 14 мальчиков). В зависимости от возраста получали ½ таблетку – в возрасте от 4-х до 8 лет, 1 таблетку – в возрасте от 9-ти до 14-ти лет. Препарат давался после еды, в течение 30 дней.

В результате лечения головная боль купировалась на 10-й день лечения в первой экспериментальной группе у 15 человек. Во второй группе у 13 человек. Тикозные расстройства прошли у 3-х детей в первой группе и у 2-х детей из второй группы. Изменения в самочувствии (со слов больных) в первой группе появились на 4-5 день лечения, во втор-

ой группе – на 7-8 день пребывания в стационаре, улучшилось настроение, уменьшились раздражительность, негативизм. В первой группе 5 детей отметили улучшение памяти, способности сосредоточиться, что отразилось на их оценках по общобразовательной программе. У 3-х детей из 4-х в первой группе прекратились случаи упускания мочи в ночное время, во второй группе у 2-х детей из 4-х.

Представляет интерес действие добавки на больных с эпилепсией. В первой группе у 3-х человек из 6-ти отмечалось урежение приступов. Приступы не менялись по характеру, однако, длительность и частота их незначительно уменьшилась – дети получали депакин. В контрольной группе, где дети также получали депакин, динамики не отмечено.

Возможно, совместное назначение “Neirostabil” с противосудорожными препаратами будет способствовать купированию приступов на малых дозах антikonвульсантов. Отмечена положительная динамика на ЭЭГ у 15 человек из первой группы, у 10 из второй. В первой группе у 6-ти детей из 7 уменьшился гиперкинетический синдром, во второй группе у 5-ти из 8.

Анализируя вышеизложенное, фитопрепарат “Neirostabil” оказывает благоприятное воздействие на нервную систему. Улучшает общее самочувствие, снижает раздражительность, уменьшает головную боль, улучшает сон, снижает эмоциональную лабильность, улучшает речь, память. Так как в процессе терапии не наблюдалось никаких побочных явлений, можно рекомендовать приём препарата на более длительный срок в условиях амбулаторного лечения.

ВЛИЯНИЕ ИНСТЕНОНА НА ДИНАМИКУ РЕОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С СОСУДИСТЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

М.Б.Едигенова, Ж.С.Молдахметова

г. Костанай

Патология центральной нервной системы в настоящее время является одной из наиболее актуальных медицинских и медико-социальных проблем, что связано с выраженным ростом в последние десятилетия заболеваемости атеросклерозом, стенозирующими процессами в сосудах головного мозга, дисциркуляторной энцефалопатией, требующей более адекватных методов терапии. Возможности фармакологической коррекции на современном этапе включают огромное количество препаратов, влияющих на многие звенья патогенеза патологических процессов. Основным средством активации восстановленных процессов в ЦНС является стимуляция всех видов нейрометаболизма при поддер-

жании адекватного кровотока. Использование в последние годы комплексного препарата инстенона доказало высокую эффективность препарата в лечении как острых нарушений мозгового кровообращения и терминальных состояний, так и энцефалопатий, различных по этиологии. Высокая клиническая эффективность препарата определяется кумулятивным эффектом совместного влияния всех его составляющих: этамиvana, гексобендин, этофиллина. Гексобендин улучшает обмен веществ в ткани головного мозга за счет повышения утилизации глюкозы и кислорода, увеличивает кровоснабжение. Этамиван регулирует церебральный кровоток, а также стимулирует его кортикальные и веге-

тативные функции (ясность сознания, концентрация внимания и т.д.) этофиллин оказывает положительное инотропное действие на сердце, вызывает расширение бронхов при бронхоспазме и увеличивает диурез.

Нами были изучены особенности влияния инстенона на клиническую симптоматику у больных со II-III стадией гипертонической болезни (ГБ) и на сопутствующие этому состоянию церебрально-сосудистые нарушения по данным реоэнцефалографии.

Под наблюдением находились 20 больных, страдающих II-III ст. ГБ по классификации ВОЗ (17 мужчин и 3 женщины). Давность заболевания у них варьировалась от 8 до 15 лет. У всех больных наблюдалось стабильно повышенное АД в пределах от 160/90 до 190/110 мм рт. ст. Психические нарушения были представлены в виде астенической, неврозоподобной симптоматики: начинающихся признаков снижения памяти, расстройство внимания, утомляемости, шума в ушах, нарушения сна, эмоциональных расстройств, элементов слабодушия. Инстенон применяли парентерально и перорально: 2,0 инстенона в 200 мл физиологического раствора в/в капельно в течение 10 дней с последующим переходом на пероральный прием в дозе 1 драже 2-3 раза в день в течение двух недель. Лечение начинали вне гипертонических кризов, на фоне относительной компенсации болезненных расстройств. Учитывались клиническая оценка врача и субъективное мнение больного. Переносимость препарата определялась в соответствии с частотой пульса, артериальным давлением, побочными эффектами. До начала и на десятый день лечения проводилась регистрация реоэнцефалограмм в левом и правом фрonto-мастодиальном отведении на реографе РГ-4-01 при калибровочном импульсе в 0,1 ома.

Для анализа реоэнцефалографических кривых применялся модифицированный метод анализа реограммы, основанный на выделении ее артериальной и венозной компоненты (И.В.Соколова с соавт.). Рассчитывались следующие показатели: амплитуда артериальной компоненты А (в омах) для оценки интенсивности кровоснабжения артериального русла, зависящая от величины локальной фракции сердечного выброса крови в данную область, а также от состояния тонуса артериального русла в этой области; отношение максимального систолического значения венозной компоненты В к амплитуде артериальной компоненты А-В/А (в %) как показателя преимущественной величины периферического сопротивления сосудов, определяемого тонусом артериол, капилляров и венул исследуемой области; показатель F (в ом/с), определяющий скорость объемного пульсового кровенаполнения изучаемого участка кровеносного русла.

Нормальные РЭГ – показатели изучались и в контрольной группе (13 мужчин и 7 женщин в возрас-

те от 30 до 45 лет). Достоверность полученных результатов рассчитывалась по критерию Стьюдента.

У подавляющего большинства больных до начала лечения реоэнцефалограмма характеризовалась слаженностью вершины, деформацией анакроты, высоким расположением дикротического зубца, наличием, так называемой, венозной волны в конце катакротической фазы, выпуклости нисходящей части реографической волны.

Данные изменения систолического участка указывают на наличие гипертонуса сосудистой стенки, ухудшение ее растяжимости и повышение ее периферического сосудистого сопротивления. Количественно вышеуказанные изменения выражались в статистически достоверном ухудшении изучаемых показателей: в снижении А - справа $0,11 \pm 0,007$ и слева $0,06 \pm 0,008$ (у здоровых испытуемых – соответственно $0,25 \pm 0,014$ и $0,16 \pm 0,013$; Р (достоверность различия с группой здоровых) $< 0,01$); в повышении отношения В/А – справа $78,1 \pm 4,7$ и слева $84,2 \pm 5,2$ (у здоровых соответственно $55,3 \pm 2,3$ и $71,6 \pm 2,8$; Р $< 0,01$); показатель F тоже был снижен – справа $0,26 \pm 0,01$, слева $0,17 \pm 0,01$ (у здоровых справа $0,55 \pm 0,04$, слева $0,41 \pm 0,03$; Р $< 0,01$).

В процессе лечения на четвертые, пятые дни наблюдения состояние больных улучшалось: выравнивалось настроение, улучшался сон, уменьшались ощущения тяжести, “тумана” в голове. На 10 день лечения реоэнцефалографические кривые стали более регулярными, исчезли дополнительные зубцы, а количественные показатели обнаруживали тенденцию к нормализации: снизился сосудистый тонус (А – увеличилось справа на 33,2%, Р1 (достоверность различия по сравнению с исходным уровнем) $< 0,01$, слева – на 34,6%, Р1 $< 0,01$).

Увеличилась скорость объемного пульсового кровенаполнения полушарий (показатель F стал больше справа на 20,5%, Р1 $< 0,01$, слева на 21,3%, Р1 $< 0,01$).

Отмечена тенденция к уменьшению периферического сопротивления артериол, капилляров и венул, но изменения показателя В/А оказались статистически недостоверны (Р1 $> 0,06$).

Клиническая картина к 10 дню лечения заключалась в уменьшении явлений астено-невротической симптоматики, значительном уменьшении выраженности головных болей, головокружений, сосудистых кризов. Больные отмечали значительное улучшение общего самочувствия, проходила тревога, угнетенность, нарастал объем памяти, концентрация внимания. Аллергических реакций или побочных явлений не наблюдалось ни у одного больного.

Таким образом, инстенон может быть с успехом использован в лечении больных с дисциркуляторной энцефалопатией при II-III стадии ГБ, что, очевидно, связано с активным влиянием препарата на корковые и ретикулостволовые структуры мозга,

стимуляцией нейрометаболизма, поддержании адекватной ауторегуляции церебрального кровотока.

Выводы:

1. Применение инстенона оказалось эффективным при явлениях дисциркуляторной энцефалопатии у больных II-III стадии ГБ.
2. Высокая клиническая эффективность препарата определяется кумулятивным эффектом совместного влияния всех его составляющих.
3. Благодаря своему оптимизирующему действию на мозговой кровоток инстенон улучшает характерные для больных ГБ нарушения реоэнцефалографических показателей.

Литература:

1. Гогин Е.Е., Сененко А.Н., Тюрин Е.И. Артериальные гипертензии – Л: медицина, 1983 г.
2. Заноздра Н.С. Кращук А.А. Мозговое кровообращение у больных ГБ при физических нагрузках (Врачебное дело. 1984 г. № 1)
3. Шток В.Н. Повышение внутричерепного давления и диагностические возможности РЭГ. (Вопросы нейрохирургии. 1971 г. № 2)
4. Шток В.Н. Головная боль. М . Медицина, 1988 г.
5. Яруллин Х.Х. Клиническая РЭГ М, Медицина 1983 г.
6. "Pharma", 3 rd Edition, 1997 г.

ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЦ, ПОСТУПАЮЩИХ В УЧЕБНЫЕ ЗАВЕДЕНИЯ МВД РК

М.Б.Едигенова, С.А.Царенко, М.К.Айтенов

г. Костанай

Уровень современных знаний позволяет более глубоко оценивать особенности психического здоровья обследуемого и на основе анализа его характерологических особенностей прогнозировать вероятность развития пограничных форм психической патологии в определенных условиях деятельности, а также определять, исходя из анализа особенностей характера, наиболее оптимальную профессиональную направленность. И, наконец, следует иметь в виду, что критерии годности вновь поступающих на учебу, службу в органы внутренних дел и критерии увольнения лиц, уже проходящих службу, должны быть различны в соответствии с социальными различиями указанных контингентов. Требования к психическому здоровью вновь поступающих, в целом, должны быть жестче, поскольку, как показывают результаты исследований, практически каждый “брак” в определении годности или прием на службу вопреки медицинским заключениям завершается либо чрезвычайным происшествием, либо увольнением из ОВД, что подрывает их престиж и наносит значительный экономический ущерб (М.В.Виноградов, 1982 г.).

Излагаемые ниже материалы были получены в результате экспериментально-психологического, психиатрического обследования лиц, поступавших в средние и высшие учебные заведения системы МВД РК в период с января по сентябрь 2001 года. Они включают данные исследования их интеллектуально-мнестической деятельности, эмоционально-волевых реакций, поведения.

Обследовались 440 лиц преимущественно молодого возраста (от 17 лет до 36 лет), из них 50 с пограничной нервно-психической патологией и акцентуациями характера, остальные 390 - психически здоровые лица.

Из 50 обследуемых: с акцентуациями характера - 24, п/характерологическими развитиями и п/патией - 8, 10 - с резидуально-органической патологией, 8 - с другими пограничными нервно-психическими расстройствами.

Был использован ряд экспериментально-психологических методик, обязательных при отборе на службу в ОВД: личностный тест MMPI (Миннесотский многофакторный персональный опросник), графический тест Равена, цветовой тест Люшера. Кроме того, использовались дополнительные методики, исследующие память, мышление, поведенческие реакции и др. (Пиктограммы, тест рисуночной ассоциации Розенцвейга, Кэттелла и др.).

Группа обследуемых с резидуально-органической патологией мозга была представлена в основном “легкими” синдромами: астенический, вегетативный, в 2-х случаях представлен не резко выраженной акцентуацией эпилептоидного типа, еще в 2-х случаях - параксизмальным синдромом. “Легкий” регистр нарушений затруднял диагностику этих состояний, что усугублялось прямой заинтересованностью обследуемых скрыть проявления болезни, а также отсутствием полноценной и объективной информации об особенностях характера и поведения обследуемого, а также отсутствием медицинской документации (выписок из истории болезни, медицинские карты ребенка) о перенесенных в прошлом заболеваниях (родовых и черепно-мозговых травм, пребывание на диспансерном учете у невропатолога, психиатра в детском возрасте и др.). Поэтому диагностика этих состояний опиралась, в основном, на клинические методы работы психиатра (сбор анамнеза, оценка психического статуса), нейрофизиологическое обследование, дополнительные методы психологического исследования памя-

ти, внимания, истощаемости, мыслительных процессов. По результатам нейрофизиологического обследования (ЭЭГ - картирование мозга, РЭГ, М-эхоскопия) были выявлены в 8-ми случаях признаки внутричерепной гипертензии, в 12 – ухудшение вегетососудистых показателей кровоснабжения мозга, ухудшение венозного оттока, в 6 случаях – повышенная пароксизмальная готовность на ЭЭГ.

При экспериментально-психологическом исследовании выявлены: повышенная психическая истощаемость, проявляющаяся в нарушении мыслительной деятельности (поверхностность суждений, затруднения в выделении существенных признаков предметов и явлений), снижение работоспособности. Кроме того, в снижении памяти у таких больных, обнаруживается ряд особенностей. Так, у здоровых людей отмечаются относительно высокая память, как на слухоречевые стимулы, так и на зрительные; достаточно устойчивое внимание и нет замедления умственной работоспособности. У обследуемых с резидуально-органической симптоматикой (в частности, с отдаленными последствиями ЧМТ) отмечалось умеренное или достаточно выраженное ослабление зрительной памяти при хорошей слухоречевой, а также при сохранности объема памяти могут возникать качественные изменения. Например, при заучивании ряда из десяти слов отмечается или ввод новых слов, или несоблюдение порядка их воспроизведения.

При выполнении теста визуальной ретенции также отмечаются аналогичные нарушения. При зарисовке геометрических фигур по памяти, большинство обследуемых с данной патологией правильно воспроизвели 8-9 картинок из 10 предъявленных. Однако характер допущенных ошибок (ротации фигур или ошибок типа персеверации) свидетельствует о нарушении памяти зрительной модальности, хотя и не резко выраженном. Группа обследуемых с диагнозом “психопатия” и “патохарактерологическое формирование личности” представлены 8 случаями: 1 - психопатия шизоидного круга, 1 - психопатия возбудимого типа, 1 - психопатия эпилептоидного круга, остальные 5 случаев - с патохарактерологическим формированием личности. В психологическом статусе лиц с возбудимыми чертами характера прослеживаются с самого начала прохождения ВВК аффективные нарушения в виде напряженности, нетерпения, неумения ждать, конфликтности с врачами ВВК, особенности поведения также были замечены и в период экспериментально-психологического исследования. У лиц с эпилептоидными чертами характера поведение проявлялось в стеничном отстаивании своей позиции, несогласии с решением врачей ВВК, категоричностью, ригидностью суждений. Подобное поведение часто провоцировалось необходимостью повторного психологического исследования (в случае получения недостоверного результата по данным личностного тес-

та MMPI).

Всем лицам с психопатическими чертами характера кроме основных методов психологического обследования проводились дополнительные: рисуночный тест Розенцвейга, методика личностных свойств Кэттелла и ряд др. Практически у всех обследуемых с поведенческими расстройствами отмечались низкие показатели КГА (коэффициента групповой адаптации): от 26,3% до 35,6%, а по результатам личностного теста MMPI - высокие показатели 4,6,9 шкал.

Акцентуации характера были представлены 24 случаями. Необходимо отметить, что диагноз “акцентуация характера” выставлялся в случаях достаточно выраженного заострения личностного радикала, подтвержденного данными анамнеза, характеристики, психического статуса, а также в случае выявленных при психологическом исследовании повышенных шкал профиля (по данным личностного теста MMPI) в зависимости от типа акцентуации. Среди поступающих на учебу были лица, проходившие несколько лет назад ОВВК и признанные негодными с диагнозом: “психопатия”. При настоящем обследовании были выявлены лишь акцентуированные черты характера. Это подтверждает мнение ряда авторов о возможности смягчения, регрессии клинических проявлений психопатии. Катамнестическое исследование показывает ошибочность этого диагноза в 27,5 - 40% случаев, при этом процент диагностических ошибок тем выше, чем в более молодом возрасте установлен диагноз. Так, П.Б.Ганнушкин, О.Е.Фрейеров, В.К.Смирнов отмечали, что у некоторых больных с годами наступает такая стойкая компенсация, что приходится говорить о психическом здоровье. Это, по всей вероятности, связано с разным темпом зрелости эмоционально-волевой сферы, ошибками в определении этапов формирования краевой психопатии, с разными уровнями компенсации.

Таким образом, при установлении диагноза в возрасте 18-20 лет обследуемые могут быть психопатическими личностями (ядерными или краевыми), либо могут находиться на разных этапах формирования краевой психопатии, а также могут обнаруживать разные уровни компенсации. Все это подтверждает ту мысль, что диагноз “психопатия” в 18-20 лет имеет ограниченный характер и со временем должен уточняться.

Таким образом, анализ полученных данных показывает, что наиболее сложные диагностические задачи возникают при освидетельствовании психопатических лиц, лиц с отдаленными последствиями органического поражения головного мозга, что в определенной степени связано с отсутствием объективной информации об обследуемом (характеристики, медицинской карты развития ребенка, выписок из лечебных учреждений и др.). Это является прямым следствием разобщенности различных

учреждений и ведомств, участвующих в такой работе.

Приведенная оценка состояния освидетельствуемых лиц, поступающих в учебные заведения системы МВД, выдвигает задачи упорядочивания преемственности и взаимодействия всех служб, включая лечебные учреждения, отделы кадров всех подразделений УВД.

Литература:

1. Л.А.Прокопенко, А.М.Адаменко. *Об источниках ошибок психиатрической экспертизы в подро-*

стковом возрасте. "Ж. Нев. И псих.", 1989 № 8.

2. Осипов В.П. *Вопросы психиатрического распознавания и определения годности к службе. Л*, 1944 г.

3. Личко А.Е. *Типы акцентуации характера и патий у подростков. М*, 1999 г.

4. Алмазов Б.Н. *Организационные принципы социально-медицинского изучения личности допризывников и призывников. Метод.рекомендации.- М*, 1988 г.

5. В.К.Смирнов, В.В.Нечипоренко. *О динамической диагностике патий. "Ж нев и псих" 1989 № 12.*

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Е.В.Захарова

Более 9 млн. человек в мире ежегодно заболевают туберкулезом и почти треть из них умирают, хотя еще недавно его рассматривали как исчезающую болезнь. Заболеваемость туберкулезом в равной степени зависит от социально-гигиенических, экологических, медико-организационных факторов. Поиск путей решения этой сложной проблемы не должен ограничиваться решением только медицинских задач. В настоящее время актуальным является изучение взаимодействия и взаимонаправленности психологического и соматического аспектов заболевания туберкулезом и факторов, влияющих на социально-психологическую адаптацию пациентов и эффективность проводимого лечения. Современные методы психологии позволяют получить более полные объективные данные о личности больного с целью коррекции его деструктивного поведения.

Цель настоящего исследования заключалась в определении значимых психологических факторов, негативно влияющих на течение и исход заболевания.

Были проведены анализ историй болезни и формирование основной и контрольной групп. Проведено комплексное психологическое обследование 193 человек основной и контрольной групп.

Основную группу составили 113 человек, находившихся на диспансерном и/или стационарном обследовании и лечении по поводу туберкулеза легких. Контрольную группу, обладающую идентичными с основной группой половозрастными характеристиками, составили 80 практически здоровых человек. Среди больных туберкулезом легких от 16 до 72 лет (средний возраст 38,6 лет) 82 мужчины и 31 женщина. Бактериовыделителей 87 человек; инфильтративная форма туберкулеза легких у 113 человек.

Длительность заболевания: болеют менее 1 года

- 37%, 1-5 лет - 29%, более 5 лет - 33,6%.

В ходе исследования применялись: метод клинического наблюдения, психоdiagностический опросник "Тип отношения к болезни", тест фрустрационной толерантности Розенцвейга (Тарабриня - Н. В., 1973), тест "Завершение предложений" (Сакс Д., Леви С.), Шкала самооценки тревожности Ч.Д.Спилбергера-Ю.Л.Ханина (1978), тест-опросник Г.Айзенка Ері (А.Г.Шмелев), тест-опросник для диагностики типов психологической защиты (Плучик), шкала "Уровень депрессии" (В.Зунг-Т.Балашов), методика САН, психоdiagностическая методика для определения невротических и неврозоподобных нарушений (ОНР), методика диагностики уровня социальной фрустрированности (В.В.Бойко, 1998).

При обработке полученных данных использовались следующие методы статистического анализа: U-критерий Манна-Уитни, c2-критерий Пирсона, критерий χ^2 - угловое преобразование Фишера, коэффициент ранговой корреляции r_s Спирмена.

В результате исследования были выделены показатели психосоциальной дезадаптации больных туберкулезом легких. По социальным и материально-бытовым условиям основная группа характеризовалась как неблагополучная: инвалидность имели 18,6%, безработные – 55%, преобладали лица с неполным средним, средним и средне-специальным образованием; проживают отдельно – 38%, в родительской семье – 26,5%, имеет свою семью – 35,5%. У 87% больных туберкулезом, проживающих в семьях, выявлены дисфункциональные отношения в семье, семейная обстановка характеризуется как психологически неблагоприятная и во многом определяет реакцию пациентов на собственное заболевание. Конфликтные отношения в семье выявлены у 77% больных, в отношениях с родителями у

60%, с противоположным полом у 69%, с коллегами по работе у 82%. Наличие страхов и опасений выявлено у 69%, неадекватно заниженная самооценка у 88%, пессимистичное отношение к будущему у 86% больных. Наблюдается переживание своей малоценностя, снижение познавательной и социальной активности.

Туберкулез приводит к повышению уровня личностной (47%) и реактивной (67%) тревоги; к формированию агрессивного (69%), ригидного поведения с “фиксацией на удовлетворении потребности” (58%), к пассивному уходу от разрешения конфликтной ситуации (43%), к реакциям самооправдания в ситуации фruстрации (55%) ($p<0,01$). Отмечается преобладание интровертированной направленности личности больных туберкулезом легких (57%) ($p<0,01$), что способствует нарушению конструктивных отношений с медицинским персоналом и повышает риск самовольного прекращения лечения. У 70% больных диагностировано снижение показателей по шкале САН. Средний балл в основной группе составляет 3,5, что свидетельствует о неблагоприятном состоянии испытуемых, в контрольной – 4,7 ($p<0,01$). Больные отмечают ухудшение самочувствия, снижение активности и настроения, что связано с болезненными симптомами, длительным пребыванием в стационаре, переживанием своей малоценностя и нарушением социальных связей.

Исследование типа отношения к болезни изменяется в зависимости от длительности заболевания и семейного положения больных: у болеющих до 1 года ведущим является анозогнозический тип отношения к болезни (31%); у болеющих 1-5 лет – анозогнозический (22%), сензитивный (18%), дисфорический (15%); у болеющих более 5 лет – апатический (10,5%), эйфорически-анозогнозический (31,6%), неврастенически-апатический (18,4%); одноким больным присущ в большей степени эйфорически-анозогнозический тип отношения к бо-

лезни (30,1%), проживающим в семье – гармоничный (17%), анозогнозический (18,6%), эргопатический (14%).

Основные типы психологической защиты, присущие больным туберкулезом легких – “отрицание” (20,1%), “проекция” (21%), “отрицание-проекция” (15%), “вытеснение” (10,7%). В контрольной группе отмечается относительно равномерное распределение типов психологической защиты с незначительным преобладанием “компенсации” (22,5%) ($p<0,01$).

Нарушение психологической и социальной адаптации, выявленные у 53% пациентов, особенно со впервые диагностированным заболеванием туберкулезом легких, можно считать критериально значимым и использовать в психокоррекционной работе.

Взаимное влияние туберкулеза и его клинического течения, психологического состояния пациентов, их социальной адаптации проявляется в виде 4 последовательно формирующихся этапов (диагностический, терапевтический, кризисный, адаптационный), каждый из которых имеет ведущий психологический параметр, определяющий направления основного коррекционного воздействия.

Таким образом, для больных туберкулезом легких характерны повышенный уровень личностной и реактивной тревожности; агрессивное, ригидное поведение с “фиксацией на удовлетворении потребности”; фиксация на внутренних переживаниях; анозогнозический тип отношения к болезни; отрицание и проекция – ведущие типы психологической защиты.

Выявленные особенности личностного реагирования при заболевании туберкулезом легких определяют необходимость комплексного интегративного подхода к его лечению, обязательно включающего психологическую и социальную реабилитацию.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ЦВЕТОВОЙ СИМВОЛИКИ ЛИРИКИ А.А.БЛОКА

М.Ю.Новикова

г. Усть-Каменогорск

Искренняя благодарность учителям психологии Шиловскому А.П. и Наследову А.Д.

В основу настоящей статьи легла наша дипломная работа, выполненная на спецфакультете психологии Санкт-Петербургского государственного университета. Проблема, разрешению которой была посвящена наша работа, – это проблема психологии искусства, точнее, литературного творчества.

Проблемная ситуация психологии литературно-

го творчества состоит, в частности, в выявлении взаимообусловленности актуального эмоционального состояния и личностных свойств автора и проявлением их в произведении. В данной работе мы попытались показать эту взаимосвязь. Проблему можно сформулировать таким образом: актуальное эмоциональное состояние и личностные свойства по-

эта-лирика обусловливают появление именно такого произведения в данный момент. Зависимость между характеристиками произведения, с одной стороны, и актуальным эмоциональным состоянием и свойствами личности автора с другой, предполагается прямой. Следовательно, анализируя какие-либо однородные характеристики произведений, на протяжении определенного периода жизни поэта-лирика, можно составить мнение об его личностных свойствах и доминирующем эмоциональном состоянии в этот период времени. Далее, можно сопоставить разные периоды жизни и творчества поэта-лирика по отношению к личностным свойствам и доминирующему эмоциональному состоянию, и на основании достоверной частоты встречаемости однородных параметров произведений предположительно определить личностные свойства автора, устойчивые в течение жизни и различающиеся в разные годы.

ТЕСТ ЛЮШЕРА, ЕГО ОСНОВЫ И ПРИМЕНЕНИЕ

Тест Люшера в классическом варианте представлен в 2-х формах: полное исследование с помощью 73 цветовых таблиц и краткий тест с использованием 8-цветового ряда. Лаконичность и удобство применения 8-цветового ряда является большим преимуществом сокращенного варианта. В нашей работе мы пользовались методом цветовых выборов, адаптированным Л.Н.Собчик [11] вариантом цветового теста Люшера.

Мы предложили нестандартную процедуру проведения исследования, поскольку методика проводилась применительно к результатам контент-анализа. Функция цвета, отражающая субъективное отношение испытуемого к выбранным цветам, определяется и кодируется в стандартном исследовании следующим образом (мы применяли модификацию определения функций).

Явное предпочтение (+) присваивается первым двум предпочтаемым цветам, из которых цвет, стоящий на первой позиции, определяет основной способ действия, а на второй – цель, к которой стремится испытуемый.

Предпочтение (x) указывает на истинное положение вещей, ситуацию и образ действия, вытекающие из данной ситуации.

Безразличие (=) указывает на невостребованность в данный момент резервы, индифферентную зону, бездействующие особенности личности.

Неприятие (антипатия) (-) означает подавленные потребности.

Цвета разделяются на основные (1 – темно-синий, 2 – сине-зеленый, 3 – оранжево-красный и 4 – светло-желтый) и дополнительные, среди которых 7 – черный и 0 – серый – ахроматические, а 5 – фиолетовый и 6 – коричневый – смешанные.

СОДЕРЖАНИЕ АДАПТАЦИИ МЕТОДИКИ (применение теста Люшера к данным, полученным методом контент-анализа лирики А.А.Блока)

Объект исследования – лирика А.А.Блока, разделяется им самим на 3 книги, по годам: I том – 1898-1904 г.г., II том – 1904-1908 г.г., III том – 1907-1916 г.г. В нашей работе использовалось издание Блок А.А. Собрание соч. в 8-ми т., М-Л, 1960. Т. 1-3 (стихотворения, не вошедшие в основное издание, в исследование не включались)

Единицы контент-анализа

Категориями являлись обозначения цвета.

Индикаторы категорий:

1. явные обозначения цвета:

- а) зеленый, изумрудно-зеленый (2)
- б) голубой, синий, лазурь, темно-синий (1)
- в) красный, розовый, багровый, кроваво-красный (3)
- г) желтый, жолтый, золотистый, золотой (4)
- д) лиловый, лазоревый – фиолетовый (5)
- е) черный (7)
- ж) серый, серебристый, седой (0)

2. неявные, но подразумевающиеся:

- а) василек – 1
- б) спеющий колос – 4
- в) горящая свеча – 4
- г) костер, заря, огонь, кровь – 3
- д) смоль, мрак, тьма – 7
- е) прах, пыль, журавли – 0
- ж) сирень – фиолетовый – 5

Количественные единицы контент-анализа:

а) единицами контент-анализа являлись отдельные стихотворения тома,

б) единицами счета являлась функция цвета в отдельном стихотворении.

Если упоминаемый цвет встречался в стихотворении 2 или 3 раза, то за единицу считались различные функции цвета (+, x, =, -, ±). При этом один цвет мог, скажем, выступать в начале стихотворения в “+”-функции, а в середине в “x”-функции – это считалось за две отдельные единицы. Если же функция цвета оставалась неизменной на протяжении стихотворения, то единицей служило лишь первое упоминание функции.

Функции пары определялись по контексту: если цвета были стилистически и/или понятийно связанны, определялась функция пары, если нет, – определялась функция одиночного цвета. При этом, например, в начале стихотворения цвет мог выступать одиночно, например, в “x”-функции, а затем в паре с другим (“++” - функции, например).

Подсчет частоты был, таким образом, сегментарным, тематическим.

Кодировочная инструкция

Знак функции:

“+” - функция присваивалась обозначененному

цвету в следующих случаях.

- 1) Отождествление цвета с автором (“я”, “мой”)
“Я – равнодушный серый нелюдим”. +0
“Я стар душой. Какой-то жребий черный –
Мой долгий путь”. +7

NB! Однако, иногда поэт не нравится сам себе, о чём он говорит, следовательно, хоть это и его цвет, но он ему неприятен:

- “Я был весь в пестрых лоскутьях,
Белый, красный, в безобразной маске”.
Это будет “±”-функция (+3–3)

2) Если цвет приятен, радостен, автор активно ищет его.

- “Я шел к блаженству. Путь блестел.
Росы вечерней красным цветом”. +3

- “Сиянье льется без конца
Мой дух летит туда”. +4

- “Сумерек серых я жду”. +0

3) Движение к цвету – цель, к которой стремится.

- “Я стремлюсь к роскошной воле,
Там цветут и клевер нежный,
И невинный vasilek
Колос клонит”. +1+4

“–” - функция

1) Цвет неприятен, тягостен, зловещ.
“И над зловещею зарницей”. -3

2) Рядом с цветом – частица “не”, приставки “без”, “не” – цвет отрицается.

- “Ми́лый воин не вернется,
Весь одетый в серебро”. -0

- “Не утоленная кровавыми струями”. -3

- “Не понять золотого глагола”. -4

- 3) Если цвет исчез из поля зрения.

- “Огонь погас”. -4

- 4) Если цвет не принимается, отвергается.

- “Мешали слиться с неизвестным,
Твоей лазурью процвести”. -1

- “Ленты красные – помеха”. -3

5) Если имеется указание на старость, ветхость, разрушенность, ущербность.

- “На ржавых петлях открывало ставни”. -3

- “И с этой ветхой позолоты”. -4

- “Блекнут ланиты”. -3

- “Зори не вечны”. -3

6) У Блока существует второй вариант написания слова “желтый” – еще и через “о”, которым обозначается пошлое, грязное, мещанско. Таким образом, “жолтый” – всегда -4

- “При жолтом свете веселились”. -4

“x” - функция

1) Если глагол при цвете стоит в настоящем времени.

- “И близится рассвет”. x3

- 2) В назывных предложениях (без сказуемого).

- “Синее море! Красные зори!” x1x3

3) Если глагол при употреблении цвета совершенной формы (прошедшего, настоящего или будущего времени), либо рядом с цветом – причастие или деепричастие, образованное от глагола совершенной формы.

“Синие окна румянцем зажглись”. x1x3

“=” - функция

- 1) Цвет вдали.
“Она беззаботна, как синяя даль”. =1

- “Там далеко за Невою
Вижу отблески зари”. =3

2) Если глагол, употребляемый с обозначением цвета, несовершенной формы прошедшего времени.

- “Последний пурпур догонал”. =3

- 3) Действие совершается медленно и трудно.

- “Медлительно кружится желтый лист”. =4

4) Если цвет исчезает из поля зрения (но пока не исчез совсем).

- “Взлетели к югу журавли”. =0

- “Мимо, виденье лазурное!”. =1

- “Но сохраним в душе глубоко...
И ласки девы черноокой,
И рампы светлые огни”. =7=4

5) Если есть обозначение черты, порога, границы.

- “Перейти за черту оглушающей тьмы”. =7

- “Кто-то шепчет и смеется

- Сквозь лазоревый туман”. =5

- “А там – одна черта светла”. =4

“±” - функция

1) Там, где один цвет исчезает, а другой одновременно появляется.

- “Огонь погас – и рассвело,

- Сыре утро застучалось

- В ее оконное стекло”. +0–4

- “Ты, в алом сумраке ликуя,

- Ночную миновала тень”. +3–7

- “Весенний день сменяла тьма”. +7–4

- “Зачем, зачем во мрак небытия

- Меня влечут судьбы удары? ...

- Но все вперед влечет какой-то свет,

- И будто им могу светиться!” +4–7

2) Когда один и тот же цвет то исчезает, то появляется, как бы “мигая” или отражаясь в зеркале.

- “Склонив седины

- ... Подняв седины”. +0–0

- “За туманом, за лесами

- Загорится – пропадет”. +4–4

- “Блудящими огнями”. +4–4

- “Ступлю вперед – навстречу мрак,

- Ступлю назад – слепая мгла”. +7–7

- “Набежит исчезающий свет”. +4–4

- “Как опрокинулся в воде

Лазурный сон небес".	+1–1
4) Отрицание совершающегося действия. “Теперь не может быть и речи, Что кто-то задувает свечи”.	+4–4
5) Цвет одновременно и принимается и отвергается. “Я – черный раб проклятой крови”.	+7–7
“Мой Страшный, мой Близкий – Черный монах”.	+7–7
“День был нежно-серый, серый, как тоска”.	+0–0

МАТЕМАТИКО-СТАТИСТИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РЕЗУЛЬТАТОВ

1. Проводился подсчет частоты встречаемости отдельных функций цвета по томам: абсолютной и средней (с учетом среднеарифметического числа стихотворений в 3-х томах - 287).

2. Проводилась оценка частоты встречаемости функции цвета, достоверно отличной от единичной, по каждому тому по формуле, предложенной Еремеевым Б.А. [10]. Во всех 3-х томах она оказалась равной 6.

3. Была произведена сводка среднеарифметических частот, достоверно отличных от единичных, присутствующих одновременно в 3-х томах.

4. Проводилась оценка достоверности отличий функций цвета, по трем томам попарно, при помощи критерия Фишера.

5. Проводилось сравнение достоверности отличий общих функций цвета по трем томам попарно и в целом по χ^2 . χ^2 на уровне значимости 0,05 при оценке различий между I и II томами оказался равным 15,7 (сходство достоверно), между I и III - 29,8 (сходство достоверно), между II и III томом – 38,12 (достоверно отличие).

6. Обобщались результаты достоверности отличий. Интерпретация данных проводилась на основании достоверных и по критерию Фишера, и по χ^2 различий между томами собрания сочинений (т.е. между различными периодами жизни) поэта.

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ПОЛУЧЕННЫХ ДАННЫХ

1. На протяжении 1898-1916 годов (значительная часть зрелой жизни) А.А.Блоку были свойственны такие личностные особенности, как интровертированность, осмотрительность в межличностных контактах, потребность в ободрении, выраженный контроль над проявлениями чувств и поступками. Периоды избыточной активности сменялись потребностью в расслаблении и покое, периоды оптимистического настроя, поиск перемен и приключений – периодами беспокойства и сниженного настроения. Имели место неврастенические проявления и защита по типу вытеснения истинных причин конфликта.

2. В период 1898-1904 годов проявлялась тенденция к пассивности, отходу от социальных контактов, ограничение сферы общения, опустошенность, усталость, потребность в прочной и глубокой привязанности.

3. В период 1904-1908 годов проявлялись разнонаправленные чувства: потребность в самостоятельности принятия решений и желание обрести покой, потребность в самоутверждении и желание избавиться от противодействия среды, отношение к объекту эмоциональной привязанности менялось от удовлетворённого до тревожно-неудовлетворённого, была присуща субъективная оценка обстоятельств

4. В период 1907-1916 г.г. дополнительно проявлялось стремление справится с угнетенностью, сохранив активность и невозможность осуществления желания теплых межличностных отношений.

ВЫВОДЫ

В данной работе сначала был произведен контент-анализ литературного текста – лирики Блока 1898-1916 г.г. Затем – синтез посредством самостоятельно адаптированной методики цветовых выборов (теста Люшера). В результате получены данные о личностных свойствах А.А.Блока на протяжении значительной части зрелой жизни и трех ее различных периодов (1898-1904, 1904-1908, 1908-1916 г.г.). Достоверность данных была подтверждена анализом воспоминаний современников поэта.

Таким образом, разработан новый метод выявления личностных характеристик автора лирических стихотворений посредством анализа их цветовой символики. Возможна дальнейшая разработка этого метода при анализе литературно-художественных текстов. Особенно ценно это в том случае, когда данные о личности автора малочисленны и неполны.

Литература:

1. Арихейм Р. Новые очерки по психологии искусства. – Пер. с англ., М., 1984.
2. Басин Е.Я. К вопросу о взаимоотношениях искусствознания и психологии художественного творчества. // Актуальные вопросы методологии современного искусствознания. – М., 1983, с.237-264.
3. Блок А.А. Собр. сочинений в 8-и томах. М. - Л-д, 60. Т.1 – 3.
4. Вайман С.Т. Диалектика творческого процесса. // Художественное творчество и психология. – М., 1991, с.3-31
5. Вопросы теории и психологии творчества. Изд.-сост. В.Л. Лезин. – Харьков, 1907.
6. Выготский Л.С. Психология искусства. – М., 1987.

-
7. Горанов К. Социологические и социально-психологические подходы к изучению художественной культуры. // Актуальные вопросы методологии современного искусствознания. – М.83, с.181-206.
8. Груценберг С.О. Гений и творчество. – Л., 1924.
9. Евлахов Д.М. Введение в философию художественного творчества. Опыт историко-литературной методологии. Том III. Методы нерациональные. – Ростов-на-Дону, 1917.
10. Еремеев Б.А. Статистические процедуры при психологическом изучении текстов. – СПб., 1996.
11. Собчик Л.Н. Методы психологической диагностики. Выпуск 2. Метод цветовых выборов. Модифицированный цветовой тест Люшера. – М., 1990.
12. Якобесон Р. Работы по поэтике. – М., 1987.

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ АМИТРИПТИЛИНОМ У БОЛЬНЫХ С ОРГАНИЧЕСКИ НЕПОЛНОЦЕННЫМ ФОНОМ

В.П.Пугачёв, М.Р.Юнусов,
Г.Т.Якирова, Н.Т.Бибакова

г. Костанай

На современном этапе клинической психофармакологии широкое применение в лечении депрессивных состояний получили трициклические антидепрессанты, в частности, амитриптилин. Сведения о вызываемых им побочных действиях являются наиболее полными.

В клинической практике психиатры достаточно часто сталкиваются с ними.

Мы решили проследить частоту и особенности побочных действий амитриптилина при лечении им депрессивных состояний у пациентов с органически не- полноценным фоном в зависимости от возраста, пола, клинических особенностей депрессивного синдрома.

Нами было проведено обследование группы больных, проходивших лечение в стационаре с 1998 года по 2001 год по поводу депрессивных состояний и страдающих органическим поражением ЦНС различной этиологии. Всего было обследовано 47 пациентов. Из них 29 пациентов – женщины, 18 пациентов – мужчины.

Таблица № 1

Пол	Возраст			
	40-45 лет	46-50 лет	51-55 лет	56-60 лет
Женщины	9	3	7	10
Мужчины	3	6	5	4

Из таблицы № 1 видно, что только в возрастной категории 46-50 лет преобладали мужчины, в остальных возрастных категориях приоритет оставался за женщинами.

В процентном соотношении по возрастным категориям расклад выглядел следующим образом:

В набранной группе преобладали женщины в

трех возрастных категориях от 40 до 45 лет – 31%; от 51 до 55 лет – 24% и от 56 до 60 лет – 28%.

Среди мужчин преобладали две категории: от 46 до 50 лет – 33% и от 51 до 55 лет – 28%.

В дальнейшем мы распределили диагностированные болезни пациентов по нозологическому признаку и по половой принадлежности.

Таблица № 2

Половая принадлежность	Нозологический признак		
	Органическое поражение ЦНС сосудистого генеза	Органическое поражение ЦНС сложного генеза	Органическое поражение ЦНС травматического генеза
Женщины	15	10	4
Мужчины	6	7	5

В группу, имеющую диагноз: “Органическое поражение ЦНС сосудистого генеза”, вошли лица, страдающие “Атероклерозом сосудов головного мозга”, “Гипертонической болезнью”, других заболеваний сосудов головного мозга; к группе, имеющей диагноз: “Органическое поражение ЦНС сложного генеза”, были отнесены пациенты, имеющие в анамнезе сочетанную патологию со стороны ЦНС; в последнюю группу пациентов, имеющих диагноз: “Органическое поражение ЦНС травматического генеза”, вошли пациенты, имеющие в анамнезе травмы головного мозга.

Среди пациенток превалировал диагноз: “Органическое поражение ЦНС сосудистого генеза” - 52%; с диагнозом: “Органическое поражение ЦНС

травматического генеза”, пациенток было – 13%; оставшаяся часть пациенток наблюдалась с диагнозом: “Органическое поражение ЦНС сложного генеза”.

Среди пациентов – мужчин, распределение по нозологическому принципу выглядит следующим образом: 33,3% - пациента наблюдались с диагнозом: “Органическое поражение ЦНС сосудистого генеза”; 38,8 % - с диагнозом: “Органическое поражение ЦНС сложного генеза”; 27,7% - с диагнозом: “Органическое поражение ЦНС травматического генеза”. Как видно распределение по нозологическому признаку более равномерно.

В последующем распределение проводилось по клиническому варьированию депрессивного синдрома.

Таблица № 3

Половая принадлежность	Особенности депрессивного синдрома			
	Астенический вариант	«слезливый» вариант	Адинамический вариант	Ажитированный вариант
Женщины	4	16	2	7
Мужчины	3	5	1	3

Из таблицы № 3 видно, что на астенический вариант депрессивного синдрома, в процентном соотношении, приходится - 13,7% пациенток, на “слезливый” вариант - 55,2%, на адинастический вариант – 6,9%, на ажитированный вариант – 24%.

Среди пациентов мужского пола выявлена следующая закономерность: на астенический вариант – 50%; на “слезливый” вариант – 27,7%; на адина-

стический вариант – 16,6%.

Таким образом, у женщин преобладали “слезливый” и ажитированный вариант депрессии, у мужчин – астенический и “слезливый” вариант депрессии.

Таблица № 4 отражает распределение пациентов мужского и женского пола по отношению нозологического признака болезни к варианту депрессивного синдрома.

Таблица № 4

Вариант депрессии	Нозологический признак					
	Органическое поражение ЦНС сосудистого генеза		Органическое поражение ЦНС сложного генеза		Органическое поражение ЦНС травматического генеза	
	муж	жен	муж	жен	муж	жен
Астенический	4	3	1	2	4	-
«Слезливый»	2	9	3	5	-	1
Адинамический	-	1	-	-	1	1
Ажитированный	-	2	3	4	-	2

Из таблицы № 4 видно, что в нозологической единице: “Органическое поражение ЦНС сосудистого генеза” распределение произошло следующим образом: на астенический вариант депрессивного синдрома – 20% от всех больных в данной нозологической единице; 60% - на “слезливый” вариант депрессивного синдрома; 6,7% - на адинастический вариант депрессивного синдрома; 13,3% - на ажитированный вариант депрессивного синдрома.

В нозологической единице “Органическое по-

ражение ЦНС сложного генеза” распределение по вариантам депрессивного синдрома выявило следующее: на астенический вариант депрессивного синдрома – 20% всех пациенток, в рамках выше означенной нозологической единице; 50% - на “слезливый” вариант депрессивного синдрома и 30% на ажитированный вариант депрессивного синдрома, адинастический вариант отсутствовал.

В рамках нозологической единицы: “Органическое поражение ЦНС травматического генеза” рас-

пределение произошло следующим образом: 25% - со “слезливым” вариантом депрессивного синдрома; 25% - с адинамическим вариантом депрессивного синдрома и 50% - с ажитированным вариантом депрессивного синдрома, в данной нозологической единице астенический вариант отсутствовал.

Как видно, в нозологической единице: “Органическое поражение ЦНС сосудистого генеза” распределение произошло следующим образом: на астенический вариант депрессивного синдрома приходится – 66,7% всех пациентов в рамках этой нозологической единицы, 33,3% - приходится на “слезливый” вариант депрессивного синдрома, адинамический и ажитированный вариант депрессивного синдрома в рамках этой нозологии не определялись.

В нозологической единице “Органическое поражение ЦНС сложного генеза” распределение произошло следующим образом: на астенический вариант депрессивного синдрома – 14,4% от всех пациентов в этой нозологической единице; по 42,8% распределение произошло между “слезливым” и ажитированным вариантом депрессивного синдрома, адинамический вариант в этом случае отсутствовал.

В рамках нозологической единицы: “Органическое поражение ЦНС травматического генеза” распределение следующее: на астенический вариант депрессивного синдрома пришло 80% от всех пациентов в рамках этой нозологии; 20% - адинамический вариант депрессивного синдрома; “слезливый” и ажитированный вариант в данной нозологии отсутствовал.

Выше приведенные исследования были необходимы для выявления особенностей побочного действия амитриптилина в зависимости от пола пациентов, их возраста, нозологической единицы и вариантов депрессивной симптоматики.

При катамнестическом исследовании пациентов установлено, что у 16 из них побочных эффектов вследствие лечения амитриптилином не наблюдалось.

Оставшаяся группа из 31 пациента имела те или иные побочные эффекты от приема амитриптилина.

Таблица № 5 показывает распределение пациентов имеющих побочные эффекты от приема амитриптилина в зависимости от пола и возраста по нозологическому признаку.

Таблица № 5

Нозологический признак	Возрастная принадлежность							
	40-45		46-50		51-55		56-60	
	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен
Органическое поражение ЦНС сосудистого генеза	0	4	0	0	1	6	0	1
Органическое поражение ЦНС сложного генеза	0	2	0	0	2	1	2	6
Органическое поражение ЦНС травматического генеза	0	1	0	-	0	-	2	3

Как видно, среди женщин 46% приходится на “Органическое поражение ЦНС сосудистого генеза”; 37,5% - Органическое поражение ЦНС сложного генеза” и лишь 16,5% - на “Органическое поражение ЦНС травматического генеза”.

Среди мужчин распределение произошло следующим образом: 14,3% - на “Органическое поражение ЦНС сосудистого генеза”; 57% - на “Органическое поражение ЦНС сложного генеза” и 28,7% - на “Органическое поражение ЦНС травматического генеза”.

Таким образом, среди пациентов женщин имеющих побочные эффекты от приема амитриптилина максимальный удельный вес приходится на нозологическую единицу – “Органическое поражение ЦНС сосудистого генеза”. Среди пациентов мужчин – на нозологическую единицу: “Органическое поражение ЦНС сложного генеза”.

Таблица № 6 отражает распределение той или иной нозологической единицы в зависимости от вариантов депрессивного синдрома.

Распределение в процентах вариантов депрессивного синдрома в рамках нозологической единицы произошло следующим образом: в рамках нозологической единицы: “Органическое поражение ЦНС сосудистого генеза” среди пациентов мужчин 100% приходится на ажитированный вариант депрессивного синдрома; среди пациенток – 72% приходится на “слезливый” вариант депрессивного синдрома.

В нозологической единице “Органическое поражение ЦНС сложного генеза”, среди мужчин – 75% приходится на астенический вариант депрессивного синдрома; среди пациенток превалирует “слезливый” вариант депрессивного синдрома – 55%.

Таблица № 6

Вариант депрессивного синдрома	Нозологическая единица					
	Органическое поражение ЦНС сосудистого генеза		Органическое поражение ЦНС сложного генеза		Органическое поражение ЦНС травматического генеза	
	муж	жен	муж	жен	муж	жен
Астенический	-	-	1	1	-	-
«Слезливый»	-	8	5	5	2	1
Адинамический	-	1	-	-	-	1
Ажитированный	1	2	3	3	-	2

В нозологической единице “Органическое поражение ЦНС травматического генеза” среди мужчин - 100% приходится на “слезливый” вариант депрессивного синдрома; среди пациенток – 50% приходится на ажитированный вариант депрессивного синдрома.

Нами выделены следующие побочные эффекты от применения амитриптилина часто встречающиеся и зафиксированные клиническими наблюдениями: трепор, акатизия, транзиторные нарушения памяти, нарушения сна, изменения ясности сознания в виде обнубилияции или оглушения, парейдолии, делирий. Они расставлены по глубине поражения психической сферы. В последующем они будут обозначаться порядковыми номерами.

Таблица № 7

Наименование побочных эффектов	Возрастной и половой аспект							
	40-45		46-50		51-55		56-60	
	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен
Тремор конечностей	-	7	-	-	3	7	4	10
Акатизия	-	4	-	-	3	7	4	10
Транзиторные нарушения памяти	-	-	-	-	3	2	4	6
Нарушения сна	-	4	-	-	3	7	4	5
Изменения ясности сознания в виде обнубилияции или оглушения	-	3	-	-	3	2	4	8
Парейдолии	-	-	-	-	1	1	1	3
Делирий	-	-	-	-	2	1	4	3

Как видно в возрастной категории от 51 до 55 лет среди пациентов мужского пола распределение побочных эффектов произошло следующим образом: трепор конечностей – 15,8%, акатизия – 15,8%, транзиторные нарушения памяти – 15,8%, нарушения сна 15,8%, изменения ясности сознания в виде обнубилияции или оглушения – 15,8%, парейдолии – 5,2%, делирий – 10,5%.

Среди возрастной категории 55-60 лет среди мужчин пациентов распределение побочных эффектов от приема амитриптилина было следующим: трепор конечностей – 17,3%, акатизия – 17,3%, транзиторные нарушения памяти – 17,3%, нарушения сна - 17,3%, изменения ясности сознания в виде обнубилияции или оглушения – 17,3%, парейдолии – 4,3%, делирий – 17,3%.

Среди пациентов женщин в возрастной категории от 40 до 45 лет побочные эффекты от приема амитриптилина распределились следующим обра-

зом: трепор конечностей – 38,8%, акатизия – 22,2%, транзиторные нарушения памяти – 0, нарушения сна - 22,2%, изменения ясности сознания в виде обнубилияции или оглушения – 16,6%, парейдолии – 0, делирий – 0.

Среди пациенток в возрасте от 51-55 лет распределение побочных эффектов от приема амитриптилина было следующим: трепор конечностей – 25,5%, акатизия – 25,5%, транзиторные нарушения памяти – 7,4%, нарушения сна - 25,5%, изменения ясности сознания в виде обнубилияции или оглушения – 7,4%, парейдолии – 37,7%, делирий – 37%.

В возрастном диапазоне 56-60 лет распределение побочных эффектов от приема амитриптилина было следующим: трепор конечностей – 22,2%, акатизия – 22,2%, транзиторные нарушения памяти – 13,3%, нарушения сна – 11,1%, изменения ясности сознания в виде обнубилияции или оглушения – 17,7%, парейдолии – 6,6%, делирий – 6,6%.

Таким образом, среди пациентов мужчин побочные эффекты присущие двум возрастным категориям 51-55 и 56-60 лет, т.е. прединволюционный период. В то же время побочные эффекты по глубине значительные и в большинстве случаев вплоть до делириозных расстройств, так у 7 пациентов в шести случаях имел место делирий (85,7%), в двух случаях имели место парейдолии 28,5% и в семи случаях 100% имело место изменения ясности сознания.

Среди пациенток женщин отсутствовал возрастной интервал 41-55 лет. В возрастном интервале 40-45 лет побочные эффекты от приема амитриптилина достигали изменения ясности сознания в

виде обнубилиации или оглушения 16,6% от остальных побочных эффектов. В основном же побочные эффекты сводились к трепору, акатизии, нарушениям сна.

В возрастных категориях 51-55 лет побочные эффекты достигали значительной глубины, так из 17 пациенток этих возрастных групп четверо перенесли делирий (23,5%); у четверых имело место парейдолии (23,5%); у десяти отмечалось изменение ясности сознания в виде обнубилиации или оглушения (58,8%); у восьми характерные нарушения памяти 47%. Причем, в возрастной категории 56-60 лет этих нарушений было значительно больше.

Таблица № 8

Виды побочных эффектов	Нозологическая единица					
	Органическое поражение ЦНС сосудистого генеза		Органическое поражение ЦНС сложного генеза		Органическое поражение ЦНС травматического генеза	
	муж	жен	муж	жен	муж	жен
Тремор конечностей	1	2	4	9	2	4
Акатизия	1	2	4	6	2	4
Транзиторные нарушения памяти	1	6	4	2	2	-
Нарушения сна	1	6	4	7	2	4
Изменение ясности сознания в виде обнубилиации или оглушения	1	5	4	4	2	4
Парейдолии	1	2	-	2	-	-
Делирий	-	1	4	3	2	-

Таблица № 8 показывает распределение побочных эффектов относительно возраста пациентов мужского и женского пола, принимающих амитриптилин при лечении депрессивных состояний.

Среди пациентов мужчин распределение побочных эффектов произошло следующим образом: в рамках “Органического поражения ЦНС сосудистого генеза” процентное соотношение побочных эффектов было таким: трепор конечностей – 16,6%, акатизия – 16,6%, транзиторные нарушения памяти – 16,6%, нарушения сна – 16,6%, изменения ясности сознания в виде обнубилиации или оглушения – 16,6%, парейдолии – 16,6%, делирий – 0.

Таким образом, в рамках данной нозологии отсутствовали делириозные расстройства, остальные побочные эффекты были распределены поровну.

В рамках нозологической единицы “Органическое поражение ЦНС сложного генеза” распределение побочных эффектов в процентном соотношении было следующим: трепор конечностей – 16,6%, акатизия – 16,6%, транзиторные нарушения памяти – 16,6%, нарушения сна – 16,6%, изменения ясности сознания в виде обнубилиации или оглушения – 16,6%, парейдолии – 0, делирий – 16,6%.

В рамках данной нозологической единицы отсутствовали парейдолические расстройства, остальные побочные эффекты распределялись поровну.

В рамках нозологической единицы “Органическое поражение ЦНС травматического генеза” распределение побочных эффектов в процентном соотношении было следующим: трепор конечностей – 16,6%, акатизия – 16,6%, транзиторные нарушения памяти – 16,6%, нарушения сна – 16,6%, изменения ясности сознания в виде обнубилиации или оглушения – 16,6%, парейдолии – 0, делирий – 16,6%.

Таким образом, в данной нозологической единице отсутствовали парейдолии, по остальным побочным эффектам распределение в процентном соотношении произошло поровну.

Следовательно, побочные эффекты вследствие приема амитриптилина среди пациентов мужчин, независимо от нозологической принадлежности распределялись равномерно. Однако следует заметить, что количество случаев в процентном отношении от общего количества пациентов мужчин в рамках нозологической единицы “Органическое поражение ЦНС сложного генеза” было самое значительное – 57,1%; в рамках нозологической единицы “Органическое

поражение ЦНС сосудистого генеза” самое меньшее – 14,5%; нозологическую единицу “Органическое поражение ЦНС травматического генеза” составило - 28%.

Среди пациенток распределение побочных эффектов от приема амитриптилина выглядело следующим образом. В рамках “Органическое поражение ЦНС сосудистого генеза” процентное соотношение побочных эффектов было таким: трепмор конечностей – 26,1%, акатизия – 26,1%, транзиторные нарушения памяти – 14,2%, нарушения сна – 14,2%, изменения ясности сознания в виде обнубилияции или оглушения – 11,9%, парейдолии – 4,7%, делирий – 2,3%.

Как видно, в нозологической единице “Органическое поражение ЦНС сосудистого генеза” большой удельный вес распределился между такими эффектами как трепмор конечностей, акатизия, транзиторные нарушения памяти, нарушения сна, изменения ясности сознания в виде обнубилияции или оглушения, парейдолии, делирий. Причем, процентное соотношение перечисленных эффектов перечислено по убывающей.

В рамках нозологической единицы “Органическое поражение ЦНС сложного генеза” среди пациенток распределение побочных эффектов от приема амитриптилина было следующим: 1-27,2%; 2-18,1%; 3-6%; 4-21,2%; 5- 12,1%; 6-6%; 7-9%.

Как видно, в данной нозологической единице распределение побочных эффектов произошло неравномерно. Тем не менее, в данной нозологической единице значительный удельный вес в процентном отношении приходится на такие побочные эффекты как: изменение ясности сознания – 12,1%. парейдолии – 6% и делириозные нарушения – 9%.

В рамках нозологической единицы “Органическое поражение ЦНС травматического генеза” распределение в процентном отношении побочных эффектов среди пациенток оказалось следующим: 1-25%; 2-25%; 3-0%; 4-25%; 5-25%; 6-0%; 7-0%.

Как видно, в данной нозологической единице отсутствовали такие побочные эффекты как транзиторные нарушения памяти, парейдолии, делириозные расстройства, по остальным побочным эффектам распределение произошло поровну.

Таким образом, выяснилось, что в нозологической единице “Органическое поражение ЦНС сложного генеза” среди пациенток удельный вес “тяжелых” побочных эффектов, таких как нарушение ясности сознания в виде обнубилияции или оглушения, парейдолии и делириозные расстройства значительно выше, чем в других нозологических единицах и составляет: нарушения ясности сознания в виде обнубилияции и оглушения – 31%, парейдолии – 50%, делирий – 75%.

В меньшей степени побочные эффекты по тяжести и глубине поражения в процентном отношении встречаются в нозологической единице: “Органическое поражение ЦНС травматического генеза” нару-

шения ясности сознания в виде обнубилияции или оглушения – 31%, такие побочные эффекты, как парейдолии и делириозные нарушения отсутствуют.

В нозологической единице “Органическое поражение ЦНС сосудистого генеза” по глубине и тяжести побочных эффектов занимает промежуточное положение нарушения сознания в виде обнубилияции или оглушения – 29%, парейдолии – 50%, делириозные расстройства – 25%.

Среди пациентов мужчин распределение произошло следующим образом в рамках астенического синдрома: 1-16,6%; 2-16,6%; 3-16,6%; 4-16,6%; 5-16,6%; 6-0%; 7-16,6%.

Как видно в этом варианте распределение побочных эффектов произошло равномерно, отсутствует лишь побочный эффект – парейдолии.

В “слезливом” варианте депрессивного синдрома распределение побочных явлений в процентном отношении определялись следующим образом: 1-16,6%; 2-16,6%; 3-16,6%; 4-16,6%; 5-16,6%; 6-8,3%; 7-8,3%.

В данном варианте депрессивного синдрома распределение побочных эффектов произошло также более или менее равномерно за исключением парейдолии и делириозных нарушений, которых в процентном отношении в 2 раза меньше по отдельности, чем других побочных эффектов взятых по отдельности.

Среди мужчин пациентов не было обнаружено адинастического варианта депрессивного синдрома.

В ажитированном варианте депрессивного синдрома распределение побочных эффектов от приема амитриптилина среди мужчин распределение произошло следующим образом: 1-16,6%; 2-16,6%; 3-16,6%; 4-16,6%; 5-16,6%; 6-0%; 7-16,6%.

Таким образом, в этом варианте отсутствует такой побочный эффект как парейдолии, в остальных случаях распределение между побочными эффектами произошло поровну.

Распределение побочных эффектов вследствие приема амитриптилина среди пациенток происходило ниже изложенным образом: 1-25%; 2-25%; 3-25%; 4-25%; 5-0%; 6-0%; 7-0%.

Как видно, распределение произошло поровну среди следующих побочных эффектов: трепмор конечностей, акатизия, транзиторные нарушения памяти, нарушения сна, остальные побочные эффекты в данном варианте отсутствовали.

В “слезливом” варианте депрессивного синдрома распределение побочных эффектов было следующим: 1-29,1%; 2-29,1%; 3-0%; 4-16,6%; 5-18,7%; 6-4,1%; 7-2,08%.

Как видно, в данном варианте депрессивного синдрома отсутствовал такой побочный эффект, как транзиторные нарушения памяти. В остальных вариантах побочных эффектов распределение произошло неравномерно, причем большой удельный вес приходится на такие побочные эффекты, как трепмор конечностей - 29,1% и акатизия – 29,1%. На такие побоч-

ные эффекты, как парейдолии – 4,1%, а на делириозные расстройства – 2,08%.

В адинамическом варианте депрессивного синдрома распределение побочных эффектов от приема амитриптилина произошло следующим образом: 1-20%; 2-20%; 3-20%; 4-20%; 5-20%; 6-0%; 7-0%.

Как видно, в адинамическом варианте отсутствуют также побочные эффекты, как делириозные и парейдолические расстройства, по остальным распределение побочных эффектов произошло поровну.

В ажитированном варианте депрессивного синдрома распределение побочных эффектов было следующим: 1-25%; 2-25%; 3-3,5%; 4-21,4%; 5-7,1%; 6-7,1%; 7-10,7%.

В данном варианте распределение побочных эффектов от приема амитриптилина произошло неравномерно. Однако на такие побочные эффекты, как трепор конечностей и акатизия приходится – 50% удельного веса от всех побочных эффектов; на такие побочные эффекты, выраженные по тяжести и глубине, как парейдолии и делириозные расстройства приходится – 17,8%, что является довольно значительным.

Учитывая выше изложенное, можно сделать следующее заключение: удельный вес делириозных расстройств в процентном отношении среди пациентов мужчин в астеническом варианте 50%; в “слезливом” варианте 16,6%; в ажитированном варианте 33,4%; следовательно, в астеническом варианте депрессивного синдрома такой побочный эффект, как делириозные расстройства встречается чаще.

Парейдолические расстройства среди пациентов мужчин встречались только в “слезливом” варианте депрессивного синдрома. Побочный эффект изменения ясности сознания распределился следующим образом: в астеническом варианте 42,8%; 28,5% - в слезливом варианте, и столько же в адинамическом варианте.

Среди пациенток побочный эффект в виде делириозных расстройств чаще встречался в ажитированном варианте депрессивного синдрома.

Побочный эффект в виде парейдолии у пациенток встречался в “слезливом” и ажитированном варианте депрессивного синдрома и распределен по 50% в каждом из них.

Следует отметить, что побочный эффект в виде нарушения ясности сознания преобладал среди пациенток со “слезливым” вариантом депрессивного синдрома 81,5%.

На основании выше изложенного можно сделать следующие выводы:

1. При обследовании пациентов с неполноценным органическим фоном на предмет побочных эффектов от применения амитриптилина при лечении депрессивных состояний 66% из них имели побочные эффекты.

2. Причем, побочные эффекты от приема амитриптилина встречались в 39% случаев у пациентов

мужчин и у 89% пациентов женщин. То есть побочные эффекты от приема амитриптилина преобладают у пациентов женского пола.

3. Побочные эффекты от приема амитриптилина у мужчин преобладали в двух возрастных категориях 51-55 лет, 56-60 лет, что составляет 57% пациентов.

4. Побочные эффекты от приема амитриптилина распределялись в трех возрастных категориях от 40 до 45 лет – 29%, от 51 до 55 лет – 29%, от 56 до 60 лет – 42% независимо от пола.

5. Среди пациентов мужчин побочные эффекты встречаются также в нозологической единице “Органическое поражение ЦНС сложного генеза” - 57%, а также при нозологической единице “Органическое поражение ЦНС сосудистого генеза” - 14,3%.

Среди пациенток побочные эффекты от приема амитриптилина встречаются чаще в двух нозологических единицах: при “Органическом поражении ЦНС сосудистого генеза” - 46%, и при “Органическом поражении ЦНС сложного генеза” - 37,5%.

6. В возрастных категориях 51-55 лет и 56-60 лет побочные эффекты от приема амитриптилина имели достаточно значительную тяжесть и достигали глубину психотического уровня.

7. Среди пациентов мужчин, в нозологической единице “Органическое поражение ЦНС сложного генеза” побочные эффекты от приема амитриптилина значительно выше; среди пациенток в нозологической единице “Органическое поражение ЦНС сложного генеза” преобладали такие побочные эффекты, как делириозные расстройства – 75%; парейдолии – 50%.

8. Среди пациентов мужчин, с астеническим вариантом депрессивного синдрома, побочные эффекты составили 75% от других вариантов депрессивного синдрома.

9. Следовательно, при лечении депрессивного состояния амитриптилином у пациенток с органически неполноценным фоном следует учитывать возраст пациента, пол, нозологическую принадлежность, особенности депрессивного синдрома.

10. От применения амитриптилина при лечении депрессивных состояний у пациентов с органически неполноценным фоном старше 55 лет следует отказаться.

Литература:

1. Машковский М.Д. “Лекарственные средства”. В 2-х томном изд. Выпуск 1997 г.
2. Авруцкий Г. Я., Недува А. А. “Лечение психически больных” – М; Медицина 1981 г.
3. Руководство по психиатрии. Под редакцией А.В.Снежневского - М; Медицина 1983 г.
4. Побочные действия лекарственных средств. Под редакцией М.А.Дюкс. - М; Медицина 1983 г.
5. Машковский М.Д. “Терминология антидепрессантов” – М; Медицина, 1983 г.

ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ СТРУКТУРООБРАЗОВАНИЯ ОСЕВЫХ СИНДРОМОВ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ РУССКОЙ И УДМУРТСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТЕЙ

проф. А.А.Чуркин, И.В.Реверчук

г. Москва

В последние годы проблема пограничных психических расстройств (ППР) занимает все большее место в современной клинической и социальной психиатрии. Это обусловлено тем, что в их возникновении ведущую роль играют факторы, непосредственно связанные с социальными условиями жизни общества. Значение этой проблемы в нашей стране велико, что обусловлено сложными социально-экономическими процессами, происходящими в России.

Проведение сравнительных исследований в этнокультуральной психиатрии сопряжено со многими трудностями, что объясняется различными диагностическими подходами, неоднозначной синдромологической квалификацией психического состояния больных, произвольной группировкой синдромов при статистической обработке полученных материалов.

В основу методического подхода в данной работе положена концепция социокультуральной детерминированности возникновения, распространенности и клинической картины пограничных психических расстройств, с учетом их особенностей в различных этнических группах пациентов. Научная и практическая неразработанность проблем этнокультуральной психиатрии и несомненная медико-социальная потребность в объективной информации по указанным проблемам определяют актуальность данного исследования. Целью нашего исследования являлось выявление клинико-эпидемиологических, социо- и этнокультуральных закономерностей возникновения и структуры пограничных психических расстройств среди основных (русской и удмуртской) этнических субпопуляций Удмуртской Республики.

Для проведения исследования был выбран источник первичного материала - данные собственного клинико-эпидемиологического обследования - основная группа состояла из пациентов, состоящих под консультативным и диспансерным наблюдением у психиатров, и включала 644 человека (339 русских и 245 удмуртов). Группы больных набраны методом когорт, с учетом совпадения по основным демографическим характеристикам всего населения. Для решения поставленных в работе задач применялись следующие методы исследования: а) клинико-эпидемиологический, б) клинико-статистический, в) клинико-психопатологический, г) клинико-катализический, д) социально-демографический, е) математико-статистический.

Поскольку при анализе первичных данных ис-

пользовались категориальные переменные (т.е. исследованные признаки носили качественный характер), параметрами для расчетов являлись распределения (дисперсии) частот в таблицах. Ячейки этих таблиц содержали числа наблюдений изучаемых признаков по соответствующим нозологическим группам.

Основным инструментом исследования явилась модифицированная под задачи исследования "Базисная карта для эпидемиологических исследований", разработанная в ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского, включающая в себя социodemографические и этнокультуральные сведения, данные анамнеза, клиническую часть с характеристикой синдромов и диагноза заболевания (по критериям МКБ-9).

Анализ материалов исследования производился с помощью пакета специальных программ Statistica 5.0 for Windows. Использовались методы описательной статистики, проводились корреляционный и однофакторный дисперсионный анализ, определялся критерий согласия. В ходе анализа были определены следующие связи, имеющие наибольшую значимость: в качестве основных факторных единиц влияния определен показатель национальности (прочие из гипотетически влияющих показали собственную зависимость от этого фактора), в качестве зависимых структурных единиц наиболее весомый и статистически значимый показатель зависимости оказался у показателя ведущего синдрома на момент обследования. В соответствии с этим были созданы соответствующие таблицы сопряженности для последующего формирования соответствующей картины связей внутри рассматриваемого явления.

Результаты исследования:

Социально-демографические характеристики страдающих ППР русских и удмуртов имеют определенные сходства и различия.

Пик обращаемости больных из русской субпопуляции приходится на возраст 40-49 лет (32,3%); уровень образования – у 64,7% соответствует среднему, или среднему специальному, доля больных с высшим образованием (22,8%) среди русских вдвое выше, чем у удмуртов. В структуре занятости преобладает сфера промышленности (20,1%) при наличии высокого процента безработных (13,3%). Проживают в браке 56,6% больных, в незарегистрированном браке 3,5%, что в 2,2 раза выше аналогичных показателей у удмуртов.

Чаще всего возраст при обращении больных удмуртской национальности составлял 30-39 лет (34,7%). В городской среде проживают лишь 51,4% (в отличие от 80,5% русских). Среднее специальное образование имеют 69,4%, преимущественная занятость отмечается в сфере сельского хозяйства (17,6%). Наблюдается стремление сохранения семьи: количество разведённых (6,9%) удмуртов в 1,8 меньше, чем русских, а количество разведённых, но продолжающих жить вместе (1,6%) вдвое превышает аналогичные показатели представителей русской национальности. Проживает в собственном доме 35,5% удмуртов, в отличие от 14,3% русских.

Клиническая структура ППР среди больных различных этнических субпопуляций имеют определённые различия. В частности: невроз тревоги (страха) и неврастения достоверно преобладают среди представителей русской субпопуляции, депрессивный невроз – среди удмуртской. Заслуживает интереса сравнительный анализ вариантов адаптационных реакций: кратковременные депрессивные реакции преобладают у русских пациентов с ППР, в отличие от затяжных депрессивных реакций и реакций адаптации с преобладанием расстройств других эмоций, при которых прослеживается тенденция к превалированию у коренных жителей Удмуртии.

Ипохондрический невроз, неврозоподобные состояния на соматогенной неинфекционной основе и расстройства личности истерического типа были более характерные для пациентов русской национальности.

Одновременно отмечается больший удельный вес среди русских невротических фобий, расстройств личности возбудимого типа и острых реакций на стресс с преобладанием эмоциональных нарушений; у удмуртов – истерического невроза.

Анализируя соотношение ведущих в клинической картине синдромов на момент обследования среди представителей русской и удмуртской субпопуляций, на основании степеней достоверности выделяются четыре группы: первая группа включает астенический и тревожный симптомокомплексы, которые у русских достоверно преобладают.

Вторая группа выделенных синдромов включает соматоформный и дизэнцефальный синдромы, при которых достоверность свидетельствует в пользу преобладания данных симптомокомплексов у русских пациентов с ППР, а депрессивного синдрома - у удмуртов.

В третью группу выделяются диссоциативный и деперсонализационно-дериализационный синдромы, где данные синдромокомплексы превалируют у русских, не достигая степеней достоверности.

Четвертая группа включает ипохондрический, шизоформный, фобический и обсессивный синдромы, при доминировании которых в клинической картине значимых различий между русскими и удмуртами не обнаружено.

Результаты клинико-математического анализа показали, что социodemографическими и этнокультуральными факторами, высокозначимыми в формировании структуры астенического синдрома у русских пациентов с ППР, являются: сельское место жительства, занятость в сферах сельского хозяйства, образования и здравоохранения, состояние в браке, наличие конфликтных отношений со всеми членами семьи, материальное благополучие как приоритетная ценность, доминирование мужа в семье, проживание в собственном доме, неверие в национальные мифы и приметы, одобрение суицида.

Клиническими факторами, имеющими высокую степень значимости при доминировании астенического синдрома у русских, являются: наличие перенесённого сверхсильного перенесённого стресса, преимущественно экзогенные факторы заболевания, длительность заболевания до одного года, резкое снижение трудовой адаптации, сохранение социальной адаптации, восстановление профессиональной адаптации в результате проведённого лечения.

У удмуртов: сельское место жительства, занятость в промышленности, проживание в отдельной квартире, гетеронациональная родительская семья, родной язык – русский или оба языка, нетерпимое, враждебное отношение к отдельным национальностям, исламское вероисповедание, гетеронациональный брак, доминирование в семье жены, вера в национальные мифы и приметы, недопущение возможности суицида или одобрение его, как форму выхода из неразрешимой ситуации, предпочтение народной медицины.

Картина совокупности клинических факторов в структуре астенического симптомокомплекса у удмуртов выглядит иначе: наличие протаргированного стресса, длительность заболевания до одного месяца, или 1-5 лет, резко выраженная социальная дезадаптация, наличие агрессивности и конфликтности как проявлений социальной дезадаптации, восстановление социально-профессиональной адаптации после лечения.

Социodemографическими и этнокультуральными факторами, участвующими в структуре тревожного синдромообразования у русских пациентов с ППР, являлись: занятость в сферах бизнеса и финансов, отсутствие брака, проживание у родителей (родственников), доминирование в семье жены, предпочтение народной медицины.

В структуре тревожного синдрома у русских определяется наличие следующих клинических факторов: наличие протаргированного стресса, длительность заболевания до одного месяца, или 1-5 лет, умеренное снижение социально-трудовой адаптации, агрессивность и конфликтность, или разрыв семейных отношений как проявления дезадаптации, выздоровление и полное восстановление адаптации

Таблица 1.

Нозологическая структура обследованных больных ППР

Диагноз	Русские n=399 (%)	Удмурты n=295 (%)	t Ст-та	t (с)
Невроз тревоги	5,01	1,63	3,3	0,01
Истерический невроз	11,03	23,67	-1,4	-
Фобии невротические	4,01	3,67	1,4	-
Невроз навязчивости	0,75	1,22	0	-
Депрессивный невроз	13,53	25,31	-7,4	0,001
Неврастения	27,82	11,84	6,9	0,001
Ипохондрический невроз	4,51	2,45	2,4	0,05
Психастения невротическая	0,00	0,41	-1	-
Неврозоподобные состояния, обусловленные соматическими неинфекционными заболеваниями	7,02	5,71	2,2	0,05
Неврозоподобные состояния, обусловленные климаксом	0,25	0,00	1	-
Расстройство личности паранойяльное	0,50	0,41	0,6	-
Расстройство личности аффективное	0,75	0,41	1	-
Расстройство личности шизоидное	0,75	0,41	1	-
Расстройство личности возбудимое	0,50	0,00	1,4	-
Расстройство личности истерическое	1,00	0,00	2	0,05
Расстройство личности астеническое	0,25	0,00	1	-
Расстройство личности неустойчивое	0,25	0,00	1	-
Мозаичная полиморфная психопатия	1,50	2,04	0,3	-
Психогенный зуд	0,25	0,41	0	-
Острые реакции на стресс с преобладанием эмоциональных нарушений	3,01	2,04	1,7	-
Острые реакции на стресс с преобладанием психомоторных нарушений	0,25	0,00	1	-
Острое ситуационное нарушение	0,25	0,00	1	-
Кратковременная депрессивная реакция	8,52	5,31	3,1	0,01
Затяжная депрессивная реакция	7,27	12,24	-0,1	-
Реакция адаптации с преобладающим расстройством других эмоций	0,50	1,22	-0,5	-

после лечения.

Совокупность социodemографических факторов у удмуртов выглядит следующим образом: проживание в городе, занятость в сфере промышленности, разведенные, проживание в коммунальной квартире, оба языка родные, нетерпимое, враждебное отношение к отдельным национальностям, исламское вероисповедание, доминирование в семье жены, подчиненная возрастная иерархия, предпочтение народной медицины.

У удмуртов выявлены следующие клинические

характеристики тревожного синдрома: преимущественно экзогенные факторы заболевания, длительность заболевания более пяти лет, резкое снижение трудовой адаптации.

Развитие депрессий у русских происходило под влиянием следующих факторов: жители города, учащиеся, разведенные в браке, вдовы (вдовцы), проживающие в коммунальной квартире, неверующие, подчиненное отношение к родителям и старшим, паритет семейных отношений, доброжелательные и ровные отношения со всеми членами семьи или

формальные, приоритетные ценности – образование и профессия, допускающие возможность суицида.

Высокая степень корреляции при доминировании в клинической картине депрессивного синдрома у русских отмечается с преимущественно экзогенными факторами заболевания, ранним обращением и получением консультативной помощи в психиатрических учреждениях.

Факторами, участвующими в депрессивном синдромообразовании у удмуртских пациентов, явились: жители села, работники сельского хозяйства, образования, торговли и бытового обслуживания, проживающие в собственном доме или у родителей (родственников), родной язык – своей национальности, неверующие, православные, моногатальный брак, внутрисемейный паритет или доминирование мужа, формальные или конфликтные отношения со всеми членами семьи, приоритетные ценности – материальное благополучие, допускающие возможность суицида.

Клиническая динамика депрессивных расстройств у удмуртов включает: длительность заболевания до одного года, сохранение социальной адаптации при нарушении, или разрыве семейных отношений, умеренное снижение трудовой адаптации.

Совокупности социодемографических, этнических и клинических факторов, имеющих высокую степень корреляции при диссоциативном синдромообразовании, различались значительно у русских и удмуртских больных ППР. У русских данная со-

вокупность выглядит следующим образом: разведенные, верующие, гетеронациональная родительская семья, гетеронациональный брак, подчиненная возрастная иерархия, приоритетная ценность – семья и брак, недопускающие возможность суицида, предпочитающие народную медицину.

Клиническая картина включала в себя: длительность заболевания 1-5 лет, квалификация уровня здоровья – “психическое расстройство”, социальная дезадаптация резко выражена, нарушение или разрывы семейных отношения, как проявление социальной дезадаптации, наличие хронического протагонированного стресса, неизменность социально-профессиональной адаптации после лечения.

Вариант диссоциативного синдромообразования у удмуртов имел следующий вид: жители города, работники промышленности, разведенные, проживающие в коммунальной квартире или у родственников, родные оба языка, гетеронациональная родительская семья, подчиненная возрастная иерархия, формальные отношения в семье, верящие в национальные мифы и приметы, не допускающие возможность суицида.

В клинической картине наблюдались: длительность заболевания более 5 лет, квалификация уровня здоровья – “психически здоров”, социальная дезадаптация резко выражена, затруднительно определяющие психологические причины развития заболевания, наличие острого сверхсильного стресса.

Этнические различия определены также в структурах ипохондрического, фобического, обсессивного, дизэнцефального и соматоформного синдромов.

НАРКОЛОГИЯ

УРОВЕНЬ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ АКМОЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ О ПРОБЛЕМЕ НАРКОТИЗМА

Ю.А.Белоног

г. Астана

За последние 10 лет в РК произошел беспрецедентный рост числа наркопотребителей. На этой проблеме сконцентрировано внимание Президента и Правительства Республики Казахстан. Принята "Стратегия по борьбе с наркоманией и наркобизнесом в РК на 2001-2005 годы". Проблема не оставляет равнодушными более или менее ответственную часть общества.

Однако существует ошибочное мнение о том, что наркотики – проблема городов, в то время как в сельской местности регистрируются единичные факты употребления наркотиков, которые рассматривают, чуть ли не как курьезы. Этую тенденцию можно объяснить скорее низким вниманием наркологической службы сельской местности к данной проблеме.

В крупных городах к проблеме наркозависимости уделяется действительно большое внимание. Укрепляется материально техническая база наркологических учреждений. Наблюдается рост антинаркотической активности заинтересованных организаций и лиц, что можно почувствовать по насыщению средств массовой информации антинаркотической тематикой, повышением плотности тематических общественных акций.

Однако состояние наркологической службы в сельской местности оставляет желать лучшего. Структура наркологической службы, как правило, представлена наркологическим кабинетом при КДП района, в котором работают врач-нарколог и средний медицинский работник, призванные оказывать полноценную квалифицированную лечебно-диагностическую и профилактическую помощь населению района, заниматься и координировать антинаркотическую пропаганду. На практике же ставки врача-нарколога, как правило, совмещает врач другой специальности (в лучшем случае врач-психиатр) и в своей работе, в основном, ограничивается ведением учетной документации. За редким исключением не имеет специализации по наркологии, не повышает свой профессиональный уровень.

В Акмолинской области существуют районы, в которых не состоит на диспансерном учете и профилактическом наблюдении ни одного больного с диагнозом: психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов, каннабиноидов. Показатель заболеваемости и болезненности психическими и поведенческими расстройства-

ми в результате употребления ПАВ в 15-20 раз ниже Республиканских показателей. Естественно, эта картина не отражает реальной наркоситуации в сельской местности. Отношение населения к проблеме наркозависимости, степень его информированности не анализируется, не изучаются перспективы дальнейшего повышения эффективности антинаркотических мероприятий. Взаимодействие с органами внутренних дел, отделом образования, туризма и спорта, СМИ носят формальный характер. Комплексные планы и решения координационных советов по проблемам наркомании остаются нереализованными. В результате этого значительная часть населения РК не охвачена антинаркотической работой.

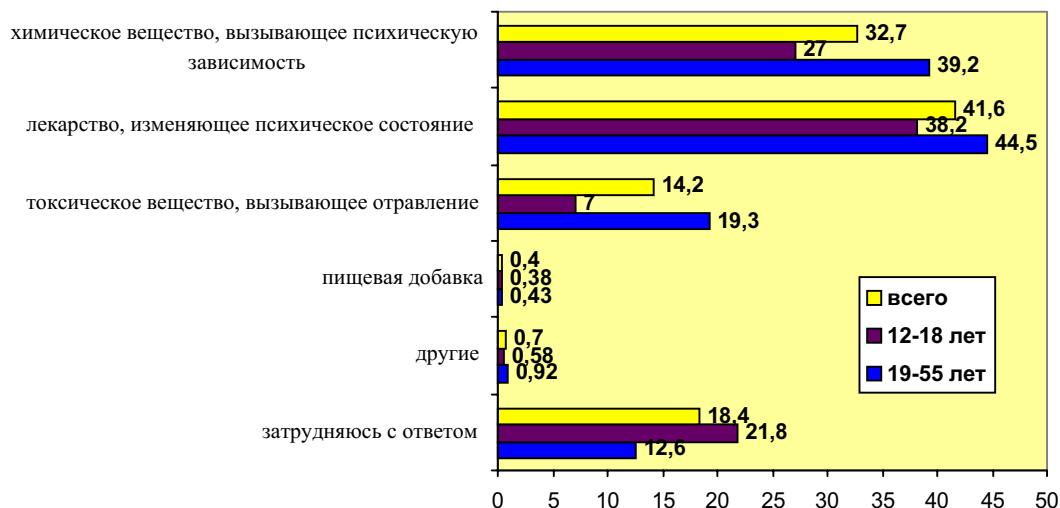
Настоящее исследование включило опрос 628 респондентов в 7 районах Акмолинской области. Выборка включала 36 выборочных точек, с опросом не более 20 респондентов в каждой. Основная методика – самозаполнение опросника. За основу взят опросник, разработанный в Павлодарском НПЦ медико-социальных проблем наркомании, с помощью которого проводится многоуровневое исследование проблемы наркозависимости сельского населения Республики Казахстан на примере Акмолинской области. Опросник был адаптирован, несколько сокращен в окончательном варианте, включил в себя 12 страниц машинописного текста. Обработка данных проводилась централизованно в Акмолинском областном наркологическом диспансере.

Все респонденты были разделены на 2 большие группы: группа 1 (возраст 12-18 лет – 293 человека), группа 2 (возраст 19-55 лет – 335 человек).

В данной статье представлены предварительные результаты исследования степени осведомленности сельского населения Акмолинской области о проблеме наркотизма, а именно:

1. Представление о наркотических веществах (таблица 1).
2. Осведомленность о веществах относящихся к наркотикам (таблица 2).
3. Осведомленность о способах употребления наркотических веществ (таблица 3).
4. Осведомленность о воздействии наркотических веществ на состояние человека (таблица 4).
5. Оценка остроты проблемы наркомании в Республике Казахстан (таблица 5).

Таблица 1.

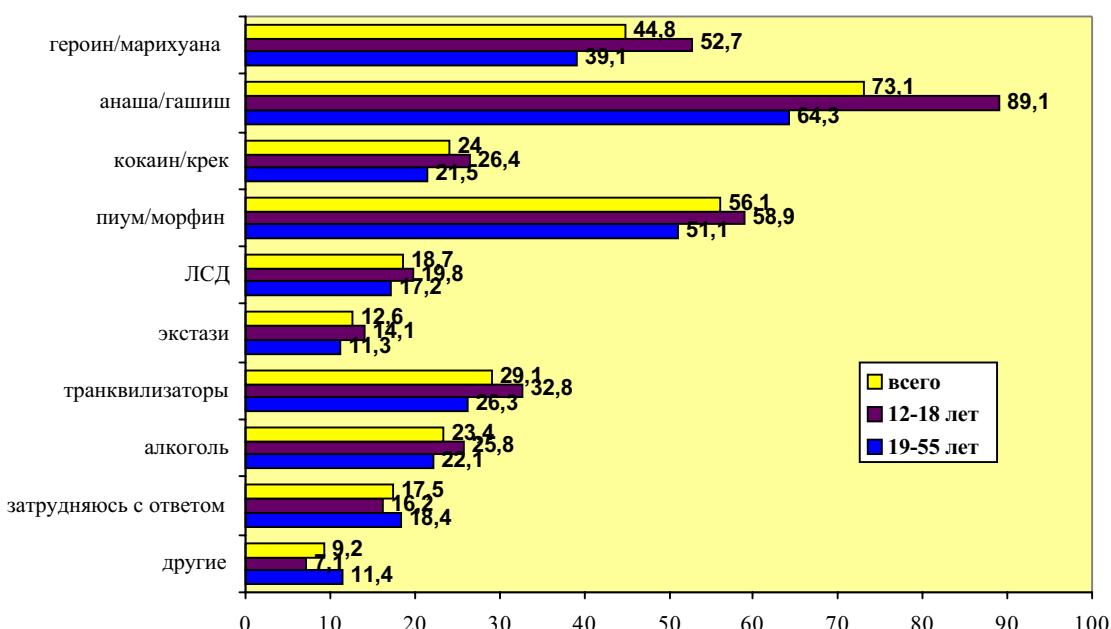


Сельское население Акмолинской области имеет средний уровень осведомленности о наркотических веществах. Вызывает тревогу тот факт, что

41,6% воспринимают наркотики как лекарство, изменяющее психическое состояние, а также то, что 16,4% затрудняются с ответом.

Таблица 2

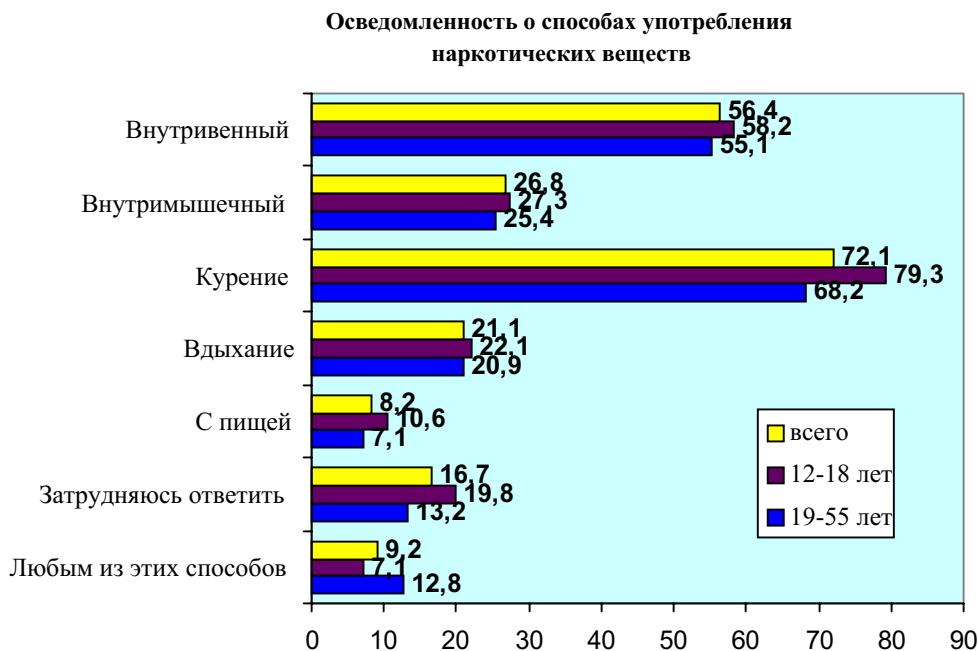
Осведомленность о веществах, относящихся к наркотикам



Сельское население Акмолинской области имеет высокий уровень осведомленности лишь о таких наркотических веществах, как анаша/гашиш 73,1%, средний уровень осведомленности героин/марихуана 44,8% и опиум/морфин 56,1%. По остальным

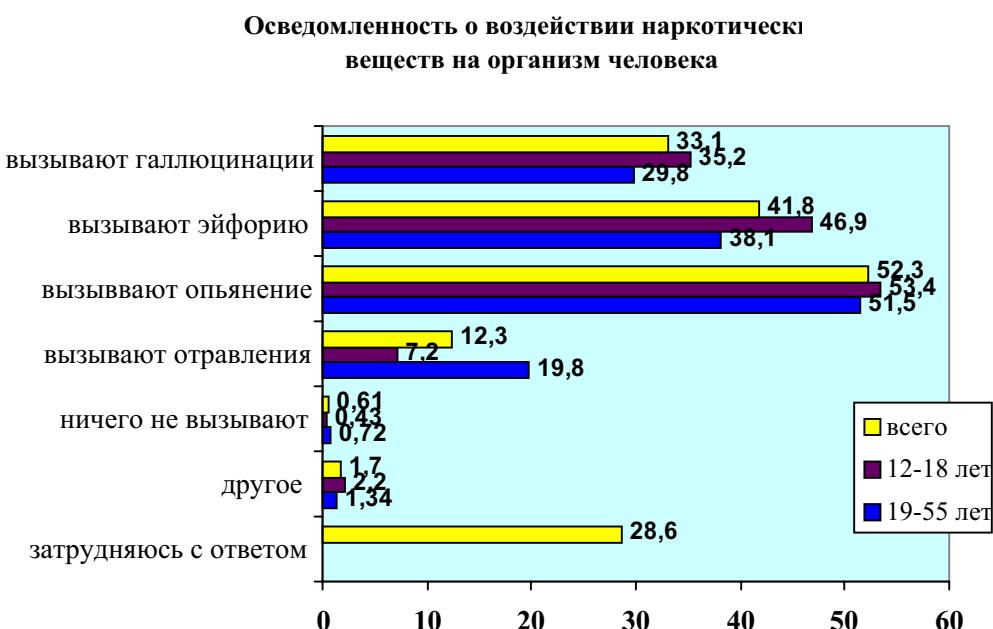
наркотическим веществам отмечается низкий уровень осведомленности. Обращает также на себя внимание то, что 23,4% относят к наркотическим веществам алкоголь, 29,1% транквилизаторы, 17,5% затрудняются с ответом.

Таблица 3



Сельское население Акмолинской области имеет высокий уровень осведомленности о таком способе употребления наркотического вещества, как курение – 72,1%. Средний уровень осведомленности о внутривенном способе употребления 56,4%. Об остальных способах употребления наркотичес-

ких веществ сельское население Акмолинской области имеет низкий уровень осведомленности. Вызывает тревогу тот факт, что 16,7% затрудняются с ответом, а о том, что наркотическое вещество можно употреблять любым из перечисленных способов, осведомлено лишь 9,2%.



В целом, сельское население Акмолинской области имеет средний уровень осведомленности о воздействии наркотических веществ на

организм человека менее 70%, также обращает на себя внимание то, что 28,6% затрудняются с ответом.

Таблица 5

	всего
Стоит остро, что связано с распространением наркомании и отрицательными последствиями этого социального явления	21,6
Стоит остро, что связано с распространением наркомании в Республике Казахстан	21,7
Никак не выделяется в ряду других социальных проблем	17,2
Стоит только перед государственными чиновниками	8,9
Затрудняюсь с ответом	30,6

Следует обратить внимание, что менее половины респондентов определяют проблему наркомании в Республике Казахстан как острую. А также на то, что почти каждый третий опрошенный затрудняется с ответом, что говорит о том, что сельское население не определило своего отношения к проблеме наркозависимости.

Таким образом, уровень осведомленности сельского населения Акмолинской области, в общем, низок, что диктует необходимость более серьезного подхода к организации наркологической службы в сельской местности. Необходимо разработать и внедрить рациональную систему антинаркотического воспитания сельской молодежи и сельского населения, в целом, а также более эффективные формы

взаимодействия наркологической службы с районными отделами внутренних дел, народного образования, отделом культуры и спорта, СМИ.

Литература:

1. *Многоуровневое исследование проблемы наркозависимости в Республике Казахстан. Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании, 2001 год*
2. *Вопросы наркологии Казахстана, том 1 № 2, 2001 год, г. Павлодар*
3. *П.Д.Шабанов, О.Ю.Штакельберг "Наркомании", Санкт-Петербург, 2001 г.*
4. *Н.Н.Иванец "Лекции по наркологии", Москва, 2002 г.*

ДАННЫЕ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ АЛКОГОЛЬНОГО ДЕЛИРИЯ

С.О.Пакеев, М.Т.Шайкенов, Р.Шайкенова

г. Шымкент

Проведено клинико-психопатологическое исследование 27 больных с алкогольным делирием. Отмечено увеличение стертых по клинической картины форм алкогольных делириев с преобладанием в клинической картине заболевания признаков органического нарушения ЦНС с эмоционально-волевыми, амнестическими расстройствами, нарушением интеллекта, с тяжелыми соматоневрологическими нарушениями.

Алкогольный делирий представляет собой наиболее часто встречающийся, остро протекающий интоксикационный психоз. Доля алкогольных делириев из общего числа больных, находившихся на стационарном лечении в течение 6 месяцев с алкогольными психозами составила 27 больных. Мужчин было 22, женщин - 5. По возрасту больные распределились следующим образом: от 30 до 40 лет - 11 больных, от 40 до 60 лет - 13 больных, и старше 60 лет - 3 больных. Длительность злоупотребления спиртными напитками в наркологическом анамнезе

з к моменту развития психоза составлял до 10 лет - 6 больных, 15-20 лет - 14 больных в среднем. Преобладающее большинство больных употребляло крепкие спиртные напитки, чаще разведененный спирт. Длительность запоев составляла от 5 до 30 дней. Психоз, как правило, развивался на 4-6 сутки после прекращения приема спиртного. Развитию психоза предшествовал длительный запой. Больные по несколько дней не принимали пищу, употребляли только алкоголь. Многие из поступивших больных были соматически ослаблены. Так, у 14 из них наблюдалась алиментарная дистрофия различной степени тяжести. В инициальном периоде заболевания у многих больных отмечались не только вегетативные, но и неврологические расстройства. Большинство больных при поступлении были резко пониженного питания, кожные покровы бледные, с землистым оттенком. Наблюдались явления гипо и авитаминоза, которые проявлялись выраженным трофическими нарушениями кожных покровов:

сухостью, сильным шелушением, участками гиперпигментации кистей верхних конечностей, нижних конечностей, с наличием трещин, раневых поверхностей с участками изъязвлений. Вегетативные проявления характеризовались тахикардией, колебаниями артериального давления, чаще слабым пульсом, диспепсические расстройства, реже тошнота, рвота, резкое снижение аппетита, в основном, жидкий стул. Начало алкогольного делирия сопровождалось субфебрильной температурой, которая в последующие дни резко повышалась, даже на фоне антибиотикотерапии. Неврологические расстройства проявлялись подергиванием отдельных групп мышц, повышением мышечного тонуса, снижением сухожильных рефлексов, расширением зрачков, появлялся нистагм, возникали различные гиперкинезы. В лабораторных анализах мочи, крови отмечалось снижение гемоглобина, эритроцитов, повышение СОЭ, лейкоцитоз, сдвиг формулы белой крови влево, в моче альбуминурия. Психическое состояние при поступлении характеризовалось нарушением сна, помрачением сознания, которое выражалось в дезориентировке в окружающей обстановке, во времени, ориентировка в собственной личности сохранялась. Больные чаще были заторможены, рассеяны, словесный контакт был затруднен, невозможен или же удавалось от них получить однозначные ответы. Иногда наблюдалось психомоторное возбуждение: больные вскакивали, пытались куда-то идти, речь, в основном, была невнятной, перебирали одежду руками, совершали беспорядочные, хаотичные, нецеленаправленные движения. Реже у больных удавалось выявить наличие чаще зрительных галлюцинаций, отрывочных вербальных галлюцинаций, которые сопровождались вторичным бредом. Аффективные расстройства проявлялись в виде тревоги, страха, у части больных наблюдалось гипоманиакальное состояние.

По клинической картине в развернутой стадии делирия больных можно было разделить на две группы.

В первой группе, которая составила 11 больных, наблюдался типично протекающий алкогольный делирий с выраженной продуктивной симптоматикой. В этой группе больных, наряду с нарушением сознания (хотя периодически отмечалось прояснение сознания), встречались зрительные гипногические галлюцинации обыденного или фантастического содержания, которые в ряде случаев сопровождались симптомами вторичного бреда. Если наблюдалось двигательное возбуждение, то оно отмечалось

лось определенной целенаправленностью и отражало содержание зрительных галлюцинаций. Продолжительность психоза в данной группе больных составляла от 3-х до 7-ми дней. За окончанием психоза наступал период реконвалесценции, продолжительностью от нескольких недель до нескольких месяцев. Ведущим симптомом в этой группе больных являлась астения с преобладанием вялости, стремлением большую часть времени проводить в пределах постели, сонливостью в дневное время с отсутствием желаний и побуждений. Мнестические расстройства в данной группе больных были менее выражены. Астения часто сочеталась с вегетативными расстройствами. Во второй группе больных, которая составляла 16 человек, клиническая картина заболевания характеризовалась нарушением сознания в виде оглушения. Больные были заторможены, растерянны, продуктивному контакту труднодоступны. Продуктивная симптоматика в виде иллюзий, галлюцинаций, бредовых идей у данной группы больных наблюдалась крайне редко. Психомоторное возбуждение характеризовалось появлением симптомов мусситирующего делирия, некоординируемого двигательного возбуждения в пределах постели, сопровождаемого невнятным бормотанием. У данной группы больных чаще наблюдались соматоневрологические расстройства. Течение психоза затягивалось на 10-15 дней, несмотря на интенсивную терапию. По выходу из психотического состояния также наблюдалась астения, сопровождающаяся мнестическими расстройствами, некоторым снижением интеллекта, снижением в эмоционально-волевой сфере. Мнестические расстройства характеризовались чаще потерей памяти на текущие события, ложными воспоминаниями. Длительное время сохранялись неврологические расстройства в виде нарушения чувствительности, боли в нижних конечностях, шаткость походки. Таким образом, отмечено увеличение стертых по клинической картине форм алкогольных делириев, уменьшение в клинической картине заболевания продуктивной симптоматики, преобладание тяжелых форм алкогольных делириев с соматоневрологическими расстройствами, данные формы делириев развивались в некоторых случаях у лиц относительно молодого возраста, развитию психоза предшествовала массивная алкоголизация крепкими спиртными напитками, в основном, разливным спиртом. По выходу из психоза, у таких больных оставались симптомы органического поражения ЦНС.

ИНФОРМАЦИЯ

ПСИХОТЕРАПИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ

проф., д.м.н. А.Л.Катков

г. Павлодар

В настоящее время ситуацию в сфере развития психотерапии Центральной Азии следует обозначить как кризисную.

С одной стороны такая оценка связана с очевидными трудностями в развитии данного научно-практического направления в регионе. С другой – реально обозначившимися перспективами.

Препятствия в развитие профессии представлены, на наш взгляд, традиционным официальным подходом к психотерапии как исключительно медицинской практике, ограниченным доступом к профессии, отсутствием “критической массы” профессионалов, способных генерировать импульс самоорганизующего развития психотерапии, отсутствием целенаправленной деятельности по созданию соответствующего информационного поля вокруг профессии.

Перечисленные характеристики профессионального кризиса приводят к следующей ситуации в сфере психотерапевтической помощи населению в регионе Центральной Азии:

1. Степень осведомленности населения о возможностях психотерапии в связи с проблемами психического здоровья оценивается как “низкая” или “крайне низкая”. Имеющиеся не очень существенные различия по данному критерию касаются населения крупных городов Центральной Азии.

В целом, население имеет некоторое представление о “магической” модели психотерапии, культивируемой и насаждаемой парaproфессионалами, которые и генерируют основной информационный фон вокруг профессии.

2. Констатируется также низкая осведомленность и заинтересованность в развитии психотерапии у представителей системы здравоохранения, включая чиновников, управляющих данной отраслью.

3. Объем психотерапевтической помощи населению Центральной Азии характеризуются следующими показателями: в Узбекистане в системе государственного здравоохранения действует 42 врача психотерапевта (обеспеченность 0,02 на 10 тысяч населения); в Казахстане – 51 (обеспеченность 0,036); в Таджикистане – 32 (обеспеченность 0,05); в Киргизстане – 24 (обеспеченность 0,02). При этом даже государственные чиновники считают, что наименее приемлемый уровень обеспеченности психотерапевтической помощи – 1,0 на 10 тысяч населения (при Европейском стандарте 1,0 на 1 тысячу

населения).

Дефицит профессиональной психотерапевтической помощи не компенсируется усилиями консультирующих психологов (объем, и, главное, качество их подготовки все еще недостаточны, не смотря на очевидный рост по данным параметрам, в последние 3-4 года).

Активность парaproфессионалов данного спектра (стихийная, архаическая психотерапия) в Центральной Азии, как и в других регионах СНГ, является наиболее высокой. По нашим данным на каждого действующего в Центральной Азии психотерапевта, приходится до 200 только официально зарегистрированных народных целителей.

Профессиональная нормативная база: Деятельность психотерапевтов, объем их профессиональной подготовки, правила допуска к профессии в республиках Центральной Азии регламентируются соответствующими приказами Министерства здравоохранения. Сфера законодательства, регулирующего развитие данного научно-практического направления не разработана. Ближайшие перспективы в этом смысле нашими основными респондентами оцениваются пессимистически. Нет критического уровня осмысливания проблемы, не выделяется заинтересованного ядра профессионалов, способных организовать развитие соответствующего законодательного поля. Неявное исключение здесь составляет Республика Казахстан, где подобные законодательные инициативы на уровне главных специалистов Министерства здравоохранения предпринимались. А также Узбекистан, где отдельные положения, регулирующие деятельность психотерапевтической сети, должны были входить в Закон о психиатрической помощи.

Подготовка психотерапевтов и допуск к профессии. В Центральной Азии официально действующим психотерапевтам может стать врач-психиатр с достаточным стажем работы по специальности. Типичный объем подготовки – 2-х – 3-х месячные циклы первичной специализации и усовершенствования (240 – 380 часов), исключающие такие важнейшие разделы как самопознание и личностный рост, личную терапию и супервизию, работу в балиновских группах.

Исключением здесь является Киргизстан, где психотерапевтом может стать врач любой специальности и с любым стажем после окончания двухгодичной ординатуры по психотерапии.

Самоорганизация. Насколько нам известно, самостоятельных психотерапевтических ассоциаций, официально зарегистрированных и действующих в соответствие с утвержденным уставом, в республиках Центральной Азии нет.

Психотерапевты входят в различные психиатрические ассоциации, образуя отдельные секции, активность которых невысока.

В Республике Казахстан достаточное количество психотерапевтов являются действительными членами ППЛ – общественной организации, зарегистрированной в России, которая, в сущности, выполняет функции международной. В то же время, безусловно, полезная деятельность данной организации не компенсирует отсутствие национальной ассоциации психотерапевтов.

В Казахстане с активным участием ППЛ издается специализированный психотерапевтический журнал, являющийся достаточно ценным источником актуальной информации для профессионалов.

Основные тенденции: Не смотря на существенные препятствия общая тенденция в сфере профессиональной психотерапии – к развитию, а не свертыванию этого зарождающегося института. Они заключаются в расширении представительства пока еще неоформленной психологической модели психотерапии, реализуемой растущим количеством практических психологов в Центрально-Азиатских республиках. В постоянном наращивании общего информационного потока и представительства со стороны различных психотерапевтических школ и направлений, которые находят себе место в регионе.

Вместе с тем, с расширением “поликонфессионального” психотерапевтического присутствия становятся все очевиднее “родимые пятна” профессии:

- неоправданное увеличение числа методов психотерапии при отсутствии конвенциональных критериев их дифференциации и эффективности применения;
- искусственность (неверифицируемость), несводимость основных теоретических концептов психотерапии;
- отсутствие общего тезауруса в специальной терминологии;
- отсутствие ясного и четкого определения предмета, целей, задач и, следовательно, миссии психотерапии;
- отсутствие ясно очерченного поля деятельности психотерапии;
- отсутствие конструктивного компромисса в области разработки законодательства, квалификационных и образовательных стандартов по данной специальности.

В связи со всем сказанным, становится понятным, что поступательное движение в сфере организации психотерапевтической науки и практики в Центральной Азии будет наиболее энергичным при

параллельном решении организационных и идентификационных проблем профессии. Последние очевидно будут решаться, в основном, за пределами данного региона. Однако мы все же надеемся внести определенную лепту в этот важнейший процесс.

В Республике Казахстан на кафедре психотерапии и наркологии СГМА в настоящее время интенсивно разрабатываются новые подходы к идентификации (интеграции) профессии, оформляемые в модель интегративно-развивающей психотерапии.

Нами, кроме того, разрабатывается концепция социальной психотерапии, сопоставимая по масштабам воздействия с теми задачами, которые выдвигает время (здесь следует упомянуть и перманентный социальный кризис и угрозу терроризма и не конструктивное поисковое поведение – наркотики, и многое другое).

Полагаем, что проблема эффективной двуполюсной интеграции психотерапевтической науки и практики (первый полюс – интеграция (идентификация) дисциплинарного ядра психотерапии; второй – интеграция с общегуманитарным развивающим фронтом, институализированными развивающими практиками), решается в разработке следующих перспективных направлений:

I. Сущностный аспект

- определение функционального подхода как базового принципа интегративного направления психотерапии;
- разработка двухуровневой структуры процесса кризисного развития индивида и социума;
- идентификация универсальных механизмов глубинного уровня психотерапевтической коммуникации;
- разработка двухуровневого подхода к технологическому оформлению психотерапевтической коммуникации;
- выведение модели семиступенчатого интерактивного инсайта как основной динамической характеристики развивающего психотерапевтического процесса;
- выведение модели многоосевой развивающей стратегии психотерапевтического процесса;
- структурное оформление иерархии целей и задач развивающего психотерапевтического процесса;
- структурное оформление “золотого” правила развивающей психотерапии;
- разработка концепции сведения базисной системы координат;
- легализация и выведение основного предмета психотерапии в пространство Новой реальности.

II. Организационные характеристики

- разработка общего тезауруса и семантики в

-
-
- поле психотерапевтической науки и практики;
- достижение конструктивного компромисса в отношении дисциплинарной матрицы психотерапии;
 - определение общих подходов к формированию профессиональных квалификационных и образовательных стандартов;
 - определение общего законодательного поля

для развития психотерапии как самостоятельного научно-практического направления.

Таким образом, основная перспектива развития психотерапии в Центральной Азии сосредоточена в самоорганизующих возможностях профессиональной среды. А значит и в творческом сотрудничестве национальных ассоциаций с мировым психотерапевтическим движением.

ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПЕТИЧЕСКАЯ ЛИГА

113095, Москва, ул. Пятницкая 34, стр. 2
тел/факс. +7-095-275-4567, факс. +7-095-241-9026, E-mail:
vikgal@aha.ru и *earconf@mail.ru*

ОТКРЫТОЕ ПИСЬМО О ПРОЕКТЕ ОТРАСЛЕВОЙ ПРОГРАММЫ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ “РЕОРГАНИЗАЦИЯ СЕТИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (2003-2008г.)”

В течение последнего десятилетия значительная часть граждан нашей страны начала осознавать различие между психиатрией, психотерапией и психологии. Заметно изменяется отношение общества к психиатрии. Люди всё более настроены обращаться к врачам-психиатрам. Это особенно важно в связи с ростом психических расстройств. Ведь по данным ВОЗ по экономически развитым странам, которые сопоставимы с данными по Российской Федерации, количество больных, страдающих различными формами нервно-психической патологии, достигает 30% всего населения, в то время как обращаемость этой категории пациентов за психиатрической помощью составляет в нашей стране 2,7% населения (за наркологической соответственно 2,5%). Отмечается резкий рост числа инвалидов и общественно опасных действий у лиц с психическими расстройствами. Все это настоятельно требует принять неотложные меры, основу которых должны составлять профилактические программы.

В сложившихся условиях особенно важной и своевременной представляется программа “Реорганизация сети психиатрической помощи в Российской Федерации (2003-2008г.)”. Необходимым представляется разукрупнение и децентрализации учреждений психиатрического профиля, расширение амбулаторно-первичного и внестационарного её звеньев. В проекте справедливо отмечено, что увеличение кадрового состава, оказывающего психиатрические услуги населению, следует расширять, особенно в направлении подготовки психотерапевтов (планируется подготовить 3900 специалистов), медицинских психологов и социальных работников

(соответственно 3600 и 9500). Именно эти специалисты, наряду с психиатрами, наиболее активно работают в первичном звене помощи. Вместе с тем, следует отметить, что при всех положительных результатах, которые должна дать структурная реорганизация психиатрической службы, значительный пласт больных с психическими расстройствами останется вне ее влияния. Маловероятно, кардинально изменить ситуацию, когда множеству реально страдающих психическими нарушениями людей неквалифицированно и некомпетентно оказывает “помощь” целая армия экстрасенсов, магов, колдунов и целителей.

Необходимо признать, что оказание широкопрофильной ментальной помощи населению только в рамках психиатрической службы недостаточно. Вероятно, необходимо активнее внедрять специальные психотерапевтические программы в общесоматическую медицину, возможно, специализированные психотерапевтические подразделения для работы с психосоматическими больными, пациентами, страдающими коморбидными расстройствами типа тревожно-субдепрессивных нарушений, в сочетании с somатическими заболеваниями, различными расстройствами адаптации с somатическими дисфункциями или намечающейся тенденцией к формированию зависимости. Психотерапевты и медицинские психологи, работающие в этой сфере медицины, должны быть подготовленными в области большой психиатрии. Им следует быть компетентными в сфере somатической патологии и психологических проблем, с ней связанных. Разумеется, психотерапевты общей медицины, семейные психотера-

певты должны тесно контактировать с психиатрами и психотерапевтами психиатрической службы, однако следует осознавать, что задачи, стоящие перед специалистами в этих 2-х сферах медицины, достаточно различны. Практика подсказывает, что необходимы разные направления профилизации психотерапевтической деятельности.

Для нас особенно важно, чтобы данная программа была выполнена. Здесь необходимо обратить внимание на два аспекта проблемы.

Первый - учреждения Министерства здравоохранения не являются единственными, оказывающими психиатрическую помощь. Зачастую учреждения Минздрава оказывают помощь наиболее тяжёлой и трудно курабельной части больных. Тогда как другие пациенты лечатся в учреждениях иной ведомственной принадлежности. Важно, чтобы государственная программа содержала разделы межведомственного взаимодействия подразделений, оказывающих психиатрическую помощь.

Второй особо важной проблемой представляется кадровое обеспечение психиатрической службы. Клиническая психотерапия является нашим национальным достоянием. Вместе с тем, специалисты в области клинической психотерапии сегодня трудаются в значительно худших условиях, чем профессионалы в других областях психотерапии. Отмечается значительный дефицит кадров. Многие ставки психотерапевтов заняты совместителями, лишённы-

ми профессионального образования и не являющимися специалистами в области психотерапии. Подготовка, запланированного количества психотерапевтов, только из числа психиатров со стажем работы не менее трёх лет представляется мало вероятной по ряду причин, в том числе и в связи с дефицитом самих врачей-психиатров в стране. У нас пока недостаточно и компетентных преподавательских кадров. Ещё сложнее ситуация с клиническими психологами. Как междисциплинарная специальность, они испытывают все влияния межведомственных несогласований.

Профессиональная Психотерапевтическая Лига, являясь крупнейшим объединением психотерапевтов в стране, крайне заинтересована в развитие клинической психотерапии и готова объединять свои усилия с ведомствами и учреждениями для развития психотерапии. Так, вопросы подготовки кадров психотерапевтов и клинических психологов будут обсуждаться на специальном госбюджетном цикле повышения квалификации преподавателей "Психотерапия, клиническая психология, психологическое консультирование", проводимом в Москве Российской медицинской академией последипломного образования 14 – 27 мая 2002 года и на международной конференции "Психотерапия Запада -Психотерапия Востока", которая состоится 25-26 мая 2002 года в Академии Государственной службы при Президенте Российской Федерации.

Президент Профессиональной
Психотерапевтической Лиги,
Профессор

В.В. Макаров

РЕЗЮМЕ

СОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ – ЧТО ЭТО?

Катков А.Л.

В эпоху Нового времени, когда различного рода социальные кризисы становятся перманентной нормой, четко обозначается потребность в масштабной социальной психотерапии, выходящей за рамки привычных институализированных

практик. В данной работе рассматриваются методологические и чисто практические сложности и пути их решения в оформлении и реализации данного направления развития психотерапии.

ТРАНСАКТНЫЙ АНАЛИЗ ВОСТОЧНАЯ ВЕРСИЯ

Макаров В.В.

В статье рассматриваются особенности развития трансактного анализа в России. В настоящее время Национальная ассоциация восточной версии

трансактного анализа активно развивается в ППЛ, находя все больше своих сторонников и последователей.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРАНСАКТНОГО АНАЛИЗА В ОНКОЛОГИИ

Володин Б.Ю., Володина Л.Н.

В этой статье авторы сообщают о собственном исследовании в области психоонкологии. Они представляют данные исследования 46 используемых грудных пациентов рака. Результаты некоторых психологических испытаний интерпретируются с точ-

ки зрения ТА. Использование гипноза позволяет пациентам увеличивать их силу для выживания. Созданный Володиным так называемое «Испытание зеркала» показывает беспорядки сам в пределах когорты грудных пациентов рака.

ДЕМОКРАТИЯ И ВОСТОЧНЫЙ АВТОРИТАРИЗМ В ТРАНСАКТНОМ АНАЛИЗЕ

Гусаковский В.Е.

Автор на основании собственного психотерапевтического и преподавательского опыта работы, анализирует глубинные психологические причины,

воссоздающие тенденции авторитаризма в различных аспектах социальной жизни российского общества, и обсуждает перспективы их демократизации.

ТРАНСАКТНЫЙ АНАЛИЗ И ГРУППОВАЯ РАБОТА

Зобов А.С., Козлова М.И.

В данной работе описывается многолетний опыт групповой работы в терминах трансактного анализа. Авторы утверждают, что трансактный анализ вооружает пониманием групповой

динамики и техникой управления групповыми процессами и таит в себе множество еще не осознанных или не используемых возможностей.

УРОВНИ ЛЕЧЕНИЯ

Кокс М.

Предлагаемая публикация является переводом раздаточного материала воркшопа, который Mary

Сох провела в Рязани в 1999 году. В данном разделе предлагается три уровня лечебной психотерапии.

МЕСТО ТРАНСАКТНОГО АНАЛИЗА В ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ

Лимонова Д.Л.

Целью данной статьи является освещение особенностей практического применения методов и технологий трансактного анализа на разных этапах консультирования и системной пси-

хотерапии. Даётся структурный анализ личности и сценариев больных наркоманией, мишени трансактного анализа в психотерапии наркоманий.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСАКТНОГО АНАЛИЗА В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ

Макарова Г.А.

Автор рассматривает стратегии консультанта, работающего в концепции трансактного анализа, теоретические и практические средства

трансактного анализа, применяемые для выполнения задач психологического консультирования.

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В КОНЦЕПЦИИ ТРАНСАКТНОГО АНАЛИЗА ПРИ ПЕРЕЖИВАНИИ ГОРЯ

Макарова Г.А.

В статье рассматриваются особенности психотерапевтической работы в рамках трансактного анализа на различных этапах

проживания горя: шок и оцепенение, отрицание и отстранение, признание и боль, принятие и возрождение.

СЦЕНАРНЫЕ АСПЕКТЫ ПОВЕДЕНИЯ ЖЕН МУЖЧИН БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

Меринов А.В.

В настоящей работе с позиции сценарного анализа были изучены некоторые особенности личности жен мужчин больных алкоголизмом, также предоставлены и проанализированы ре-

зультаты обследования 35 жен мужчин больных алкоголизмом в возрасте от 30-45 лет. Обследование проводилось с помощью сценарного опросника.

ЭПИСКРИПТ В “АЛКОГОЛЬНОМ БРАКЕ”

Меринов А.В., Шустов Д.И., Ховрачев А.П.

Авторы рассматривают алкогольные семьи и в ряде семей, где супруга не имела собственных деструктивных посланий при наличии, тем не менее, у нее аутоагрессивных проявлений обнаруживается

механизм перераспределения аутоагрессии между супругами алкогольного брака, укладывается по мнению авторов в концепцию эпискрипта, чему и посвящена данная работа.

КРАТКОСРОЧНАЯ ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ: ТА ЗДЕСЬ И СЕЙЧАС

Ховрачев А.П., Еремина Е.К.

В ходе как эмпирических, так и теоретических, экспериментально-психологических наблюдений за терапией в условиях краткосрочной открытой группы в пограничном от-

делении областной психиатрической больницы авторы обращаются к анализу трансакций как практическому уровню терапевтических интервенций.

ТРАНСАКТНЫЙ АНАЛИЗ МАТЕРИНСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Ховрачев А.П., Ховрачева О.В.

Настоящая работа касается изучения влияния жизненных позиций и функциональных эго-состоиний на состояние соматического здоровья и пато-

логию беременности и родов, которое проводилось в рамках pilotного исследовательского проекта “Перинатальное сценарное программирование”.

ТРАНСДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ХОЛОДИНАМИЧЕСКИЙ ПОДХОД К СТРУКТУРЕ ЛИЧНОСТИ

Хохолова Л.П.

На основе трансдисциплинарных холодинамических идей в России развивается теория и практика холодинамического консультирования и психотерапии

в рамках мультимодального подхода. Особенности этого развития и модель личности с позиций данного подхода рассматриваются в настоящей статье.

ЕЩЕ ДВЕ ИГРЫ

Чеглова И.А.

Концепция игр Э. Берна позволяет узнать, на что и как мы расходуем время своей жизни. В статье

рассматриваются еще две игры, которые требуют известного навыка и массы времени.

ТЕОРИЯ ПАССИВНОСТИ ШИФФОВ: ОБЗОР

Шитов Е.А., Ховрачев А.П.

В данной статье представлен обзор основных концепций одного из трех мощных направлений трансактного анализа – школы Шиффов (школы

пассивности), а также представлены основные понятия, которые используются в терапевтической программе Шиффов по конфронтации пассивности.

ИНТЕГРАТИВНАЯ СИСТЕМА В ПСИХОТЕРАПИИ НА ОСНОВЕ ИНИЦИАТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА И ТРАНСАКТНОГО АНАЛИЗА

Яценко В.И.

В этой статье рассматриваются возможности создания интегративной системы в психотерапии на основе интеграции двух модальностей психотера-

пии: классического трансактного анализа и инициатического анализа, применяемого в инициатической психотерапии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ФИТОПРЕПАРАТА “MEMORY RISE” В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Власова Н.М., Королева С.И.

В данной работе показана эффективность применения фитопрепарата “Memory rise” в детской психиатрии. Учитывая положительную

клиническую динамику, отсутствие побочных явлений можно рекомендовать данный препарат в лечении психоневрологических заболеваний.

РОЛЬ РЕЧИ В ПСИХИЧЕСКОЙ ЖИЗНИ РЕБЕНКА И СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ ЭЭГ ДЕТЕЙ С РАЗНЫМИ ФОРМАМИ НАРУШЕНИЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ

Власова Н.М., Королева С.И.

В данной работе показана роль речи в психической жизни ребенка. Данные ЭЭГ у детей с различными формами нарушений речи указывают на преобладание поражений именно

речевых структур коры левого полушария, дисфункцию стволовых регуляторных структур, наличие незрелости корковых и подкорковых образований.

ЛЕЧЕБНАЯ ВЕРХОВАЯ ЕЗДА ПРИ СИНДРОМЕ РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА

Гагаркина И.Г., Черняева Т.Б.

В детско-подростковом дневном стационаре Красноярского психоневрологического диспансера в течении 10 лет проводится лечебная, психолого-педагогическая и психотерапевтическая помощь

детям с нервно-психическими расстройствами. В последние три года вводится коррекционная методика в работе с детьми – это иппотерапия. Опытом данной работы делятся авторы данной публикации.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Гирич Я.П.

В последнее время среди психотерапевтов все более популярной становится концепция “соматизации”. В этой публикации рассматривается такая

категория как психосоматическое расстройство, а также особенности психотерапевтического процесса при данных видах расстройств.

К ВОПРОСУ СОЧЕТАНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОРГАНИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ, ПОЛУЧЕННЫХ В УСЛОВИЯХ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ И ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

Ланцберг М.Б., Филимонова В.И., Малышев К.П.

На примере донного клинического случая авторы показывают, что сочетанная патология не редкость. Выявились тенденция нивелировки и задержки развития симптоматики посттравматических стрессовых расстройств при сквозных

ранениях черепа, операций с длительным общим наркозом, напротив, - закрытая черепно-мозговая травма ускоряет, усиливает, извращает течение посттравматических стрессовых расстройств.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РОССИЙСКОЙ НАРКОЛОГИИ

Макаров В.В.

Сегодня все более активно разрабатываются и находят свое практическое применение психотерапевтические подходы помощи злоупотребляющим психически активными веществами и страдающими зависимостями от них.

Психотерапия находит все более широкое применение в реабилитационных программах помощи зависимым от психически активных веществ, это и стало предметом изучения данной работы.

ОБОСНОВАНИЕ И ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АРТ-ТЕРАПИИ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА

Новикова М.Ю.

В статье дается краткое теоретическое обоснование применения арт-терапии и песочной терапии. Автор статьи приводит разбор 4 случаев использо-

вания арт-терапии (три из них – с детьми и один – с пациенткой, страдающей шизоаффективным психозом).

ПРОБЛЕМА ОЦЕНКИ ПСИХОТЕРАПИИ ЗАВИСИМОСТЕЙ

Титова В.В.

В данной работе сделан краткий обзор основных подходов к оценке эффективности психотерапии. Также описывается принципиально новый под-

ход к определению эффективности психотерапии в рамках двухуровневой модели психотерапевтической коммуникации.

ГЕШТАЛЬТ, ВЕДУЩИЙ К ПРОСВЕТЛЕНИЮ

Фридрих С.

С. Перлз, Гештальт, трансперсональное, Единоство, Целостность, профессия, Вселенная и многое

другое стало предметом рассмотрения данной работы.

СОСТОЯНИЕ СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ С РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Бочковская И.П., Исмаилова С.А.

В данной работе проведен анализ цереброастенического синдрома и выявляются наиболее часто встречающиеся соматические заболевания у детей

с цереброастеническими поражениями, намечаются единые подходы в тактике ведения и лечения этих заболеваний.

ПРИМЕНЕНИЕ ФИТОПРЕПАРАТА “NEIROSTABIL” В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ

Власова Н.М., Королева С.И.

Данное исследование показывает, что применение фитопрепарата “Neirostabil” российской компании “Art of life” потенцирует эффект медикаментозных средств, улучшает динамику и течение различных психоневрологических заболеваний, способствует

снижению суточных доз лекарственных препаратов. В то же время его ингредиентный состав предполагает полную совместимость, сочетаемость и отсутствие аллергических реакций, возможность применения в стационарных и амбулаторных условиях.

ВЛИЯНИЕ ИНСТЕНОНА НА ДИНАМИКУ РЕОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С СОСУДИСТЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Едигенова М.Б., Молдахметова Ж.С.

Были изучены особенность влияния инстенона на клиническую симптоматику у больных со 2 – 3 стадией гипертонической болезни и на сопутствующие

этому состоянию церебрально-сосудистые нарушения по данным реоэнцефалографии. Под наблюдением находилось 20 больных.

ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЦ, ПОСТУПАЮЩИХ В УЧЕБНЫЕ ЗАВЕДЕНИЯ МВД РК

Едигенова М.Б., Царенко С.А., Айтенов М.К.

Данные материалы были получены в результате экспериментально-психологического, психиатрического обследования лиц, поступивших в средние и высшие учебные заведения системы

МВД Республики Казахстан. Они включают данные исследования интеллектуально-мнестической деятельности, эмоционально-волевых реакций, поведения.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Захаров Е.В.

Цель настоящего исследования заключалась в определении значимых психологических факторов, негативно влияющих на течение и исход заболева-

ния. Были проведены анализ историй болезни и комплексное психологическое исследование больных туберкулезом легких.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ЦВЕТОВОЙ СИМВОЛИКИ ЛИРИКИ А.А. БЛОКА

Новикова М.Ю.

Предложена оригинальная техника использования теста Люшера применительно к данным контент-анализа для психологической интерпретации литературных текстов на примере лирики А.А. Бло-

ка. Проведена математическая оценка достоверности данных. Получен психологический портрет поэта – черты личности на протяжении всей зрелой жизни и по трем периодам, выделенным им самим.

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ АМИТРИПТИЛИНОМ У БОЛЬНЫХ С ОРГАНИЧЕСКИ НЕПОЛНОЦЕННЫМ ФОНОМ

Пугачев В.П., Юнусов М.Р., Якипов Г.Т., Бибакова Н.Т.

Было проведено обследование группы больных, проходивших лечение в стационаре с 1998 года по 2001 год по поводу депрессивных состояний и страдающих органическим поражением ЦНС различной этиологии. Авторы проследили частоту и особен-

ности побочных действий амитриптилина при лечении депрессивных состояний у пациентов с органически неполноценным фоном в зависимости от возраста, пола, клинических особенностей депрессивного синдрома.

ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ СТРУКТУРООБРАЗОВАНИЯ ОСЕВЫХ СИНДРОМОВ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ РУССКОЙ И УДМУРТСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ

Чуркин А.А., Реверчук И.В.

Целью данного исследования является выявление клинико-эпидемиологических, социо- и этнокультурных закономерностей возникновения и структуры психических расстройств среди основных этнических субпопуляций Удмуртской Республики. Для проведения ис-

следования был выбран источник первичного материала – данные собственного обследования – основная группа состояла из пациентов, состоящих под консультативным и диспансерным наблюдением у психиатров, и составляла 644 человека.

СОСТОЯНИЕ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ И УРОВЕНЬ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ АКМОЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ О ПРОБЛЕМЕ НАРКОТИЗМА

Белоног Ю.А.

В данной статье представлены результаты исследования степени осведомленности сельского населения Акмолинской области о проблеме наркотизма: представление о наркотических веществах, осведомленность о веществах относящихся к нарко-

тикам, осведомленность о способах употребления наркотических веществ, осведомленность о воздействии наркотических веществ на состояние человека, оценка остроты проблемы наркомании в РК.

ДАННЫЕ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ АЛКОГОЛЬНОГО ДЕЛИРИЯ

Пакеев С.О., Шайкенов М.Т., Шайкенова Р.

Проведено клинико-психопатологическое обследование 27 больных алкогольным делирием. Отмечено увеличение стертых по клинической картине форм алкогольных делириев с преобладанием в клинической картине

заболевания признаков органического нарушения ЦНС с эмоционально-волевыми, амнестическими расстройствами, нарушением интеллекта, с тяжелыми соматоневрологическими нарушениями.

ПСИХОТЕРАПИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ

Катков А.Л.

В данной работе описывается ситуация в сфере психотерапевтической помощи населению в регионе Центральной Азии. Рассматриваются такие основные моменты как профессиональная

нормативная база, подготовка и допуск к профессии, самоорганизация, а также основные тенденции развития психотерапии в Центральной Азии.

SUMMARIES

SOCIAL MODEL OF PSYCHOTHERAPY - WHAT IS IT?

Katkov A.L.

In epoch of New Time when a various sort of social crises become permanent norm, the requirement for the scale social psychotherapy leaving for frameworks of habitual institutionalized practice is precisely revealed.

In the given work methodological and practical complexities and ways of their decision in realization of the given direction of development of psychotherapy are considered.

THE TRANSACT ANALYSIS EAST VERSION

Makarov V.V.

In the article features of development of the transact analysis in Russia are considered. Now the National association of east version of the

transact analysis actively develops in PPL, finding more and more supporters and followers.

THE APPLICATION OF TRANSACTIONAL ANALYSIS IN ONCOLOGY

Volodin B.Y., Volodina L.N.

In this article the authors report about their own research in the field of psycho-oncology. They present the data of investigation of 46 operated breast cancer patients. The results of some psychological tests are interpreted from TA

point of view. The using of hypnosis allows patients to increase their force for surviving. Created by B. Volodin so-called "Mirror-test" shows disorders of the self within the cohort of breast cancer patients.

DEMOCRACY AND EAST AUTHORITARIANISM IN THE TRANSACT ANALYSIS

Gusakovskiy V.E.

The author on the basis of an own psychotherapeutic and teaching operational experience, analyzes the deep psychological reasons recreating the tendencies of

authoritarianism in various aspects of social life of Russian society, and discusses prospects of their democratization.

TRANSACT ANALYSIS AND GROUP WORK

Zobov A.S., Kozlova M.I.

In the given work long-term experience of group work in terms of the transact analysis is described. Authors assert that the transact analysis arms with

understanding of group dynamics and technique of control of group processes and harbor the set of not realized or not used opportunities.

LEVELS OF TREATMENT

Cox M.

The offered publication is translation of a distributing material of workshop which Mary Cox has

lead in Ryazan in 1999. In the given section it is offered three levels of medical psychotherapy.

PLACE OF THE TRANSACT ANALYSIS IN PSYCHOTHERAPY OF PATIENTS WITH AN ADDICTION

Limonova D.L.

The purpose of given article is illumination of features of practical application of transact analysis methods and technologies at different stages of consultation and system psychotherapy.

The structural analysis of the person and scripts of patients with an addiction, targets of the transact analysis in psychotherapy of addictions is given.

APPLICATION OF THE TRANSACT ANALYSIS IN PSYCHOLOGICAL CONSULTATION

Makarova G.A.

The author considers strategy of a consultant working in the concept of the transact analysis,

theoretical and practical means of TA used for performance of problems of psychological consultation.

CONSULTATION IN THE CONCEPT OF THE TRANSACT ANALYSIS AT EXPERIENCE BURNING

Makarova G.A.

In article features of psychotherapeutic work in frameworks of TA at various stages of residing burning

are considered: a shock and catalepsy, denying and discharge, recognition and a pain, acceptance and revival.

SCRIPT ASPECTS OF BEHAVIOR OF WIVES OF ALCOHOLICS

Merinov A.V.

In the present work from the position of script analysis some features of the personality of wives of alcoholics were investigated, results of inspection of

35 wives of men alcoholics in the age of from 30-45 years also are given and analyzed. Examination was carried out with the script questionnaire.

EPISCIPT IN «ALCOHOLIC MARRIAGE»

Merinov A.V., Shustov D.I., Hovrachev A.P.

Authors consider alcoholic families and in a number of families where the wife had no own destructive messages at presence, nevertheless, of autoaggressive displays of redistribution of autoaggression between

husband and wife of an alcoholic marriage is found out, the mechanism is stacked in opinion of authors in the concept of episcript that the given work is devoted to.

SHORT-TERM GROUP PSYCHOTHERAPY: TA HERE AND NOW

Hovrachev A.P., Eremina E.K.

In a course both empirical, and theoretical, experimental - psychological observations over therapy in conditions of short-term open group in boundary

branch of regional psychiatric hospital authors address to the analysis of transaction as to a practical level of therapeutic interventions.

THE TRANSACT ANALYSIS OF A PARENT PATHOLOGY

Hovrachev A.P., Hovracheva O.V.

The present work concerns studying influence of vital stands and functional ego-conditions on a condition of somatic health and pathology of

pregnancy and sorts which was carried out within the framework of the pilot research project «Perinatal script programming».

TRANSDISCIPLINARY HOODYNAMIC APPROACH TO STRUCTURE OF A PERSONALITY

Hoholova L.P.

On a basis of transdisciplinary holodynamic ideas in Russia the theory and practice of holodynamic consultations and psychotherapy develops within the

framework of the multimodal approach. Features of this development and model of a personality from stands of the given approach are considered in the present article.

TWO MORE GAMES

Cheglova I.A.

E.Bern's concept of games allows learning, what on and how we spend time of the life. In article two

more games which demand known skill and a lot of time are considered.

THE SCHIFF THEORY OF PASSIVITY: THE REVIEW

Shitov E.A., Hovrachev A.P.

In given article the review of the basic concepts of one of three powerful directions of the transact analysis – Schiff school (school of passivity) is submitted, and

also the basic concepts which are used in Schiff therapeutic program on confrontation of passivity are submitted.

INTEGRATIVE SYSTEM IN PSYCHOTHERAPY ON A BASIS OF INITIAL ANALYSIS AND TRANSACT ANALYSIS

Jatsenko V.I.

In this article opportunities of creation of integrative system in psychotherapy on the basis of integration of two modalities of

psychotherapy are considered: the classical transact analysis and initial analysis used in initial psychotherapy.

EFFICIENCY OF APPLICATION OF FIDOMEDCINE «MEMORY RISE» IN CHILDREN'S PSYCHIATRIC PRACTICE

Vlasova N.M., Koroleva S.I.

Efficiency of application of fidomedcine «Memory rise» in children's psychiatry is shown in the research. Taking into account the positive clinical dynamics,

absence of by-effects «Memory rise» is possible to recommend in treatment of psycho neurological diseases.

ROLE OF SPEECH IN MENTAL LIFE OF CHILD AND STRUCTURAL ANALYSIS OF EEG OF CHILDREN WITH DIFFERENT FORMS OF SPEECH DISTURBANCES

Vlasova N.M., Koroleva S.I.

In this work a role of speech in mental life of child is shown. The results of EEG point out that children with different forms of speech disturbances predominated just speech

structures of cortex of left cerebellar hemisphere dysfunction of regulatory structures and present of immature of cortical and subcortical masses.

MEDICAL RIDING AT A SYNDROME OF INFANTILE AUTISM

Gagarkina I.G., Chernjaeva T.B.

In a child-adolescent day time hospital of Krasnoyarsk psychoneurologic dispensary during 10 years the medical, psychologic-pedagogical and psychotherapeutic aid to children with mental disorders

are carried out. Last three years the correctional technique in work with children is entered it is racotherapy. Authors of the given publication share experience of the given work.

NEW OPPORTUNITIES OF PSYCHOTHERAPEUTIC TECHNOLOGIES

Girich J.P.

Concept «somatization» becomes more and more popular among psychotherapist. In this publication such category as psychosomatic

disorder, and also features of psychotherapeutic process at the given kinds of disorder are considered.

TO A QUESTION OF A COMBINATION OF TRAUMATIC ORGANIC LESION OF THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM AND THE POSTTRAUMATIC STRESS-INDUCED INJURY RECEIVED IN CONDITIONS OF OPERATIONS AND EXTREME SITUATIONS

Lantsberg M.B., Filimonova V.I., Malyshev K.P.

On an example of one clinical case authors show that combined pathology is not a rarity. The tendency of levelling and delay of development of a symptomatology of posttraumatic stress-induced injury

at perforating wound of a skull, operations with a long general anesthesia has showed up, on the contrary, - the closed craniocerebral injury accelerates, strengthens, perverts current of posttraumatic stress-induced injury.

PSYCHOTHERAPEUTIC ASPECTS OF THE RUSSIAN NARCOLOGY

Makarov V.V.

Today psychotherapeutic approaches of an aid to psychoactive substance users and suffering psychoactive substance dependence are more and more actively developed and find the practical application. The

psychotherapy finds more and more wide application in rehabilitation programs of an aid psychoactive substance users, features of the application became a subject of studying of the given work.

REASONS FOR USING ART THERAPY AND CASES OF ITS USING IN WORK OF A MEDICAL PSYCHOLOGIST

Novikova M.J.

The article gives a short theoretical explanation of using art therapy and sand therapy. The author of the article analysis 4 cases of using

art therapy (three of them - with children and one - with a patient suffering shizo-affective disorder).

PROBLEM OF AN ESTIMATION OF PSYCHOTHERAPY OF DEPENDENCES

Titova V.V.

In the given work the brief review of the basic approaches to an estimation of efficiency of psychotherapy is made. Essentially new approach to

definition of efficiency of psychotherapy also is described within the framework of two-level model of the psychotherapeutic communications.

GESTALT, CONDUCTING TO THE ENLIGHTENMENT

Fridrikh S.

S.Perlz, Gestalt, transpersonal, Unity, Integrity, the trade, the universe and many other

things became a subject of consideration of the given work.

CONDITION OF SOMATIC HEALTH OF CHILDREN WITH RESIDUAL -ORGANIC SYNDROME OF THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM

Bochkovskaja I.P., Ismailova S.A.

In the given work the analysis of cerebroasthenic syndrome is carried out and most frequently meeting somatic diseases at children with cerebroasthenic

defeats are discovered, uniform approaches in tactics of conducting and treatment of these diseases are planned

APPLICATION OF FIDOMEDCINE «NEIROSTABIL» IN CHILDREN'S PSYCHIATRY

Vlasova N.M., Koroleva S.I.

Research shows that use of fidomedcine «Neirostabil» of Russian company «Art of life» is better, than any over medicine. Neirostabil a good in treatment

nevrological disorders, helps to made jope of medicine lase. There is not an allergical reachions. It is possibal to use in ambulatoria treatment and out patient.

INFLUENCE OF INSTENON ON DYNAMICS OF RHEOENCEPHALOGRAPHY PARAMETERS AT PATIENTS WITH VASCULAR AFFECTION OF CENTRAL NERVOUS SYSTEM

Edigenova M.B., Moldahmetova Z.S.

It was investigated influence of instenon on a clinical symptomatology at patients with 2 - 3 stage of hypertonic illness and on cerebrovascular disturbances

accompanying this condition on the data of rheoencephalography. 20 patients were under observation.

PSYCHOLOGICAL-PSYCHIATRIC CHARACTERISTIC OF THE PERSONS ENTERING IN EDUCATIONAL INSTITUTIONS OF MINISTRY OF INTERNAL AFFAIRS OF RK

Edigenova M.B., Tsarenko S.A., Ajtenov M.K.

The given materials were received as a result of experimental - psychological, psychiatric inspection of the persons who have entered in average and higher educational institutions of system of the

Ministry of Internal Affairs of Republic of Kazakhstan. They include the data of researches intellectually activity, emotional - volitional reactions, behavior.

MEDICO-PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF CONSUMPTIVES

Zaharov E.V.

The purpose of the present research consists in definition of the significant psychological factors negatively influencing current and outcome of

disease. The analysis of case reports and complex psychological research of consumptives were carried out.

PSYCHOLOGICAL INTERPRETATION OF COLOR SYMBOLS OF LYRICS OF A. BLOCK

Novikova M.J.

The author offered original technique of using the Lusher-test for the data of content-analysis for psychological interpretation of literary texts taking Block's lyrics as example. Mathematician estimate of

authenticity of data was carried out. The author found the psychological portrait of the poet – traits of his personality during all his life and touching three periods, pointed out by the poet himself.

CLINICAL RESEARCHES OF BY-EFFECTS AT TREATMENT OF DEPRESSIONS WITH AMITRIPTYLINE AT PATIENTS WITH INTEGRALLY DEFECTIVE BACKGROUND

Pugachev V.P., Junusov M.R., Jakipov G.T., Bibakova N.T.

Examination of group of patients undergoing treatment in a hospital from 1998 till 2001 concerning depressions and suffering organic lesion of CNS of various ethiology was carried out. Authors have looked

after frequency and features of adverse reaction of amitriptyline at treatment of depressions at patients with integrally defective background depending on age, sex, clinical features of a depressive syndrome.

FEATURES OF FACTORS OF STRUCTURIZATION OF AXIAL SYNDROMES OF BORDER-LINE MENTAL DISORDERS AT PATIENTS OF RUSSIAN AND UDMURT NATIONALITY

Churkin A.A., Reverchuk I.V.

The purpose of the given research is revealing of clinic epidemiological, socio- and ethno cultural regularities of origin and structure of mental disorders among the basic ethnic subpopulations of the Udmurt Republic. For realization of research the source of

primary material – data of own examination - was chosen. The basic group consists of the patients consisting under consultative observation and regular medical check-up at psychiatrists, and made 644 patients.

CONDITION OF NARCOLOGICAL SERVICE IN A COUNTRYSIDE AND A LEVEL OF AWARENESS OF RURAL POPULATION OF AKMOLINSKAYA OBLAST ABOUT A PROBLEM OF DRUG ADDICTION

Belonog J.A.

In the given article results of research of a degree of awareness of rural population of Akmolinskaya oblast about a problem of drug addiction are submitted: representation about narcotic substances, awareness on

substances concerning drugs, awareness on ways of use of narcotic substances, awareness on influence of narcotic substances on a condition of the person, an estimation of an acuteness of a problem of an addiction in RK.

DATA OF CLINICO-PSYCHOPATHOLOGICAL RESEARCH OF PATIENTS WITH VARIOUS FORMS OF DELIRIUM ALCOHOLICUM

Pakeev S.O., Shajkenov M.T., Shajkenova R.

Clinic-psychopathological examination of 27 patients with delirium alcoholicum was carried out. The increase of the forms of delirium alcoholicum erased on clinical presentation with prevalence over a clinical

presentation of disease of attributes of organic disturbance of CNS with emotional - volitional, amnesic frustration, disturbance of intelligence, with heavy somatoneurologic disturbances is marked.

PSYCHOTHERAPY OF THE CENTRAL ASIA

Katkov A.L.

In the given work the situation in sphere of a psychotherapeutic service to the population in region of the Central Asia is described. Such basic moments as professional normative base,

preparation and the admission to a trade, self-organizing, and also the basic tendencies of development of psychotherapy in the Central Asia are considered.

