НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

****

Том XI
№ 4
2005
Москва-Павлодар

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

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

Регистрационное свидетельство №1706 выдано
Министерством печати и массовой информации
Республики Казахстан
Регистрационное свидетельство ПИ № 77-7054 выдано
Министерством Российской Федерации по делам печати,
телерадиовещания и средств массовых коммуникаций

Внимание, соискатели! Журнал “Вопросы ментальной медицины и экологии”
решением коллегии ВАК от 3.03.2002 г. включен в перечень изданий
для публикации основных научных результатов диссертации

Журнал основан в 1995 году
Адрес редакции: 140001, Казахстан, г. Павлодар, ул. Кутузова, 200
Телефон (факс): 8(3182) 57-29-39
E-mail: press@rncenter.kz

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

СОДЕРЖАНИЕ

УЧРЕДИТЕЛИ:

Профессиональная Психотерапевтическая Лига

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

Том XI
№ 4
2005 год

выходит 4 раза в год

ПСИХОТЕРАПИЯ

Волобаев В. М.
К вопросу о взаимосвязи некоторых симптомов и факторов эмоционального выгорания с поглаживаниями 7-8
Каган В. Е.
Психотерапия: миссия понимания и понимание миссии 9-17

ПСИХИАТРИЯ

Бектаева Г. Т., Туракулова К. С.
Тетурамовый психоз 18-19
Данияров Е. К., Шушкевич В. И., Уразгалиева Г. З., Касимова М. Т., Кирьякова Г. М.
О случае нейросифилиса у акцентуированной личности 19-20
Кудьярова Г. М., Кудайбергенова А. Ж.
Применение ст. 98, 108 УК РК – «Убийство, совершенное в состоянии аффекта» и «Причинение вреда здоровью в состоянии аффекта» 21-23
Кудьярова Г. М., Джарбусынова Б. Б., Бойко В. С.
Применение препарата «Иксел» (милнаципрана) в лечении депрессивных расстройств 23-26
Кудьярова Г. М., Джарбусынова Б. Б., Бойко В. С.
Коаксил в терапии тревожно-депрессивных состояний 26-28
Русина Е. Ю., Столяревская С. А.
Исследование закономерной нарушения мыслительной деятельности у больных шизофренией 28-30
Русина Е. Ю., Столяревская С. А.
Экспериментально-психологическое исследование нарушений социальной адаптации больных шизофренией 30-33

НАРКОЛОГИЯ

Марашева А. А.
Социально-психологический аспект, влияющий на формирование свойств антинаркотической устойчивости у детей младшего школьного возраста 34-40
Персиянцева С. В.
Эмоциональное и перцептивное восприятие телепрограмм студентами, находящихся в состоянии наркозависимости. Психотерапевтическая коррекция. 40-44
Шахметов Б. А.
Структурный анализ и психосоматическая модель личности в наркологии 45-47

ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

Бекенова Н. М.
Психологические факторы расстройств поведения у подростков 48-53

Решетников М. М.
Общие закономерности в динамике состояния, поведения и деятельности людей в экстремальных ситуациях с витальной угрозой. Дебрифинг. Отдаленные последствия и реабилитация пострадавших. Часть 1. 54-64
Соковнина М. С.
Дети с синдромом дефицита внимания в общем режиме детского сада 64-69

ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Сухова Е. В., Барсуков В. Н., Гнездилова М. Ю.
Психологические аспекты дисциплины лечения и мотивации выздоровления больных туберкулезом легких 70-77

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

Шумейко М. С.
Особенности субкультуры дошкольников 78-81

ИНФОРМАЦИЯ, ОБЗОРЫ

Кудайбергенова А. С.
Изменение церебральной гемодинамики у больных в отдаленном периоде сотрясения головного мозга в разных возрастных группах 82-84
Капустянская Л. П., Игуфарова Ш. Т., Корниенко А. Н.
Применение бензодиазепинов в практике врача скорой помощи 84-85
Шахметов Б. А.
Историческая динамика клинической персонологии 85-87

ПИСЬМА

Фридрик С. 88-92

ПАМЯТИ АЛЕКСЕЯ ДЕРИЕВА

Жарков Н. 93
Борисовский В. 93
Катков А. 93
Левченко И.
Память сердца 94
Макаров В.В. 94
Россинский Ю. 94-95
Фридрик С.
Про Алексея Дериева и психотерапию 95-100

Резюме 101-110

Библиография к журналу «Вопросы ментальной медицины и экологии» за 2005 год 111-114

VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

TABLE OF CONTENTS

FOUNDERS:

Professional Psychotherapeutic League

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

Volume XI
№ 4
2005
Published 4 times in a year

PSYCHOTHERAPY

Volobaev V. M.
To a question on interrelation of some symptoms and factors of emotional burning with effleurages 7-8
Kagan V. E.
Psychotherapy: mission of understanding and understanding of mission 9-17

PSYCHIATRY

Bektaeva G. T., Turakulova K. S.
The desulfiram psychosis 18-19
Daniyarov E. K., Shushkevich V. I., Urazgalieva G. Z., Kasimova M. T., Kiryakova G. M.
About a case of neurosyphilis at accentuated personality 19-20
Kudyarova G. M., Kudaibergenova A. Zh.
Application of items 98, 108 of criminal code RK - «Murder accomplished in affect» and «Causing of harm to health in affect» 21-23
Kudyarova G. M., Dzharbusynova B. B., Boiko V. S.
Application of preparation «Exel» in treatment of depressive disorders 23-26
Kudyarova G. M., Dzharbusynova B. B., Boiko V. S.
Coaxil in therapy of anxious-depressions 26-28
Rusina E.Yu., Stolyarevskaya S. A.
Research of natural disorders of thought process at the patients with schizophrenia 28-30
Rusina E.Yu., Stolyarevskaya S. A.
Experimental-psychological research of social adaptation disorders of the patients with schizophrenia 30-33

NARCOLOGY

Marasheva A. A.
The social-psychological aspect influencing formation of properties of antinarcotic resistance at children of younger school age 34-40
Persiyantseva S. V.
Emotional and perceptive perception of teleprograms by the students who has drug addiction. Psychotherapeutic correction. 40-44
Shahmetov B. A.
The structural analysis and psychosomatic model of the person in a narcology 45-47

BORDER-LINE PATHOLOGY

Bekenova N. M.
The psychological factors of behaviour disorders of adolescents 48-53

Reshetnikov M. M.
The common laws in dynamics of a condition, behavior and activity of people in extreme situations with vital threat. Debrifing. The remote consequences and rehabilitation of victims. Part 1. 54-64
Sokovnina M. S.
Children with a luck attention syndrome in the common mode of a kindergarten 64-69

BORDER-LINE DISORDERS

Suhova E. V., Barsukov V. N., Gnezdilova M. Ju.
Psychological aspects of discipline of treatment and motivation of recovery of consumptives 70-77

PSYCHOLOGY OF HEALTH. VALEOLOGY.

Shumeiko M. S.
Peculiarities of the preschooler`s subculture 78-81

INFORMATION, REVIEWS

Kudaibergenov A. S.
Change of cerebral hemodynamics at the patients in the remote period of concussion of the brain in different age groups 82-84
Kapustyanskaya L. P., Igufarova Sh. T., Kornienko A. N.
Application of benzodiazepine in practice of ambulance doctor 84-85
Shahmetov B. A.
Historical dynamics of clinical personology 85-87

LETTERS

Fridrik S. 88-92

MEMORIES OF ALEXEY DERIEV

Zharkov N. 93
Borisovskiy V. 93
Katkov A. 93
Levchenko I.
Heart's Memory 94
Makarov V. 94
Rossinsky Yu. 94-95
Fridrik S.
About Alexey Deriev and psychotherapy 95-100

Summary 101-110

The bibliography of the journal «Voprosy mentalnoi meditsiny i ekologiy» in 2005 111-114

К ВОПРОСУ О ВЗАИМОСВЯЗИ НЕКОТОРЫХ СИМПТОМОВ И ФАКТОРОВ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ С ПОГЛАЖИВАНИЯМИ

В. М. Волобаев г. Ульяновск

Сложность проблемы эмоционального выгорания до сих пор не позволяет установить характер специфических связей между многообразными проявлениями синдрома эмоционального выгорания и вызывающими его факторами. Несмотря на то, что выгорание не научный конструкт, а всего лишь метафора, в настоящее время оно удостоено диагностического статуса. В Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) оно определено в разделе Z73 – «Проблемы, связанные с трудностями организации нормального образа жизни». В этот раздел, в частности, включены следующие причины обращения в учреждения здравоохранения: Z73.0 Переутомление; Z73.2 Недостаток отдыха и расслабления; Z73.3 Стрессовое состояние, не связанное с работой и безработицей; Z73.4 Неадекватные социальные навыки; Z73.5 Конфликт, связанный с социальным статусом; Z73.6 Ограничения деятельности, вызванные снижением трудоспособности [12]. В тоже время «выгорание» характеризуется, как «размытое множество» (Burisch, 1993) — общее название последствий длительного рабочего стресса и определенных видов профессионального кризиса [4].

Под «выгоранием» понимается состояние физического, эмоционального и умственного истощения, проявляющееся в различных профессиях. Этот синдром включает в себя: эмоциональную истощенность, деперсонализацию и редукцию профессиональных достижений [7, 8].

Выгорание понимается также, как профессиональный кризис, связанный с работой в целом, а не только с межличностными взаимоотношениями в процессе ее выполнения [9].

Описано пять основных групп симптомов синдрома эмоционального выгорания: физические, эмоциональные, поведенческие, интеллектуальные и социальные [6].

Все симптомы выгорания проявляются на индивидуальном, межличностном и организационном уровнях, хотя такое разделение признается условным [10, 11].

К личностным факторам относят: возраст, пол, уровень образования, семейное положение, стаж работы, выносливость, локус контроля, стиль сопротивления, уровень самооценки, нейротизм (тревожность), экстраверсию [3].

Существует множество подходов к описанию межличностных факторов [5, 10], где психическое выгорание рассматривается как следствие сильного эмоционального напряжения, возникающее в процессе межличностного взаимодействия на работе. Одним из межличностных факторов способствующих выгоранию, может быть фактор стимульного голода. Под стимульным голодом понимается эмоциональная депривация (Spitz R., 1945). Преодолением эмоциональной депривации является поиск внешней физической или психической стимуляции как формы признания или поиск поглаживаний. От количества и качества получаемых поглаживаний зависит эмоциональное состояние каждого конкретного человека [1, 2].

К организационным факторам в частности относят: рабочие перегрузки, дефицит времени, продолжительность рабочего дня, содержание труда, число клиентов, остроту их проблем, глубину контакта с клиентом, участие в принятии решений, обратную связь [3].

Цель исследования заключалась в попытке определить соотношения между поглаживаниями, основными симптомами и факторами выгорания. С учетом факторов приводящих к синдрому эмоционального выгорания и его основных симптомов была разработана анкета, при помощи которой, методом случайной выборки, было обследовано 143 педагога школ г. Ульяновска. Все обследуемые лица - женщины. Респондентам было предложено, в том числе, отмечать только неоднократно повторяющиеся в течение года жалобы.

Предъявляя жалобы на физическое самочувствие, 128 человек (89,5%) отметили усталость, 70 (48,9%) - повышенную восприимчивость к изменениям показателей внешней среды, 69 (48,2%) - частые головные боли, 66 (46,1%) - бессонницу, 43 (30%) - чувство истощения, 42 (29,3%) - избыточный вес, и только 3 человека (2%) жалоб на физическое самочувствие не предъявили. Из 9 предложенных в анкете жалоб 93 человека (65%) одновременно выбрали 3 и более жалоб. 4 одновременно присутствующие жалобы выбрали наибольшее количество человек – 30 (20,9%).

Предъявляя жалобы на психическое самочувствие, 73 человека (51%) отметили повышенное чувство ответственности за учеников, 69 (48,2%) - снижение уровня своего энтузиазма, 63 (44%) - раздражительность, 62 (43,3%) - чувство разочарования, 59 (41,2%) - чувство неосознанного беспокойства, 57 (39,8%) - чувство эмоциональной опустошенности,

54 (37,7%) считают, что работа становится все тяжелее, а способность ее выполнять все меньше и меньше, 51 (35,6%) - рано приходят на работу и надолго задерживаются. 1 человек (0,6%) жалоб не предъявил. Из 15 предложенных для выбора жалоб 106 человек (74,1%) выбрали от 2 до 8 жалоб. 2 одновременно присутствующие жалобы выбрали наибольшее количество человек 24 (16,7%).

Получившие негативные поглаживания в 2,4 раза чаще считают их несправедливыми, чем получившие позитивные поглаживания, однако в 1,3 раза реже, чем не получившие. Это подтверждает необходимость получения вообще каких-либо поглаживаний.

Количество физических симптомов выгорания у получивших негативные поглаживания в 1,4 раза больше, чем у получивших позитивные поглаживания, и в 1,3 раза больше, чем у не получивших поглаживания вообще. Количество психических симптомов выгорания у лиц, получивших негативные поглаживания, в 1,2 раза больше, чем у остальных. При этом получившие какие-либо поглаживания в 1,7 раза чаще, чем не получившие, считают их получение справедливым. Справедливость здесь рассматривалась, как соотнесение количества и качества позитивных или негативных поглаживаний с собственным затраченным трудом или проступками и трудом или проступками своих коллег. Чувство несправедливости положительно связано с бессонницей, чувством некомпетентности в своей профессиональной сфере и чувством обиды ($p<0,05$). Данное наблюдение может свидетельствовать о важности получения позитивных поглаживаний в предупреждении развития, как физических, так и психических симптомов выгорания.

Получившие негативные поглаживания в 2,4 раза чаще, по сравнению с получившими позитивные поглаживания и в 1,6 раза чаще, чем не получившие какие-либо поглаживания, считают, что в их школе имеются конфликты.

Количество имеющихся заболеваний у получивших негативные поглаживания в 1,5 раза меньше, чем у получивших позитивные поглаживания и в 1,2 раза меньше у не получивших какие-либо поглаживания. Что может быть вызвано результатом экономии поглаживаний в коллективе.

В то же время получившие негативные поглаживания в 1,4 раза чаще обращались за помощью к психологу и психотерапевту.

Таким образом, в результате проведенного исследования удалось выявить влияние поглаживаний на формирование симптомов эмоционального выгорания, в частности негативных поглаживаний. Следовательно, существует необходимость разработки и внедрения программ по развитию способностей у педагогов к самопоглаживаниям и активному поиску позитивных поглаживаний не только в процессе профессиональной деятельности.

Литература:

1. Берн Э. Трансактный анализ в психотерапии: Системная индивидуальная и социальная психиатрия / Пер. с англ.-М.: Академический Проект, 2001

2. Макаров В. В., Макарова Г. А. Транзактный анализ – восточная версия. – М., 2002

3. Орел В. Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования // Психологический журнал, 2001.- Т. 22. - № 1.- С. 90-101

4. Glenn A. Roberts. Prevention of burn-out. Advances in Psychiatric Treatment (1997), vol.3. - P. 282-289

5. Harrison D. H. A social competence model of burnout. In B. Farber (Ed.) Stress and burnout in the human service professions. - New York: Pergamon Press, 1983. - P. 29-39

6. Kahill S. Interventions for burnout in the helping professions: A review of the emperical evidence. // Canadian Journal of counseling review, 1988. – V. 22 (3). - P. 310-342

7. Maslach C. Bumout: A multidimensional perspective // Professional bumout: Recent developments in the theory and research / Ed. W. B. Shaufeli, Cr. Maslach and T. Marek. Washington D.C: Taylor & Trancis, 1993. - P. 19-32

8. Maslach C., Jackson S. E., Leiter M. P. Maslach Bumout Inventory Manual (Third Edition). Palo Alto, California: Consulting Psychological Press, Inc., 1996

9. Maslach C., Letter M. P. The truth about bumout: How organization cause personal stress and what to do about in. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1997

10. Schaufeli W. B., Enzmann D. The Burnout Companion for Research and Practice: A critical Analysis of theory, Assessment, Research and Interventions. Taylor and. Francis, 1999

11. Professional burnout: Recent development in theory and research. Ed. Shaufelly W., Maslach C., Marek T. - Washington, DC, 1993

12. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. - Geneva: WHO, 1992

ПСИХОТЕРАПИЯ: МИССИЯ ПОНИМАНИЯ И ПОНИМАНИЕ МИССИИ

В. Е. Каган

Миссия психотерапии звучала для меня довольно загадочно, поэтому я набрал это словосочетание на Yandex, показавшем 15 ссылок, 7 из которых относились к организованной ППЛ дискуссии и 8 – к работе Бьюдженталя[1]. *Миссия*, я согласен с Р. Д. Тукаевым[2] и В. Д. Менделевичем[3], звучит слишком пафосно и претенциозно, вольно или невольно ассоциируясь с *миссионерством* и *мессианством* и вызывая вопрос: «Кто такие психотерапевты, чтобы учить нас жить?»[4].

Вместе с тем, сама постановка вопроса о миссии обоснованна и закономерна на нынешнем этапе развития российской психотерапии. Вопрос о ней возникает в переломные моменты, на поворотных пунктах, в кризисные периоды развития. В западной психотерапии (термин условен, ибо, например, американская и французская психотерапия разительно отличаются друг от друга) со свободной и естественной (прорастание снизу, т.е., воспользуюсь словами М. Мамардашвили: «...без какого-либо внешнего насилия или внеделовых критериев иметь право самому понимать свое дело, выбирать вид и форму своего труда и вести его сообразно со смыслом, а не по каким-либо привходящим соображениям и навязанным показателям»[5]) эволюцией вопрос о ее миссии «снимался» в конкретике деятельности здесь-и-сейчас. В России эта естественная, очень интенсивная и творческая эволюция к началу 1930-х годов была прервана, сменившись идеологизированным насаждением сверху[6]. Три с лишним десятилетия она существовала в прокрустовом пространстве идеологии под знаком господства суггестии, гипноза, рациональной психотерапии, лечебного сна и шоковых методов. Отдельные ложки меда (например, деятельность С. И. Консторума) в этой бочке дегтя не в состоянии были изменить общую картину. Отсутствие agora с ее возможностями свободной публичной рефлексии лишали психотерапию существеннейшей части потенциала развития и не могли не сказываться в модификации профессионального сознания даже самых одаренных специалистов. Затем последовали 1960-1970-е годы, когда через ржавеющий железный занавес начали прорываться струйки и дуновения мировой психологии и психотерапии, намываться отдельные островки свободы. Результатом прорыва идеологической блокады (знаковыми ее вехами мне представляются последний выпуск «Психологической и психоаналитической библиотеки» в 1929 г. и публикация «Введения в психоанализ» З. Фрейда в 1989 году) стало революционное включение российской психотерапии в мировую, приведшее к необходимости переосмысления своего места и предназначения в меняющейся жизни.

Оставляя в стороне оценку проявлений этого включения, отмечу лишь несколько моментов. Во-первых, оно породило, до сих пор не улегшуюся, волну «дикой психотерапии». Во-вторых, знакомство с мировой психотерапией было «обвальным» и, что не менее важно, совершалось в перевернутой временной перспективе: мы сначала знакомились с «последним словом», а потом уже с его истоками и историей (для меня, например, было большим испытанием знакомство с основополагающими работами К. Роджерса и А. Маслоу после пропитки современной гуманистической психологией). В-третьих, результатом этого включения была встреча в поле психотерапии достаточно различающихся культурно-религиозных дискурсов: западного (католического, протестантского), православного, иудаистского, мусульманского, буддистского и др., если говорить о религии; демократического и тоталитарного, индивидуального и коллективистского, если говорить о секулярной культуре, субъективного и объективного, материалистического и идеалистического, если говорить о культуре философской. В-четвертых, включение происходит в условиях социокультурных перемен, кардинально меняющих место психологии и психотерапии в жизни. На этом кризисном (в продуктивном смысле слова) этапе совершается переход от психотерапии идеологизированной, квази-религиозной, манипулятивно-патерналистской, коллективистской и в значительной мере дегуманизированной к психотерапии, развивающейся по своим законам, обращенной к индивидуальности и служащей ей, партнерской. Перечисленные и связанные с ними другие моменты образуют мощное креативное поле, чрезвычайно насыщенную среду, в которой кристаллизуются новые подходы. Другое дело, что при этом часто изобретаются непригодные для езды

1 Дж. Бьюдженталь Предательство человечности: миссия психотерапии по восстановлению утраченной идентичности. В кн.: Эволюция психотерапии. В 3-х т., М.: Класс, 1998, Т.3, с.180-200

2 Тукаев Р. Д. К вопросу о миссии психотерапии. Проф. Психотер. Газета, 2005, 4(31)

3 Менделевич В. Д. Психотерапия на грани иррационализма. Проф. Психотер. Газета, 2005, 4(31)

4 Ромек Е. Кто такие психотерапевты, чтобы учить нас жить? Экзистенциальная традиция: философия, психология, психотерапия, 2005, 1(6),с. 148-158

5 Мамардашвили М. Философия действительности. В кн.: Мераб Мамардашвили Сознание и цивилизация. М.:Логос, 2004, с. 145

6 Каган В. Е. Набросок пути. Психология и психотерапия в России – 2000. СПб:ИМАТОН-М, с.5-6

велосипеды и психотерапевтические аналоги вечного двигателя, но такие издержки неминуемы и даже необходимы как генерирующий новые фигуры фон. **Вопрос о миссии психотерапии – это, в первую очередь, вопрос о постижении ею самое себя и своего предназначения.**

Но о миссии чего мы говорим? Что это за штука такая психотерапия? После выхода книги Д. Зейга и М. Мьюниена[7] пытаться дать ее определение, не впадая в вольное или невольное эпигонство, практически невозможно. По мало-мальски непредвзятом и строгом размышлении приходишь к согласию с великим скептиком Т. Зазом в том, что «Подобно понятию *душевная болезнь*, психотерапия - это метафора, и, будучи расширенной метафорой, она представляет собой миф. <…> Термин *психотерапия* может использоваться как феноменологическая метафора. <…> Коротко говоря, термин *психотерапия* обозначает различные принципы (секулярной, то есть светской) этики и их применение на практике. Таким образом, каждый метод и каждая школа психотерапии представляет собой систему прикладной этики, выраженную в идиоме лечения. Каждый из этих методов и каждая из школ несет на себе отпечаток особенностей личностей их основателей и приверженцев, их устремлений и ценностей»[8]. «Любая психотерапевтическая система представляет из себя миф, реализующий себя специфическим психотерапевтическим ритуалом», – пишет Р. Д. Тукаев[9].

Понятие *психотерапия* относится к классу размытых (fuzzy) понятий[10], смысл которых понятен каждому отдельно, но договориться о котором всем вместе трудно. Или, скажем иначе, в определенном смысле к классу понятий *рамочных* (frame)[11], скорее очерчивающих пространство существования явления, чем опредмечивающих само явление – любое определение психотерапии так или иначе ограничивает ее самое, становится пределом для развития. И, тем не менее, мы должны каким-то образом сфокусироваться на предмете, чтобы не «растекаться мысью по древу».

Один из парадоксов психотерапии состоит в том, что в ней нет ничего, чего нельзя было бы увидеть в остальной жизни. «Я понимаю, что вы любите больных. Больных надо любить. И поговорить с ними надо – они тоже люди. Но вы все говорите и говорите, а когда же вы лечить их будете?» – сказал моему молодому коллеге в начале 1980-х годов заведующий отделением клиники неврозов по поводу групповой психотерапии. Моя пациентка, которая два года после ампутации ноги не может начать пользоваться протезом, говорит на первой сессии: «Вы же не можете прирастить мне ногу – так что ж разговоры говорить?»; после 13-ой сессии она отказывается от встреч: «Что толку с разговоров? Я же и без них хожу с протезом!». На самом деле во всем этом нет ничего парадоксального. Тут я хочу обратиться к М. Мамардашвили. «Все, что изобразительно, все, что предметно, выступает уже в другом виде... Возьмем театр. Когда мы идем на спектакль – я беру идеальный случай, – мы знаем заранее текст. Все известно – почему же нужен театр? Что происходит? А происходит то, что мы в театре соотносимся с тем, чего нельзя иметь, нельзя понять иначе *(Мой пациент: «Ничего не понимаю – вы говорите то, что я и без вас знаю, что тысячу раз слышал и тысячу раз говорил другим. Я иногда злюсь на себя – хожу, деньги плачу, а за что, спрашивается?! Но почему-то помогает!» - В.К.).* Театр (*а я скажу:* ***психотерапия*** – В.К.) - есть «машина» введения нас в то состояние, которое существует только тогда, когда исполняется. Казалось бы, записано в тексте, стоит только прочитать, но понимание, если оно случается, происходит в театре (*мы же скажем: в* ***психотерапии****, и подчеркнем сказанное М. Мамардашвили «если ... случается»* - В.К.). Ты понял, в тебе произошло изменение, произошел катарсис, но слова ушли, поскольку сработала организованная сильная форма»[12]. И в другом месте: «...символический, или смысловой, характер этой реальности, она состоит из символов, которые есть вещи, вещи особого рода <…> оно имеет какую-то действительность в нашей собственной действительности, но как бы поперек ее или в другом измерении <…> ...вот эта некоторая невидимая действительность (смысловая и символическая, а не буквальная и реальная, предметная) есть условие и фон, и запасник, из которого мы черпаем ...»[13].

То есть, дело не в том, как мы сядем, что скажем, какой метод используем, будем ли гипнотизировать, а если да, то при помощи какой техники гипнотизации или, может быть, как прежде, «шарахнем» дозой амитал-кофеина или чего покрепче. Дело в том, что **за, под, между** всем этим или,

7 Зейг Д., Мьюниен М. (Ред.) Психотерапия – что это? М.: Класс, 2000 – 432 с.

8 Заз Т. В книге . Психотерапия – что это? М.: Класс, 2000,с. 178-179

9 Тукаев Р. Д. К вопросу о миссии психотерапии. Проф. Психотер. Газета, 2005, 4(31)

10 «Содержание и границы размытого понятия могут уточняться в ходе рассуждений, они могут быть для разных людей и в разное время несколько различными ...Подобная вариабельность не противоречит существованию объективной основы такого понятия и связана с нецелесообразностью или даже с невозможностью полных уточнений на данном уровне знаний» [Блехман И. И., Мышкис А. Д., Пановко Я. Г. Механика и прикладная математика. Логика и особенности приложений математики М.: Наука, 1982. с. 59].

11 П. Щедровицкий Педагогика свободы. Кентавр, 1993, 1, с.18

12 Мамардашвили М. Мысль в культуре. В кн.: Мераб Мамардашвили Сознание и цивилизация. М.:Логос, 2004, с. 42

13 Мамардашвили М. О гражданском обществе.. В кн.: Мераб Мамардашвили Сознание и цивилизация. М.:Логос, 2004, с. 71-72

иначе, дело не в структурных элементах, а в системообразующих связях между ними, создающих контекст психотерапии – ибо психотерапия суть система, не исчерпывающаяся ее структурными элементами, не сводимая к ним. И неудивительно, что показывает это не психотерапевт, а философ: психотерапия, прежде всего, – ипостась культуры. Схематически уплощая и упрощая, пространство психотерапии можно представить как пространство ромба, вписанного в квадрат с вершинами *Традиция, Религия, Философия, Наука*[14]. Психотерапия – не прикладная Традиция или Религия или Философия или Наука. Наследуя им, «снимая» их в себе, она им не тождественна. Она с полным правом может сказать: «Традиция – это я. Религия – это я, Философия – это я. Наука – это я. Но я не Традиция, не Религия, не Философия и не Наука». Редукция психотерапии к любому из ее источников выводит за границы психотерапии. Тут можно было бы повторить и расширить тезис А. Сосланда[15] о маргинальности психотерапии по отношению ко всему перечисленному, если бы не одна закономерность, связанная с ее развитием.

Вплоть до второй половины XIX в., когда проектность и научность начали драматически теснить традиции/каноны и мораль, человечество было подобно мольеровскому Журдену, которому еще только предстояло открытие того, что он говорит прозой. Начиная с повторяющихся обществ, жизнь была своего рода вышивкой по канве психорегуляции. То, что мы сегодня называем психотерапией и психологическими практиками, было до поры до времени органичной частью жизни, пронизывая все ее сферы и аспекты. Но это не было психотерапией в том смысле, в каком мы ее понимаем сегодня. Разумеется, мы вольны перетолковывать всю историю человечества в терминах психотерапии, что постоянно и делается, но я согласен с Т. Зазом: «Конечно, лучше или хуже, но люди всегда влияли друг на друга. С развитием современной психотерапии возникла сильная тенденция рассматривать все прошлые попытки этого типа через псевдомедицинские очки психиатрии и называть их психотерапией. Соответственно, и психиатры и обыватели сегодня верят в то, что магия, религия, лечение внушением, знахарство, молитва, животный магнетизм, электротерапия, гипноз, внушение и бесчисленное множество других человеческих действий *на самом деле* являются разными формами психотерапии. На мой взгляд, это не так. Я думаю, что вместо того, чтобы заявлять, что мы раскрыли истинную природу межличностного влияния и нашли для этого правильное название «психотерапия», **нашей задачей должно быть раскрытие и понимание того, как это понятие возникло и как оно сейчас функционирует** (выделено мной – В.К.)»[16]. Без этого разговоры о миссии психотерапии будут обречены на дурную бесконечность.

Понадобился тектонический культурный сдвиг Ренессанса и постренессансное развитие, приведшее к научной и промышленной революциям XIX в., чтобы психотерапия выделилась в отдельный цех. Была ли она просто чертиком, выскочившим из табакерки сциентизма? Никем специально не замысленная, она была необходимым и далеко не сразу осознанным ответом на ускорение темпа жизни, ее нарастающую секуляризацию и технологизацию, новизну, неопределенность. Бытийность отодвигалась на второй план событийностью, собственное смирение – усмирением природы, устремленность – стремительностью, свобода-ответственность – свободой-правом, Божий страх – страхами мирскими, да и вообще – Бога потеснило подсознание... Иллюстрацией могут служить литература и искусство конца XIX – начала XX веков, в которых Я начало выражать себя не через видение канонических фигур, а через самое себя. И здесь мне кажутся принципиально важными три момента, связанные с цивилизационным развитием.

Первый из них затронут П. Щедровицким применительно к педагогике: «...сама человеческая совокупная деятельность принципиально изменилась, изменились принципы ее функциональной организации, совершенно исчезла та фабрика и тот конвейер, которые были характерны для начала XX века. Людям все больше приходится управлять технологиями и строить коммуникацию друг с другом для достижения общей цели, а значит, прежде всего, им необходимо ориентироваться в **знаково-семиотическом и знаниевом** пространстве. <…> Усилия людей, работающих ...на «**антроподромах**» разного уровня сложности, сегодня направлены уже не на приобретение «знаний, умений и навыков», а на поиски быстрого и эффективного избавления от того, что он умеет и знает. <…> Свобода отдельного человека проявляется в том, что он «входит» в интеллектуально и культурно организованные машины мыследеятельности, занимает в них определенное функциональное место и, вместе с тем, опираясь на способность рефлексии и мышления, строит программу **освоения и преодоления деятельности.** Свобода отдельного человека заключается в освобождении от одних машин мыследеятельности для конструирования других машин мыследеятельности с их последующим освоением»[17]. Применительно к психотерапии можно сказать, что

14 Каган В. Е. Физика и метафизика психотерапии. Независим. Психиатрич. Журн., 1999, 2, с.52-57

15 А. Сосланд Фундаментальная структура психотерапевтического метода или как создать свою школу в психотерапии М.:Логос, 1999.

16 Szasz Th. The Myth of Psychotherapy. Syracuse Univ. Press, 1988, p. XVII-XVIII

17 Щедровицкий П. Педагогика свободы. Кентавр, 1993, 2, с. 18-24

человек сегодня живет в культуре изменений, а не канонов, Сама эта культура лишена прежних психорегулирующих традиций, помогавших совладать с изменениями. И если научная и промышленная революции XIX века, меняя жизненные уклады, уповали, естественно, на «научную психотерапию» с ее лабораторностью и медикализацией, то сегодня акценты все более смещаются от sciences к humanities.

Второй момент связан с нарастающей скоростью жизненных изменений, создающей поле чрезвычайных нагрузок на человека и меняющей характер межпоколенных, семейных, дружеских и других связей. Человек более свободен, чем в прежних довольно неспешных культурах, но и более изолирован, и одинок. Меняются и его отношения с миром – похоже, мы тем меньше понимаем мир, чем больше он благоустраивается и чем больше мы узнаем о нем. И. Эренбург в предисловии к книге «Люди, годы, жизнь» писал, что раньше люди ездили на перекладных и у них было время подумать, а теперь мы летаем на самолетах и думать нам некогда (самолеты, на которых летал он, выглядят перекладными в сравнении с сегодняшними и, тем более, завтрашними).

Третий момент определяется местом и характером информации в современном мире. Радио, телефон, телевидение, интернет сделали ее распространение почти мгновенной. Человек в этом смысле стал неизмеримо богаче, чем был. Но, вместе с тем, мы живем в бушующем океане информации – информационные потоки обладают не только созидательной, но и разрушительной силой не только в смысле стрессовой нагрузки, но и в смысле мировосприятия и ценностных ориентаций.

Эти и другие моменты являются гранями того, что Тоффлер назвал футурошоком: «...существует некий лимит изменений, который может вынести человеческий организм. При бесконечном увеличении изменений без соблюдения границ мы можем начать требовать от масс того, чего они не смогут вынести. Мы находимся под угрозой поставить их в такое положение, которое я называю шоком будущего. Мы можем определять шок будущего как стрессовую ситуацию, одновременно физическую и психологическую, которая возникает из-за перегрузки человеческого организма, его физической адаптивной системы и тех механизмов, которые ответственны за принятие решений... Футурошок является реакцией человеческого организма на перестимуляцию.»[18]. К сожалению, книга Тоффлера и ее обсуждение вниманием психотерапевтов не избалованы, хотя в них рассматриваются как раз те вызовы современности, которые помогают понять и определить миссию психотерапии.

Вернемся несколько назад. Встреча индивидуации, персонализации (вспомним, что понятие личности возникло лишь в XVII века) с неизменно сопровождающим цивилизационные перемены взрывом тревоги[19] породила спрос на медикализацию психологической помощи. Медицина уже могла ответить на него предложением – если говорить о психотерапии, а не о ее предтечах (культурных, религиозных, философских), то она кристаллизовалась в медицинской среде, вплоть до 1980 годов оставалась в России прерогативой медицины и, так или иначе, сохраняет выраженную ориентацию на симптомы и техники, аналогичную модели «симптомов-мишеней» в психиатрии.

Психотерапию нередко упрекают в том, что она представлена множеством закрытых сект со своими верованиями и адептами, своим «птичьим языком». Действительно, каждое из ее направлений формирует собственные теории, из которых, якобы, следуют методы, хотя при беспристрастном рассмотрении оказывается, что сами эти теории суть мифологии, строящиеся на индивидуальном восприятии и эмпирических находках. Адепты этих мифологий едва ли придут в восторг от моего утверждения. Для разрешения возникающих проблем можно использовать простой прием, которым я пользуюсь при обучении. Группа делится на подгруппы по теоретическим склонностям. Каждая подгруппа получает свою краткую «историю случая» с тем, чтобы потом представить группе интерпретацию и наметки плана работы. Фокус в том, что на самом деле все подгруппы получают одно и то же описание. Обсуждение выливается во множество открытий, как минимум, показывающих, что ни одна теория не хуже и не лучше других. После этого, если находится желающий «сыграть» пациента и желающий поработать с ним, разворачивается психотерапия на «горячей сцене», приносящая еще более удивительные открытия. Сторонник психоанализа вдруг действует как заправский поведенческий терапевт, яростный противник НЛП блестяще работает с субмодальностями, а гуманистический психолог говорит о необходимости назначения психотропных средств. Оказывается, не так важно, через двери какой теории ты входишь в пространство работы, как важно, **что** и, главное, **как** ты делаешь. «Мы говорим с тобой на разных языках, как всегда, - отозвался Воланд, - но вещи, о которых мы говорим, от этого не меняются» (М. Булгаков).

Реакция на экспансию медицинской модели психологии и психотерапии не заставила себя долго ждать. Своеобразным ответом одному из отцов научной психологии У. Джеймсу, предпочитавшему не говорить о душе, пока не ясно «прагматическое

18 Тоффлер А. Футурошок. СПб.: Лань, 1997, с.263

19 См. например, Лотман Ю. М. Технический прогресс как культурологическая проблема Труды по знаковым системамю XXII. Тарту, 1988, с. 97-116; Делюмо Ж. Ужасы на Западе (пер. с франц.) М.:Голос, 1994 – 416 с.

значение этого термина», были замечания Ф.М.Достоевского о психологии как «унижающем человека овеществлении его души»[20] и Л. Н. Толстого о том, что психология не отвечает на главный вопрос: «Что такое я с моими желаниями?»[21]. Попытки разрешения этого противоречия делались и с позиций научных моделей. О. Мандельштам в 1922 году писал, что «Чрезвычайно быстрое очеловечивание науки ... наталкивает нас на другой путь. Представления можно рассматривать не только как объективную данность сознания, но и как органы человека, совершенно так же точно, как печень, сердце»[22]. Поэтическая метафора? Но вот слова А. А. Ухтомского: «...органом может быть всякое временное сочетание сил, способное осуществить определенное достижение»[23] и их продолжение: «Психическая реальность ... выступила как система функциональных органов индивида, своего рода *духовный организм»*[24].

Гуманизация психотерапии, заявленная Г. Олпортом в 1930 г. термином *гуманистическая психология*, привела к появлению, по А. Маслоу, «третьей силы», сегодня представленной множеством школ и направлений, начиная от гуманистической, экзистенциальной, гештальт-терапии и заканчивая формирующейся транскультуральной, которую иногда называют «четвертой силой». В первом приближении «третью силу» в психотерапии, в отличие от медицинской модели, можно назвать моделью психологической. Связанной с ней «четвертой силе» рамки только психологического уже тесны – она смыкается с более глобальными аспектами человеческого бытия.

В самом общем виде можно говорить двух моделях психотерапии – медицинской и психологической[25] (см. таблицу). Первая складывалась, начиная с взаимодействия психологической лаборатории и психиатрической клиники, и, соответственно, действовала по их законам и правилам. Согласно ей психотерапия – прерогатива исключительно врача. Меня это всегда удивляло, потому что за исключением последнего времени, когда психология и психотерапия, так или иначе, появились в программах медицинских институтов, все обучение психотерапии ограничивалось сентенциями о необходимости лечить больного, а не болезнь, да небольшой возможностью пройти короткий цикл усовершенствования по психотерапии в пределах прокрустова ложа идеологии. С другой стороны, до 1966 года в стране не было обучения психологии, так что на место врача и претендовать было некому. Корневая система второй гораздо более разветвлена – традиционные целительства, философия, литература, педагогика и др., не исключая и медицину. Психотерапевт в ней – врач или психолог, прошедший обучение в рамках той или иной психотерапевтической парадигмы. Она создавалась и создается, прежде всего, врачами (З. Фрейд, В. Франкл, Ф. Перлз, Я. Морено, М. Эриксон, И. Ялом, В. Глассер, в России – С. Либих, М. Решетников, А. Алексейчик и мн. др.), осознавшими ограниченность медицинской модели и правила «Не психологизируй».

По мнению В. Д. Менделевича: «Одним из основных критериев дифференциации психотерапевтической и психологической деятельности ... следует считать использование первой измененных состояний сознания. Можно предполагать, что именно данный параметр следует положить в основу разграничения двух ветвей психотерапии, поскольку он носит сугубо медицинский характер, и для оказания подобного психологического воздействия медицинское (врачебное) образование и умения являются обязательными»[26]. Не возвращаясь к вопросу о том, что именно в медицинском образовании и что из вырабатываемых у будущего врача умений готовит его к работе с измененными состояниями сознания, замечу, что **никакая** психотерапия **ни в чьем исполнении** невозможна без изменений состояния сознания. Т. Крон[27] говорит о «моменте диалога» в психотерапии, которым мы не можем управлять, в котором целительное изменение происходит само собой – мы может только помогать пациенту приблизиться к этому моменту. Это момент транса. Внимательный психотерапевт, будь он психологом или врачом, четко различает дорогу к трансу и сам транс. Существующая обширная литература по измененным состояниям сознания убедительно показывает невозможность их сведения только к медицинским характеристикам, снимая тем самым предлагаемый критерий разграничения компетенции врача и психолога.

---

20 Цит. по: Бахтин М. М. Проблемы творчества Достоевского. М.:Алконост, 1994 – 172 с.

21 Толстой Л. Н. Собр.соч., т.20, М.:ХЛ, 1984

22 Цитируемая выписка хранится в моем архиве, к сожалению, без точной ссылки – В.К.

23 Ухтомский А., Васильев Л., Виноградов М. Учение о парабиозе М., 1927

24 Велихов Е., Зинченко В., Лекторский В. Сознание как предмет изучения Обществ.науки, 1988, 1, с. 85-103

25 Каган В. Е. Трансметодическая психотерапия. Независим. Психиатр. Журнал, 1996, 3, с. 39-43; Transmethodological Psychotherapy. In: Humanistic Psychology Towards the XXI Century. Vilnius, 1997, p.p. 44-48; Psychology and Psychotherapy: Humanization and Integration. J. of Russian and East European Psychology, 1998, 1, p.p. 5-17; Бадхен А. А., Каган В. Е. Новая психология и духовное измерение. СПб:Гармония, 1995 – 120 с.

26 Менделевич В. Д. Психотерапия на грани иррационализма. Проф. Психотер. Газета, 2005, 4(31)

27 Крон Т. Исцеление через общение. Вестник РАТЭПП, 1992, 2, с.29

Медицинская и психологическая модели психотерапии

Характеристики	Медицинская психотерапия	Психологическая психотерапия
Методология	Поиск причин, механизмов нарушений.	Описание явлений и закономерностей.
Соотношение теории и практики	От науки, эксперимента — к практике, прикладная психология.	Опыт как основа, психологическая практика.
Этика	Отправляется от биологических, коллективистских, социальных норм и представлений о центральном месте человека в мире.	Отправляется от индивидуальности, уникальности человека и представлений о нем как о части экологической системы.
Картина мира	Объективная.	Субъективная.
Мышление	Аналитическое, дедуктивное.	Синтетическое, индуктивное.
Понимание человека	Совокупность органов и систем, специализированных по их функциям. Основная задача — приспособление.	Целостная и неделимая развивающаяся система. Основная задача — совладание.
Обращение	К нарушениям и болезням с точки зрения объективной науки.	К человеку и его потенциям с точки зрения бытия, значений и смыслов.
Диагностика	Выявление симптомов и болезней, основанное на научных данных, эксперименте, статистике.	Прояснение актуального состояния и проблемы, основанное на индивидуальном опыте.
Диагноз	Психиатрический.	Психологический.
Цели помощи	Ликвидация симптомов и возврат к норме	Разрешение проблем, личностный рост и развитие, качество жизни
Вектор времени	Обращение к прошлому для возврата к норме.	Здесь-и-теперь — обращение к тому, как прошлое и будущее представлены в настоящем.
Позиция терапевта	Вооруженный знаниями, изучающий и воздействующий, проводник научных методов, дистанцированный от своих и пациента субъективных переживаний, расспрашивающий и оценивающий, ответственный за результат, руководитель.	Сопереживающий, взаимодействующий, работающий с собой, принимающий пациента таким-какой-он-есть, паритетный партнер, слушающий, ответственный за процесс, партнер.
Позиция пациента	Больной, подчиняющийся, получающий.	Клиент, сотрудничающий, создающий.
Фокус отношений	На болезни, методиках, результате.	На ресурсах, взаимодействии, процессе.
Направленность методик	На достижение результата, ликвидацию симптома/болезни.	На обеспечение и развитие процесса, помогающего совладанию и преодолению.
Окончание терапии	Определяется терапевтом по критериям достижения результата.	Определяется клиентом.
Критерии эффективности	Объективная оценка степени восстановления здоровья.	Удовлетворенность достигнутым качеством жизни.

Ни одна модель не лучше и не хуже другой. Они представляют собой полюса континуума, в котором психотерапия и психотерапевт ищут свое место, а возможность варьировать это место в соответствии со здесь-и-сейчас происходящей работой (индивидуальность пациента/клиента, задачи, формат/дизайн работы и проч.) решающим образом определяет терапевтический диапазон специалиста.

Очень емко претензии медицинского подхода выразил В. Д. Менделевич: «...психотерапия, к сожалению, находится на грани иррационализма и не делает никаких попыток для того, чтобы избавиться от этого «наследия прошлого». Подавляющее большинство психотерапевтических методик не хочет быть подвергнуто серьезному научному анализу и не желает действовать на основании законов научного мировоззрения. <…> Представители современной психотерапии мало делают для того, чтобы искоренить мифологию из своей деятельности и встать наравне с другими родственными дисциплинами на научное основание <…> миссия современной российской психотерапии может состоять, во-первых, в том, чтобы стать подлинно научной дисциплиной» [28].

Я бы не стал смешивать признание невозможности редукции *психического* к доступному для анализа объективной наукой с иррационализмом. Это так даже в физике: «Когда мы объясним все, останется некий метафизический остаток, который на самом деле все и объясняет» (Г. И. Будкер). По точному замечанию Ж. Дюамеля, «Допустить в принципе, что разум не в состоянии всего объяснить, значит заранее сложить оружие, отступить перед химерой. Но утверждать, будто разум может все объяснить, значит насаждать от избытка самомнения новое заблуждение, новую разновидность невежества и варварства». Это тем более так в психотерапии: «Тайна объемлет знание, содержит знание. Тайна – бесконечна; знание – конечно. С ростом знания тайна делается еще больше. Тайна является скрытым смыслом, вечно ждущим, пока его обнаружат. Она всегда больше, чем наше знание. <…> От психотерапевтов, конечно, требуется знание, но они должны быть скромны в его оценке. Давайте прямо признаем: наше знание никогда не является достаточным. С той скоростью, с которой мы познаем, с той самой скоростью, с которой мы получаем знание, увеличивается то, что нам предстоит познавать. Притворяться перед клиентом, будто мы знаем, что ему нужно, значит отрицать тайну и предавать клиента. В действительности, проводимая терапия должна помочь встретить и принять тайну, которую клиент несет в себе и которой он окружен. <…> Этот психотерапевт скрыто или явно передает клиенту такой взгляд на мир, при котором все может и должно быть понято и поставлено под контроль. Подобная терапия рождает в клиенте ожидания, впоследствии неизбежно приводящие его к разочарованию. И это разочарование будет воспринято клиентом, как жизненная неудача, как провал, что, в свою очередь, повлечет за собой усиление критического отношения к себе, депрессию и отчуждение от своих природных способностей и талантов»[29].

У меня вызывает большие сомнения тезис о необходимости подвергать психотерапевтические методики «серьезному научному анализу» – по крайней мере, до тех пор, пока этот анализ связывается с «научным мировоззрением», на основании которого, якобы, не желают действовать психотерапевтические методики, и пока точно не определено, что должен представлять собой «серьезный научный анализ», которому они, якобы, не хотят подвергаться. Если речь идет об объективации следующих из теории результатов, то пальма первенства, безусловно, принадлежит бихевиоральной терапии. Но можем ли мы на этой основе «научно анализировать» когнитивную, психодинамическую, экзистенциальную терапии или, наоборот, на основе любой из них – терапию бихевиоральную? На основе какого именно мировоззрения можно построить единую, всеобщую научную теорию и некий единый подход к научному анализу психотерапии? Если понимать под наукой science, то миссия психотерапии состоит, в числе прочего, в том, чтобы избежать вырождения в «подлинно научную дисциплину». «Искоренить мифологию» из психотерапии, во-первых, если быть последовательными, предполагает искоренение из нее и медицинской мифологии, а во-вторых, означало бы искоренение самой психотерапии (см. выше: Т. Заз и Р. Д. Тукаев).

Возможно, выход из ситуации в том, чтобы для снятия цеховых разногласий сохранить название психотерапии только за ее сугубо медицинскими аспектами, обозначив остальное как психологические практики, разграничив таким образом их миссии. Что-то подобное, собственно, и происходит сегодня, когда мы пытаемся говорить о психотерапии медицинской и немедицинской. Но на деле это не снимает существующих противоречий, не отменяет необходимости поиска оптимального сочетания медицинской и немедицинской моделей и вводит в заблуждение. Поясню сказанное одним из множества примеров из собственной практики:

Девочку 11 лет приводит на прием мать из-за недержания мочи и кала, которое саму девочку не только не тревожит, но, кажется, и нравится ей –

28 Менделевич В. Д. Психотерапия на грани иррационализма. Проф. Психотер. Газета, 2005, 4(31)

29 Бьюдженталь Дж. В поисках свободного бога. В кн.: А. Бадхен, В. Каган Новая психология и духовное измерение. СПб: Гармония, 1995, с. 106-110

она размазывает кал по стенке около подушки и т.д. Картина впечатляющая! Только что вышедший из лона «большой психиатрии» - я набрасываюсь на симптомы и делаю все, что могу. Пока однажды не замечаю, что девчонка соревнуется со мной и побеждает. Каждый раз она приходит на прием, разве что не торжествуя открыто: «Ну что?! Взяли вы меня?!». Уловив это, на очередном приеме в ответ на жалобы матери, что, мол, все также, если не хуже, и победный взгляд девочки, говорю матери: «Знаете, я был неправ. Ваша дочь достаточно выросла и достаточно разумна, чтобы самой определять, что ей нравится, а что нет. Какое я имею право отнимать у нее то, что ей нравится, и мучить ее? Нравится – пусть делает» и прощаюсь. Мать онемела от возмущения, подхватила дочь и выскочила из кабинета, а через несколько недель позвонила и рассказала: «Я была страшно зла на вас, на дочь, на себя – что не добилась продолжения лечения; мы молча прошли коридор второго этажа, спустились на первый, дошли до гардероба, оделись и вышли на крыльцо – все в гробовом молчании; на улице она вдруг сказала: «Он что – совсем дурак, что ли?!» - и все, с тех пор она суха и чиста».

Это было на заре моей психотерапевтической работы и случилось не как воплощение терапевтического замысла, но как давший урок акт отчаяния (иногда растерянность мобилизует). При желании, хотя и с некоторыми натяжками, можно ассоциировать случившееся с техниками предписания симптома, парадоксальной интенции и т.д. Однако техники вне терапевтического контекста и диалога не работают. Мы можем подбираться к переживаниям/смыслам пациента в ходе клинической работы, с помощью интерпретаций или тестов, но в конечном итоге должны принять, что «Смысл должен быть соизмерим с моей судьбой. Объективированный смысл лишен для меня всякого смысла. Смысл может быть лишь в субъективности, в объектности есть лишь издевательство над смыслом»[30]. Моя задача как терапевта состоит не в том, чтобы проникнуть в смыслы пациента и причины их возникновения, а в том, чтобы создать условия, в которых пациент имеет возможность прожить и пережить эти смыслы сам полнее и иначе, изменить их так, чтобы, в одних случаях, они перестали порождать или поддерживать симптомы, а в других приводили к оптимизации копинг-стратегий и поддержанию качества жизни при сохраняющихся симптомах. Что девочка и сделала, оказавшись перед лицом собственных смыслов, при прекращении «терапевтического покушения» на них и подчеркнутых ее праве и свободе делать собственные выборы.

Даже фокусируясь на симптоме-мишени, психотерапия возможна и имеет шанс быть успешной лишь тогда, когда *носитель симптома*[31] переживает симптом как нечто нежелательное, когда в симптоме концентрируется и через него заявляет о себе нечто собственно к болезни не относящееся. Человека приводит за помощью не сам симптом (в противном случае никаких психотерапевтов не хватило бы на обслуживание людей с симптоматикой невротического регистра, которых, по данным серьезных эпидемиологических исследований, 70-80% популяции), а его *пере*-живание и связанные с ним переживания[32], тот смысл, который человек симптому придает, причем в значительной своей части – смысл *не*-сказуемый, *не*-вербализуемый, *не*-осознанный и, как правило, расщепленный, внутренне конфликтный. А психотерапевт, стало быть, фокусом своей работы имеет не сам по себе симптом, а его переживание. Другое дело, какое место отводится этому в рефлексии специалистом собственной деятельности, что он воспринимает как фигуру и что как фон в гештальте своей работы. Можно, конечно, изучать «внеличностные механизмы психотерапии», но внеличностная психотерапия не есть психотерапия.

Не станем подробно анализировать и упреки психотерапии в присвоении неприсущего ей: «Непонятно, почему нужно использовать научный термин (арттерапия, танцетерапия, ландшафтотерапия, библиотерапия и пр.) взамен обычного слова (чтение книг, созерцание природы или картин)»[33] – не станем потому, что сравнивать рисование и рассматривание картин с арттерапией, чтение книг – с библиотерапией, танцплощадку – с танцетерапией, любование пейзажем – с ландшафтотерапией, слушание музыки или наигрывание мелодии – с музыкотерапией и т.д. это то же самое, что сравнивать разговор за чашкой чая или рюмкой водки – с психотерапией. Дело не в том, что там и там совершаются внешне похожие действия, а в том, что та или иная деятельность направленно используется в качестве контекстообразующего поля психотерапии и обладает своими, отличными от других деятельностей творческими ресурсами.

Часто предлагают разграничить сферы действия психотерапии, психологического консультирования и психологической коррекции, сопоставляя

30 Бердяев Н. А. Самопознание. М,: ДЭМ, 1990, с. 177-184

31 *Носитель мозга, носитель черт характера* – частые термины для обозначения человека в объективистски ориентированных науках. – В.К.

32 Переживание и *пере*-живание в том смысле, в каком их определяет и анализирует Ф. Е. Василюк в «Психологии переживания» (М.: МГУ, 1984) – первой и, на мой взгляд, остающейся недостаточно оцененной отечественной книге, посвященной психологии как *психологической практике* и тем пластам российской психологии, которые тесно смыкаются с экзистенциально-гуманистической психологией – В.К.

33 Менделевич В. Д. Психотерапия на грани иррационализма. Проф. Психотер. Газета, 2005, 4(31)

консультирование с первичной, коррекцию – вторичной и терапию – третичной профилактикой психических расстройств. Против это также трудно возражать, как трудно принять это в качестве руководства к действию. Доводя идею такого разграничения до логического конца, получаем трех разных специалистов – терапевта, консультанта и корректора – пользующих (и в смысле оказания помощи, и в финансовом смысле) одного и того же человека (это уже есть в медицине, чрезвычайно озабоченной тем, что она «потеряла человека»). При определенном наборе технико-методических различий между ними, речь идет об использовании достаточно общей для них методологии применительно к разным ситуациям и тактическим задачам, но не о трех отдельно-самостоятельных деятельностях.

Обвинение психотерапии в миссионерстве не кажется мне обоснованным. Странно рассуждать о развитии психотерапии, исключая при этом экспансию как свойство жизни. Психотерапия в ее нынешнем понимании возникла как предложение в ответ на социокультурный запрос. Но, возникнув, она – как и всякая другая область деятельности – не может не формировать спрос. Логика, в пределах которой формирование спроса на медицину называется просвещением, а на психотерапию – миссионерством, есть логика пристрастной субъективности, двойного стандарта, точно схваченного Дж.Гудселл: «...Я обожаю живой обмен мнениями. Ты любишь спорить. Она всем навязывает свои взгляды. Я деловой человек. Ты ловкач. Он просто жулик...». Обвиняя психотерапию и психологические практики в миссионерстве, мы почему-то не говорим о миссионерстве психиатрии, «подсадившей» на хронический прием психотропных средств сотни миллионов людей и всерьез работающей над идеей вживления микрочипов для контроля психического состояния человека. В любой области деятельности есть склонные расшибать лбы при молитве люди и неизбежные издержки развития и прогресса, с которыми приходится совладать – в психотерапии их не больше, чем в химии, языкознании или психиатрии.

Думая о том, что такое психотерапия и какова ее миссия, я всегда вспоминаю два высказывания: «Хотите верьте, хотите нет, но средний человек нашего времени использует в жизни максимум 5-15% своего потенциала. Человека, которому доступны даже 25% его потенциала, можно уже назвать гением»[34] и «Психотерапия – это процесс борьбы двух людей с проблемой бытия в этом мире и в это время»[35]. В обобщенном виде психотерапию хорошо описывает определение: «...это, с одной стороны, мировоззрение и практическая философия жизни, с другой стороны – система практических психологических приемов и технологий достижения поставленных целей»[36]. **Миссия психотерапии,** на мой взгляд, **состоит в ответе на вызовы жизни/времени и помощи обратившимся за ней в принятии вызовов жизни/времени и реализации своего потенциала в ответе на них таким образом, чтобы поддерживать качество жизни и, в широком смысле, здоровья, способность развиваться и быть готовыми принимать новые вызовы и совладать с ними.** Следовать этой миссии психотерапия может настолько и так, насколько и как понимает себя. Это то общее, что определяет весь спектр психологических практик, реализуясь в конкретике целей, задач и средств, определяемой каждой из них – от медицинской психотерапии через психотерапию немедицинскую до организационного консультирования и PR-психологии. Задача состоит не в размежевании с отнесением объединения в область горизонтов светлого будущего, а в поиске и поддержке того, что нас объединяет здесь и сейчас.

Закончить хочу одной притчей: «Однажды равви Пинхас процитировал такие слова: «Душа человека научит его». Объясняя их, он сказал: «Нет такого человека, которого бы непрерывно не учила его душа». Один из учеников спросил равви: «Если это так, то почему люди не слушаются своих душ?». «Душа учит постоянно, - продолжал равви Пинхас, - но никогда не повторяется»[37].

34 Perls F. Gestalt Therapy Verbatim. Real People Press, 1969, p. 29
35 В кн.: Зейг Д., Мьюниен М. (Ред.) Психотерапия – что это? М.: Класс, 2000.
36 Макаров В. В. Миссия психотерапии: сегодня и завтра. Проф. Психотер. Газета, 2005, 3(30)
37 Бубер М. Хасидские предания. М.: Республика, 1977, с.123

ТЕТУРАМОВЫЙ ПСИХОЗ

Г. Т. Бектаева, К. С. Туракулова г. Астана

С 1947 года по настоящее время тетурам (антабус, дисульфирам) прочно вошел в наркологическую практику как один из наиболее эффективных средств для создания так называемого «химического барьера» против алкоголя. По химическому строению тетурам является тетраэтилтиурамдисульфидом, который задерживает окисление алкоголя в организме на фазе ацетальдегида, блокируя фермент ацетальдегидроксидазу, способствуя переходу ацетальдегида в уксусную кислоту. Поэтому прием алкоголя на фоне действия тетурама ведет к увеличению концентрации ацетальдегида в крови, что проявляется острой токсической реакцией. В ходе применения тетурама, как одного из сенсибилизирующих средств к алкоголю, также возникали различного рода побочные явления, среди которых наиболее серьезным осложнением является тетурамовый психоз. Данное состояние возникает при применении больших доз тетурама (до 1 г тетурама в течение 2 недель). Естественно, в первые годы применения тетурама широко распространилось мнение, что без сочетания с алкоголем, сам тетурам безвреден. Но практика показала обратное. В связи с этим, с 1950 года как отечественными, так и зарубежными специалистами, когда антабусные психозы чаще возникали при проведении антабусно-алкогольных проб, были изучены особенности возникновения, клинико-психопатологические изменения и течение тетурамовых психозов.

Этиологическим фактором, способствующим развитию тетурамовых психозов, кроме передозировки тетурамом, по мнению многих исследователей, являются также сердечно-сосудистые нарушения, наличие в анамнезе черепно-мозговой травмы с потерей сознания и алкогольный психоз.

Э. Я. Куперман (1968) считает, что присутствие даже небольших доз алкоголя вносит своеобразие в клинику антабусных психозов. Для чисто тетурамовых психозов, по его мнению, свойственны аментивные и астено-депрессивные картины. Острое начало и быстрый выход характерны для тетурам-алкогольных, а постепенное начало и затяжное течение – для «чистых» тетурамовых психозов.

По мнению В. С. Андреева (1959 г) и Б. В. Соколовой (1961 г) тетурамовые психозы имеют яркие, острые психопатологические проявления, среди которых отмечались депрессивно-параноидные, острые бредовые, а также маниакальные состояния. Психозы развиваются на фоне астении и интоксикации. По их мнению, тетурам также способен провоцировать обострение шизофрении и МДП.

Клиническая картина тетурамовых психозов весьма полиморфна. По литературным данным (Зальцман Г. И., Попова Л. П.) выделены следующие наиболее часто встречающиеся клинические варианты тетурамовых психозов:

- аментивно-ступидный;
- вариант с фрагментарными галлюцинаторными и бредовыми расстройствами;
- делириозно-онейроидный;
- острый бредовый;
- аффективный.

Но в последние годы в наркологической практике данный вид психоза встречается редко, что, по-видимому, связано с отсутствием наблюдений и четких диагностических критериев. Так, например, за последние 2 года специалистами Центра медико-социальной реабилитации г. Астаны удалось наблюдать три клинических случая тетурамового психоза, когда больные либо самостоятельно, либо по рекомендации неопытных специалистов принимали в домашних условиях большие дозы тетурама. В 2 случаях прослеживалась клиническая картина варианта с фрагментарными галлюцинаторными и бредовыми расстройствами. В одном случае психоз был спровоцирован приемом незначительного количества алкоголя, что явилось причиной развития тетурам-алкогольного психоза.

Для иллюстрации особенностей клинической картины и динамики тетурамового психоза приводим короткую выписку из истории болезни.

Б-й Н., 40 лет, поступает впервые, в сопровождении сестры. Ранее у наркологов и психиатров не наблюдался. Наследственность не отягощена. Из анамнеза известно, что злоупотребляет алкоголем в течение 7 лет. Форма употребления алкоголя по типу перемежающегося пьянства. Сформирован алкогольный абстинентный синдром, характеризующийся астено-вегетативными, соматоневрологическими расстройствами. Последнее употребление алкоголя 1,5 месяц назад. Месяц назад, до госпитализации, лечился у частного нарколога по методу «кодирования». После чего в течение 2 недель принимал препарат эспераль по 1 таблетке 3 раза в день. Употребление каких-либо других психоактивных веществ отрицает.

Со слов сестры, за последние 3-4 дня брат очень изменился: стал замкнутым, молчаливым, ночью периодически просыпается, разговаривает сам собой, с мнимым собеседником. Ищет что-то под кроватью, временами прислушивается к

чему-то, стал подозрительным. В связи с чем обратилась за медицинской помощью.

Соматический статус при поступлении: жалоб самостоятельно не предъявлял. Удовлетворительного питания, кожные покровы обычной окраски. В легких жестковатое дыхание. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, учащен до 124 уд. в мин. АД 130/90 мм. Живот мягкий при пальпации без болезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1- 1,5 см.

Неврологический статус: ЧМИ не нарушена. Зрачки П=Л, Горизонтальный нистагм в обе стороны. В позе Ромберга устойчив. Сухожильные рефлексы с рук с легкой диссоциацией. Слабо положительный симптом М- Радовичи с 2 сторон. Сила мышц не изменена. Отеков нет.

Психическое состояние больного при поступлении: настроение подавленное, выражение лица недоуменно растерянное, взгляд застывший. На заданные вопросы отвечает с неохотой, односложно, после длительной паузы. Речь тихая, монотонная. Но правильно оценивает цель госпитализации, согласен с тем, что ему нужна помощь. В поведении вял, адинамичен. Ориентировка в месте нахождения и в собственной личности сохранена, но дезориентирован во времени. В ходе беседы выяснилось, что в течение 3 дней слышит голоса родственников, упрекающие его в том, что он пьянствует. Чаще слышит голос сына за закрытой дверью. Видит незнакомых людей, которые его преследуют, фотографируют, подают «особые» знаки. Были ощущения, что встречает людей, которые кажутся ему знакомыми, хотя знает что с ними никогда не общался. Просит помочь ему. Временами к чему-то прислушивается, озирается. Пожаловался на слабость, отсутствие интереса к жизни.

Было назначено соответствующее лечение: дезинтоксикационное, общеукрепляющее, витаминотерапия, антидепрессанты в сочетании с нейролептиками, малые транквилизаторы, ноотропы.

В отделение больной малообщителен, больше времени проводил в постели. Отказывался от еды в течение 2 дней, закрывался в служебном помещении. Ночью периодически вставал, бродил по коридору. На 7 сутки на фоне проводимой терапии состояние больного улучшилось, имело место редуцирование острой психосимптоматики с постепенным восстановлением четкости ориентировки, но сохранялся выраженный астено-депрессивный синдром, который характеризовался пониженным фоном настроения с оттенком раздражительности, малой идеаторной и моторной заторможенностью, общей слабостью, отсутствием аппетита, нарушением сна.

Тетурамовые психозы имеют три основные стадии развития, свойственные вообще острым экзогенным психозам. Это стадии продрома, кульминации психоза и выхода из него. Но в наших клинических случаях все пациенты обратились лишь в кульминационных стадиях психоза.

Таким образом, особенностью течения данного клинического случая психоза являлось то, что и острая психопатологическая симптоматика и выход из психоза протекал на фоне астено-депрессивного синдрома, который приобрел характер осевого синдрома. С появлением рудиментарных позитивных симптомов в виде галлюцинации и бреда изменилось поведение больного, которое определялось содержанием галлюцинаторных и бредовых переживаний (что-то искал под кроватью, разговаривал сам собой, прислушивался, стал подозрительным и т.д.). Галлюцинации возникали обычно вечером, перед сном. Преобладали истинные слуховые и зрительные галлюцинации. Но в отличие от классического алкогольного психоза они не сопровождались выраженным аффектом страха. Содержание бредовых идей сводилось к той или иной форме преследования, которые отражались на поведение и настроение больного, вызывая настороженность, подозрительность.

Литература:

1. *Алкоголизм (руководство для врачей). Под ред. Морозова Г. В., Рожнова В. Е., Бабаяна Э. А. - М.: «Медицина», 1983*
2. *Г. И.Зальцман, Л. П.Попова Тетурамовые психозы. - Алма-Ата, 1983*
3. *Справочник психиатрии под редакции А. В.Снежневского. – М, 1985*

О СЛУЧАЕ НЕЙРОСИФИЛИСА У АКЦЕНТУИРОВАННОЙ ЛИЧНОСТИ

Е. К. Данияров, В. И. Шушкевич, Г. З. Уразгалиева,
М. Т. Касимова, Г. М. Кирьякова

Актуальность проблемы терапии нейросифилиса у акцентуированных в личности (в част., возбудимых) личностей, имеющих эпилептоидную тяжеловесность, послужило основой в написании статьи.

Нами наблюдался Григорий К., 1955 г. рождения.

Из анамнеза: в школе дважды оставался на второй год, впрочем, не столько из-за недостатка способностей, сколько из-за нежелания заниматься (часто пропускал занятия). К. женился в 22 года, но к тому времени у него уже был внебрачный ребёнок. Через 1,5 года он развелся (жена постоянно устраивала сцены ревности, и он её избивал). От этого брака тоже был ребенок. Алименты выплачивались детям нерегулярно. К. отличался повышенной сексуальной возбудимостью. Состоя в браке, он по нескольку раз в день требовал у жены совершения полового акта. Объекты его вожделений часто менялись. Бывшие его любовницы утверждали, что он груб и склонен к насильственным действиям. Если, например, женщина отказывалась от совершения полового акта, он жестоко её избивал.

В работе (после окончания ПТУ работал газосварщиком) К. показывал себя с хорошей стороны. Если, однако, что-либо ему было не по вкусу, то он попросту оставлял рабочее место и уходил. Кроме того, в рабочее время он часто болтал всякий вздор, любил смешить товарищей. С домашними животными обращался заботливо, но, разозлившись, жестоко их избивал. Предметы домашнего обихода в припадке злости швырял куда попало. Если товарищи, разыскав К., просили его вернуться на рабочее место, это вызвало потоки нецензурной брани. Несколько раз менял место работы.

К врачам изредка обращался по поводу обострения поясничного остеохондроза после физических перегрузок (1996 г.), гриппа (1999 г.), и лишь в 2001 г. обратился вновь по поводу слабости в нижних конечностях, когда ему было 45 лет, а при до обследовании на сифилис, реакция Вассермана – четыре креста (!) (1:80).

Когда с ним говорили о его беспорядочной половой жизни, он реагировал очень бурно, заявляя, что это не имеет отношения к заболеванию. Но злость скоро проходила, и тогда он становился весел, смеялся, шутил. Тест на продуктивность нам не удалось провести, так как К. с ироническими замечаниями отказался. Отмечено снижение интеллекта. По физическому развитию К. крупный, грубовато сколоченный мужчина с очень грубыми чертами лица.

В 2001 г. находился на лечении в неврологическом отделении городской больницы, куда поступил с жалобами на отсутствие движений в ногах, боли в области копчика. За 2 недели до поступления в стационар вначале появились боли в ногах, затем, резкое снижение активных движений в нижних конечностях.

При неврологическом обследовании отмечено анизокория, ослабление реакции зрачков на свет при сохранности её на аккомодацию (симптом Аргайла - Робертсона), холодовая гиперестезия в области спины, болевая гипестезия в области груди (зоны Гицига). Пальпаторно и перкуторно-болезненность в области копчика, выпадение коленных и ахилловых рефлексов, резко торпидные сухожильные рефлексы с верхних конечностей. Мышечная сила в нижних конечностях 0 баллов. Отмечено также отсутствие нижних брюшных рефлексов. Со стороны желудочно-кишечного тракта - склонность к запорам, со стороны мочеполовой системы – трудности при мочеиспускании. Специфичность заболевания подтверждена. Неоднократно, при проведении реакции Вассермана, – четыре плюса (в разведении 1:80), реакции иммобилизации бледных трепонем (РИБТ) – 90% иммобилизации. Отмечен патологический ликвор (реакция Ланге дала паралитический тип кривой - 6665433210).

При обследовании в диагностическом центре (отделении МРТ) г. Челябинска выявлено дегенеративно-дистрофическое поражение грудного отдела позвоночника. Проводилось комплексное специфическое лечение. Больной неоднократно нарушал больничный режим (совместно с ухаживающей за ним сожительницей распивал спиртные напитки).

При освидетельствовании областной ВТЭК был признан инвалидом 1 группы.

Характерно, что у пациента на фоне жалоб невротического характера (головные боли, быстрая утомляемость, раздражительность) отмечено появление симптомов с довольно грубыми признаками органического снижения личности с утратой нравственных установок и навыков, стыдливости и иных тонких эмоции.

В неврологическом плане отмечена положительная динамика: стал передвигаться в пределах квартиры с помощью опоры (на фоне активно проводимой восстановительной терапии, ЛФК, массажа и др.).

Таким образом, вышеописанный случай, полностью подтверждает необходимость дообследования на предмет наличия сифилитической инфекции (проведенная реакция Вассермана и др.) всех лиц, поступающих в лечебные учреждения, особенно имеющих возбудимые черты акцентуации (лиц из т.н. «групп риска»).

Литература:

1. *Карл Леонгард Акцентуированные личности. Под редакцией В. М. Блейхера. - 2-е издание, Киев, 1989*
2. *Клиническая психиатрия (под ред. профессора Н. Е. Бачерикова). – Киев, 1989*
3. *Скрипкин Ю. К. Кожные и венерические болезни. – М., 1980*
4. *Мельничук П. В. Болезни нервной системы. – Т. 1: Изд. «Медицина». - М, 1982*
5. *Акимов Г. А., Одинак М. М. Дифференциальная диагностика нервной болезни. - Изд. «Гиппократ». – СПб, 2000*

ПРИМЕНЕНИЕ СТ. 98, 108 УК РК – «УБИЙСТВО, СОВЕРШЕННОЕ В СОСТОЯНИИ АФФЕКТА» И «ПРИЧИНЕНИЕ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ В СОСТОЯНИИ АФФЕКТА»

Г. М. Кудьярова, А. Ж. Кудайбергенова

Согласно ст. 98 УК РК – Убийство, совершенное в состоянии внезапно возникшего сильного душевного волнения (аффекта), вызванного насилием, издевательством или тяжким оскорблением либо иными противозаконными или аморальными действиями (бездействием) потерпевшего, а равно длительной психотравмирующей ситуацией, возникшей в связи с систематическим противоправным или аморальным поведением потерпевшего, - наказывается ограничением свободы на срок до трех лет, или арестом на срок до шести месяцев, или лишением свободы на срок до трех лет.

Этот вид убийства отнесен к убийству при смягчающих обстоятельствах, что обусловлено особым эмоциональным состоянием виновного – сильным душевным волнением, которое в судебной психиатрии и психологии называется физиологическим аффектом. От физиологического аффекта надо отличать патологический аффект, при котором уголовная ответственность и наказуемость исключаются. Аффектами признаются чрезвычайно сильные, быстро возникающие и бурно протекающие кратковременные эмоциональные состояния. Лица, совершающие в таком состоянии те или иные действия, признаются вменяемыми (в отличие от патологического аффекта), поскольку у них не наблюдается глубокого помрачения сознания, сохраняется возможность действовать в известном соответствии с поводом, вызвавшим аффективную реакцию. Характеризируя объективную сторону такого убийства, важно установить, что аффект был вызван насилием, издевательством или тяжким оскорблением, иными противозаконными или аморальными действиями (бездействиями) потерпевшего, либо длительной психотравмирующей ситуацией, возникшей в связи с систематическим противоправным или аморальным поведением потерпевшего. Насилие – физическое воздействие на человека с помощью мускульной силы, либо посредством орудий или процессов, способных причинить боль, телесные повреждения. Оно может выражаться в психическом давлении на виновного. Издевательство и тяжкое оскорбление – это такие действия, которые связаны с глубоким, в исключительной степени унижением чести и достоинства личности, являющиеся по своей форме чрезвычайно грубыми и циничными. При этом издевательство может носить длительный, продолжительный характер. Длительная психотравмирующаяся ситуация возникает как следствие неоднократных противоправных действий потерпевшего, последнее из которых явилось причиной сильного душевного волнения. Данный признак тесно связан с предыдущим – противозаконными или аморальными действиями потерпевшего. Это может быть, например, убийство женщиной мужа, длительно злоупотреблявшим алкоголем и создавшим невыносимые условия для проживания в семье, или супружеская измена в течение длительного времени. Для квалификации по ст. 98 УК РК необходимо, чтобы душевное волнение возникло внезапно, т.е. намерение на совершение преступления должно возникнуть как непосредственная реакция на неправомерные действия потерпевшего. Характерным для убийства является не только внезапность возникновения, но и немедленное приведение в исполнение умысла на преступные действия. Не должно быть разрыва во времени между возникновением аффекта и ответной реакцией виновного. Длительность аффективного состояния зависит от силы нанесенного оскорбления, впечатлительности субъекта, типа его нервной системы. Для правильной квалификации убийства по данной статье важное значение имеет анализ субъективной стороны преступления. Целью аффектированного поведения является устранение или ослабление эмоционального дискомфорта. Средством этого субъекту видится причинение обидчику страданий, которые могли бы компенсировать его собственные. Для виновного в ряде случаев может быть безразличен факт наступивших последствий (Комментарий к УК РК., Алматы, 1999).

Согласно ст.108 УК РК – Умышленное причинение средней тяжести вреда здоровью или причинение тяжкого вреда здоровью, совершенное в состоянии внезапно возникшего сильного душевного волнения (аффекта), вызванного насилием, издевательством или тяжким оскорблением со стороны потерпевшего, либо иными противоправными или аморальными действиями (бездействием) потерпевшего, а равно длительной психотравмирующей ситуацией, возникшей в связи с систематическим противоправным или аморальным поведением потерпевшего,

В психологии аффектами называют «сильные и относительно кратковременные эмоциональные переживания, сопровождаемые резко выраженными двигательными и висцеральными проявлениями» (Леонтьев А. Н., 1971). «Аффект, - отмечает С. Л. Рубинштейн, - это стремительно и бурно протекающий эмоциональный процесс взрывного характера, который может дать и не подчиненную сознательному волевому контролю разрядку в действии» (Рубинштейн С. Л., 1946).

Ограничения в состоянии аффекта произвольности поведения, снижение уровня его волевой

регуляции личностью отражается и в самосознании субъекта. Эмоции обычной интенсивности воспринимаются как состояние активности своего «Я», аффекты – как пассивно переживаемые состояния, навязанные субъекту извне, «овладевающие» человеком (Коченов М. М., 1980). Подчеркивая это различие, А. Н. Леонтьев (1975) писал: «…мы говорим – меня охватил гнев, но Я обрадовался…». По мнению Я. М. Калашника (1941), в состоянии аффекта душевная деятельность становится односторонней из-за единственного стремления осуществить свое намерение. Вся остальная личность, поскольку она противоречит этому, как бы перестает существовать.

Следовательно, клинико-психологические данные убедительно свидетельствуют об отчетливом ограничении осознания и свободы волеизъявления в аффекте. Именно это ограничение дает основание правоведам рассматривать «извинительные» аффекты как смягчающие вину обстоятельства. Как отмечал В. Н. Кудрявцев (1982), в аффекте переживания настолько завладевают процесс постановки цели, выбора средств, правовой и нравственной оценки содеянного свертывается, становится формальным и переход к действию следует сразу же после появления желаемого объекта. На ряду с влиянием на сознание и волю, регуляцию поведения имеют важное значение следующие функции эмоций: особо прочная фиксация эмоциональных следов в памяти человека, образование, так называемых, аффективных комплексов путем закрепления всего того, что сопутствовало аффекту; способность предмета аффекта вновь овладевать сознанием, вызывать переживания всего комплекса чувств и отношений, связанных с аффективным воздействием, при оживлении одного из указанных следов. Эта фиксирующая, синтезирующая функция эмоций, тенденция накопления и обобщения эмоциональных переживаний лежит в основе «кумуляции» аффектов. Они объясняют повышение чувствительности к повторным аффективным воздействиям (аффективная сенсибилизация) и раскрывают механизм развития аффективных реакций не только при непосредственном повторном воздействии прежней аффектогенной ситуации, но и при встрече лишь с отдельными ее элементами: реальными или схожими, воображаемыми. Описанные закономерности влияния эмоций на поведение справедливы не только для аффектов в узком значении слова, но и для других выраженных эмоциональных состояний.

Возможности комплексного использования психологических и психиатрических знаний в решении вопроса об аффекте, актуально для исключения психического заболевания (состояния невменяемости) или же патологического аффекта, где подэкспертный не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) или руководить ими вследствие хронического психического заболевания, временного психического расстройства, слабоумия или иного болезненного состояния психики. Определение состояния невменяемости, вменяемости входит в компетенцию эксперта-психиатра, в компетенцию эксперта-психолога входит определение непатологических, не выходящих за пределы «нормы» эмоциональных реакций и состояний подэкспертного на момент инкриминируемого деяния. В ряде случаев приходится сталкиваться с особенностями психической деятельности, психическими состояниями, в которых норма и патология «переплетены» и поэтому необходимо применение знаний, относящихся как к психиатрии, так и к психологии. В этих случаях целесообразно применение методов, сложившихся в обеих науках, сопоставление данных психологических и психиатрических исследований. Процесс оценки психического состояния подэкспертного, установления его вменяемости является одной из ключевых целей в определении аффективного состояния.

Необходимо подчеркнуть сложность и трудоемкость психологического обследования личности подэкспертного и исследования его психического состояния на момент инкриминируемого деяния. Это исследование предполагает выяснение способности к мыслительной и волевой деятельности того же уровня сложности, который требовался для осознанно-волевого совершения деяния. При обследовании необходимо учитывать возможное влияние на психическое состояние подэкспертного обстановки в следственном изоляторе или психиатрическом учреждении, переживаний, связанных с содеянным и пр. Анализ способности сознавать значение своих действий и руководить ими в момент совершения противоправных действий ставит перед экспертом задачу изучения сложного волевого поведения «как деятельной стороны разума и чувства, управляющей… человеческим поведением во имя того или другого и часто наперекор даже чувству самосохранения» (Сеченов И. М.).

Значима роль психиатра в исследовании вменяемости-невменяемости, поскольку лишь он компетентен диагностировать наличие или отсутствие медицинского критерия невменяемости. Но нередко это лишь промежуточный этап в решении поставленного вопроса. Окончательный же этап – установление наличия или отсутствия психологического критерия невменяемости требует обязательного использования профессиональных психологических знаний. Причем не для «обслуживания» психиатра вспомогательной информацией, которую он может использовать или не использовать по своему усмотрению, а именно для решения вопроса о способности в конкретный момент времени к осознанно-волевому поведению.

Таким образом, при определении юридического критерия ст. 98 УК РК роли эксперта-психиатра

и эксперта-психолога паритетны. В компетенцию первого входит преимущественно разграничение состояний возможности и невозможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий, т.е. состояний вменяемости-невменяемости. В компетенцию второго – дифференцирование полной и ограниченной регуляции поведения. Эксперт-психолог дает целостную оценку регулятивного модуса личности, анализируя структурную развернутость и функциональное состояние психологических составляющих криминальной деятельности.

Само состояние сильного душевного волнения квалифицируется судом на основании экспертного вывода о наличии у подсудимого состояния «физиологического состояния» или «эмоционального состояния, оказавшего существенное влияние на сознание и поведение». Однако, в практике часто встречаются ситуации, когда одна из сторон защиты (обвиняемого или потерпевшего) не соглашается с экспертным заключением, а именно с психологическим состоянием вменяемости-невменяемости (наличие или отсутствие состояния аффекта). В таких случаях по ходатайству одной из сторон защиты судебно-следственными органами назначается повторная или же дополнительная экспертиза с основным вопросом: «Находился ли обвиняемый (подсудимый) в момент совершения инкриминируемых ему действий в состоянии аффекта или ином эмоциональном состоянии, оказавшего существенное влияние на сознание и поведение?» Следует отметить, что в таких случаях, когда психиатрический диагноз не вызывает сомнения, нецелесообразно дублирование этапа психиатрического освидетельствования и возможно ограничиться судебно-психологической или комплексной судебно-психологической экспертизой.

Основные сложности, связанные с судебно-психологической оценкой аффекта, обусловлены тем, что в новом Уголовном кодексе Республики Казахстан, принятым 16 июля 1997 года, содержится ряд изменении, значимых для практики судебно-психологической и комплексной судебной психолого-психиатрической экспертиз, - и особо важное значение имеет новая редакция ст. 98 УК РК, касающейся квалификации так называемых «аффективных» преступлений, т.е. преступлений, совершенных виновным под влиянием выраженных эмоциональных реакций. Актуальность дифференцированного правового подхода к оценке таких правонарушений не вызывает сомнений – криминологи отмечают, что число убийств, совершенных в состоянии «сильного душевного волнения» увеличивается в последние годы опережающими темпами, и связывают это с ростом противозаконных посягательств на правомерно ведущих себя граждан.

В заключение, хотелось бы привести пример из практики: подэкспертный К., обвиняемый в убийстве своей жены, проходил КСППЭ по месту нахождения в Западно-Казахстанской области, где комиссия на основании своего исследования пришла к выводу, что подэкспертный К. психическим заболеванием не страдает, «вменяем», в момент совершения инкриминируемого деяния находился в состоянии «физиологического аффекта». Однако с такими выводами, а именно с состоянием «физиологического аффекта» не согласились представители потерпевшей, на основании их протеста было вынесено постановление суда о проведении повторной КСППЭ. Сомнений в психическом состоянии, во «вменяемости», ни у суда, ни у представителей потерпевшей не вызывало. Следовательно, целесообразно назначение дополнительной психологической или комплексной психологической экспертизы, с учетом того, что затрачивается минимум времени (сроки экспертизы), что также сказывается на расходах, связанных с производством экспертизы.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ИКСЕЛ» (МИЛНАЦИПРАНА) В ЛЕЧЕНИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

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

Депрессивные расстройства относятся к одному из наиболее распространенных видов психической патологии, протекающей как на непсихотическом, так и на психотическом уровнях. Несмотря на то, что депрессия является психическим расстройством, большая часть случаев проявившейся депрессии не попадает в поле зрения психиатра. И хотя современная психиатрия располагает довольно эффективными средствами терапии депрессивных расстройств, начатое лечение, не всегда бывает достаточно адекватным. Каждый из антидепрессивных препаратов обладает своими особенностями спектра психотропной активности, которые обязательно должны учитываться в процессе терапии. Теория патогенеза развития депрессии предполагает дисбаланс серотонина норадренергических

систем мозга, в развитии депрессии задействованы практически все известные нейрометаболические механизмы. Клиническую картину скорее определяет преобладание нарушений в той или иной нейромедиаторной системе. Из этого следует, что появление новых групп антидепрессантов, обладающих селективным действием на нейрональные структуры головного мозга, позволило более дифференцированно подходить к терапии депрессивных расстройств. Одним из таких антидепрессантов является препарат «Иксел» (милнаципран), который появился сравнительно недавно в арсенале психофармакологических средств, применяющихся психиатрами Казахстана. Препарат представляет собой антидепрессант IV поколения, характерной особенностью которого является высокоизбирательное двойное действие на обратный захват как серотонина, так и норадреналина. Проведенные нами исследования милнаципрана, применяемого в лечении депрессивных состояний при различных нозологических формах, продемонстрировали его высокую эффективность в лечении депрессивных расстройств. Нами произведена попытка получить и проанализировать данные о клиническом профиле препарата и возможностях его применения в зависимости от уровня тяжести и симптомов депрессии. Полученные результаты, несомненно, представляют интерес для клиницистов, занимающихся лечением, как в стационарных условиях, так и амбулаторно. Перед нами стояла задача не только оценки суммарной эффективности препарата, но и попытка выделить особенности его терапевтического действия.

В своём исследовании мы применяли препарат «Иксел» представленный в виде капсул, содержащих 50 мг милнаципрана. Основной метод исследования клинико-терапевтический, с базовым лекарственным препаратом «Иксел». В исследование были включены случаи, соответствовавшие следующим диагностическим рубрикам МКБ-10:

- легкий депрессивный эпизод F32.0;
- умеренный депрессивный эпизод F32.1;
- рекуррентно депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой F33.0, умеренной F33.1 и тяжелой F33.2 степени выраженности;
- биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод умеренной F31.3 и тяжелой депрессии F31.4;
- пролонгированная депрессивная реакция F43,21.

В исследование не включали больных: а) с наличием психотических симптомов; б) с острыми и тяжелыми хроническими соматическими заболеваниями в стадии декомпенсации; в) с алкогольной и/или наркотической зависимостью в анамнезе; г) получавших в течение последних 7 дней терапию трициклическими антидепрессантами либо в течение последних 14 дней терапию серотонинергическими антидепрессантами; д) моложе 18 и старше 65 лет.

Нами была использована следующая схема терапии: препарат назначали в начальной дозе 100 мг в сутки (по 50 мг утром и днем после еды), в процессе терапии дозы варьировали в зависимости от клинического эффекта от 100 до 200 мг в сутки с рекомендованным последним приемом не позднее 18 часов в связи с выявленным в процессе исследования активирующим эффектом, нарушавшим процесс засыпания.

В исследование были включены больные, проходившие стационарное лечение или обратившиеся за амбулаторной помощью. Всего было отобрано 20 больных, из них 5 мужчин (25%) и 15 (75%) женщин, с клиническими признаками депрессивного расстройства легкой, умеренной степени тяжести, а также с тяжелыми депрессиями без психотических симптомов. Средний возраст больных составил 47 лет. Кроме того, было установлено наличие у 10 (50%) больных сопутствующих хронических соматических заболеваний: гипертонической болезни 1–2-й стадии у 3 (15%) больных, ИБС со стенокардией различных функциональных классов у 3 (15%) больных, у 3 (15%) больных диагностирован диффузно-узловой нетоксический зоб, у 1 (5%) больного – хронический холецистит. Все соматические заболевания на момент включения в лечение были вне обострения.

Полностью прошли курс терапии препаратом «Иксел» (милнаципраном) и были включены в окончательный анализ 18 больных. Были исключены из исследования (лечения) на ранних стадиях 2 больных. У одной больной в первые дни лечения отмечался стойкий подъём артериального давления, без стабилизации на фоне применения гипотензивных средств, у другого больного появилось ощущение шума в ушах, с периодически возникающим головокружением, из-за чего он отказался от дальнейшего приёма препарата. Они продолжили лечение антидепрессантами другой химической структуры. Из 5 пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством у 2 были выявлены в прошлом повторные депрессивные эпизоды (от 2 до 7); остальные больные перенесли в прошлом депрессивный эпизод только однократно. Все больные с биполярным аффективным расстройством переносили в прошлом более одного эпизода депрессии, экспансивные фазы у всех больных не достигали выраженности мании и протекали на гипоманиакальном уровне. В основной части случаев (60%) был установлен опыт применения трициклических антидепрессантов (амитриптилин, мелипрамин) – 10 (50%) больных и/или серотонинэргических антидепрессантов – 2 (10%) больных, во время предыдущих депрессивных эпизодов, только 8 (40%) пациентов не получали ранее терапии антидепрессантами. У всех больных, принимавших ранее трициклические антидепрессанты, наблюдали хороший клинический эффект, но при этом больные отмечали

выраженные побочные эффекты: сухость во рту, сонливость, запоры, что часто являлось причиной преждевременного прекращения приема препаратов. В случаях применения серотонинергических антидепрессантов у 2 больных отмечен хороший клинический эффект, у 1 больного – частичная редукция депрессивных проявлений. В данной группе больных, получавших лечение «Иксел», преобладали депрессивные нарушения тяжелой степени. Психопатологическая симптоматика в большинстве случаев носила тревожно-меланхолический характер, с моторной и идеаторной заторможенностью, витальным ощущением тоски, выражавшемся в чувстве «тяжести на душе», периодической безотчетной тревогой, суточными колебаниями аффекта с улучшением к вечеру, снижением аппетита, нарушениями сна с ранними пробуждениями, сверхценными идеями бесперспективности, виновности перед близкими, иногда с нежеланием жить «такой жизнью». У пациентов с умеренными и легкими депрессиями симптоматика была не столь развернутой. Она включала проявления сниженного настроения, но только с изредка появляющимся компонентом витализации аффекта, сниженную способность к концентрации внимания, диссомнические нарушения. Идеаторный компонент был выражен менее отчетливо, за исключением 1 больного с пролонгированной депрессивной реакцией, который был фиксирован на психотравмирующей ситуации, приведшей к развитию депрессивной симптоматики. У ряда больных наблюдали ипохондрические симптомы с фиксацией на состоянии своего здоровья, сенестопатическими ощущениями «ползанья мурашек», покалывания в спине, чувством дискомфорта в желудке и кишечнике.

Хотелось отметить, что у всех больных депрессивные расстройства характеризовались близкой к «классической» эндогенной структурой с равноправно представленной подавленностью и тревогой. Даже в случаях, характеризовавшихся пролонгированной депрессивной реакцией, психопатологические картины включали эндогенный радикал с периодической витализацией аффекта, идеаторной и моторной заторможенностью.

Уже с первой недели приема «Иксел» в начальной дозе 100 мг в сутки, у всех больных отмечена достаточно явная редукция депрессивных проявлений, выражавшаяся, прежде всего, в уменьшении речевой и двигательной заторможенности, повышении жизненной активности, сопровождавшаяся нормализацией физиологических показателей (улучшение аппетита, нормализация сна, нормализация стула и др.). У части больных одновременно редуцировались и проявления тревоги. Вместе с тем необходимо указать на то, что 3 больных получали в этот период конкоминантную терапию транквилизаторами бензодиазепинового ряда (феназепам, нитразепам и т.д.) в малых суточных дозах. В течение последующих 2–4 недель наблюдали дальнейшую положительную динамику с исчезновением витального чувства тоски, сглаживанием суточных колебаний, восстановлением работоспособности, окончательной редукцией тревоги, что влекло за собой отмену сопутствующей терапии транквилизаторами. К окончанию курса терапии (6-8 недель) исчезали ангедонические жалобы, восстанавливалась концентрация внимания, редуцировались идеи малоценности, бесперспективности. У больных, напротив, появлялась уверенность в своих силах, они начинали строить планы на будущее, включались в повседневную жизнь, семейные дела. На этом этапе лечения преимущественно использовали только монотерапию «Иксел» с отменой конкоминантных психотропных средств. Было отмечено, что примерно у 1/4 части больных (6 человек), после наступившего первоначального улучшения клиническая картина несколько “застывала”: сохранялось умеренно сниженное настроение, элементы депрессивного мышления. Таким пациентам проводили постепенное увеличение доз «Иксел» (милнаципрана) до 150-200 мг в сутки, после которого наблюдалось дальнейшее улучшение состояния. К моменту окончания исследования 16 пациентов получали «Иксел» (милнаципран) в дозе 150 мг сутки, 2 пациента – в дозе 200 мг в сутки. Наиболее выраженная редукция симптомов происходила к моменту 3 и 4 визитов, т.е. через 14 и 28 дней от начала терапии, соответственно. К окончанию исследования депрессивная симптоматика почти редуцировалась. Уже с первой недели терапии больные отмечали уменьшение выраженности тревожных и депрессивных проявлений, а к окончанию курса лечения произошло уменьшение выраженности проявлений тревоги, как определяли сами пациенты, на 70%, депрессии (по их же определению) на 60%. При проводимом лечении, побочные эффекты были выражены незначительно и носили транзиторный и дозозависимый характер. Двое больных при увеличении дозировки препарата до 200 мг в сутки отмечали трудности в засыпании, раздражительность, прошедшие после снижения дозировки милнаципрана до 150 мг в сутки. У всех остальных больных, включая «Иксел» больных с сопутствующими хроническими соматическими заболеваниями, была отмечена хорошая переносимость «Иксел» (милнаципрана) в дозировке 100-200 мг в сутки с отсутствием каких-либо нежелательных явлений.

Анализируя данные, полученные в результате проводимого лечения группы пациентов, описанных выше, можно выделить ряд клинических особенностей действия «Иксел» (милнаципрана) при терапии депрессивных расстройств: 1) под влиянием «Иксел» (милнаципрана) у больных происходит гармоничная, равномерная редукция основных депрессивных проявлений, таких как витальные

симптомы, моторная и идеаторная заторможенность, указывающая на воздействие препарата на «ядерные», эндогенные механизмы депрессивного расстройства, что совпадает с данными, полученными рядом зарубежных авторов (S. Montgomery, 2001) также подчеркивающих эффективность препарата при наличии в структуре депрессивного синдрома выраженного эндогенного компонента;

2) скорость наступления клинического эффекта при применении «Иксел» (милнаципрана) достаточно велика. Первые признаки клинического улучшения появляются уже через 7-10 дней от начала приема препарата, а иногда и раньше, в чем он приближается к трициклическим антидепрессантам;

3) наилучшие результаты достигались при назначении «Иксел» (милнаципрана) в дозе 150–200 мг в сутки, что несколько превышает рекомендованную фирмой-производителем среднюю дозу, равную 100 мг в сутки;

4) препарат не обладает прямым анксиолитическим действием, поэтому в случаях выраженной тревоги больные, как правило, нуждаются в назначении анксиолитиков, транквилизаторов в первые недели терапии;

5) при наличии депрессивных расстройств невротического уровня, с атипичными депрессивными структурами, выраженной ситуационной тревогой, ипохондрическими и ангедоническими проявлениями действие милнаципрана оказывается не столь эффективным и «целенаправленным», как при лечении «классических» депрессивных расстройств с выраженными витальными проявлениями;

6) «Иксел» (милнаципран) продемонстрировал хорошую переносимость у больных, страдающих сопутствующими хроническими соматическими заболеваниями. Выявленные побочные эффекты носили транзиторный характер и зависели от дозировки от препарата, за исключением 1 случая стойко удерживающейся симптоматической гипертонии, отказа 1 больного от приема препарата из-за развившегося шума в ушах.

Выводы, которые мы позволим себе сделать, после проведённого исследования.

«Иксел» (милнаципран) эффективен при лечении депрессивных расстройств различной степени тяжести, но, прежде, всего эндогенных, с выраженными витальными проявлениями. Препарат обладает значительной антидепрессивной активностью, гармоничным, равномерным влиянием на весь депрессивный симптомокомплекс, отличаясь быстротой наступления клинического эффекта, что позволяет рекомендовать «Иксел» (милнаципран) для лечения тяжелых депрессивных расстройств, в том числе и у больных с сопутствующей соматической патологией.

Литература:

1. А. В.Андрющенко // Психиатрия и психофармакотерапия, 2002; 4(4): 141–3

2. Вовин Р. Я., Иванов М. В., Мазо Г. Э. и др. // Социальная и клиническая психиатрия, 1995; 1: 72–80

3. С. Н. Мосолов. Клиническое применение современных антидепрессантов. - СПб.; Медицинское информационное агентство, 1995; 565 с.

4. Antidepressant therapy at the dawn of the third millennium, edited by mike Briley & Stuart Montgomery; Martin Dunitz Ltd; 1998; 359 pp.

5. Korn M. L., Pollock R. A. Depr Symposium Data, 2002; 45–67

6. Kasper S., Pletan Y., Solles A., Tournoux A. Int Clin Psychopharmacol, 1996; 11 (suppl. 4): 35–9

7. Montgomery S. A. Int Clin Psychopharmacol, 1996; 10 (suppl. 4): 38-48

КОАКСИЛ В ТЕРАПИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ

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

Современная психиатрия располагает довольно эффективными средствами терапии депрессивных расстройств. Однако не все больные получают лечение антидепрессантами. Не вызывает сомнения тот факт, что причина этого кроется в трудностях диагностики, особенно в лёгких и атипичных случаях, но и в тех случаях, когда лечение проводится, оно не всегда бывает достаточно адекватным. Каждый из антидепрессивных препаратов обладает своими особенностями спектра психотропной активности, которые обязательно должны учитываться в процессе терапии.

Нами было проведено клиническое исследование препарата «Коаксил». Коаксил является представителем трициклических антидепрессантов сложной химической структуры. Как следует из литературных источников: данный препарат обнаружил отчётливые тимоаналептический

и анксиолитический эффекты без лишней седации. По данным параметрам его скорее относят к группе антидепрессантов сбалансированного действия. И так как по силе тимоаналептического действия он уступает классическим трициклическим антидепрессантам, то его основным показанием к применению служат не резко выраженные тревожные состояния различного генеза, в том числе в гериатрической и соматической практике. С учётом этих данных нами была проведена оценка эффективности тимоаналептического и анксиолитического действия препарата. 15 пациентов с депрессивным синдром различной степени выраженности находились на амбулаторном лечении, и принимали препарат коаксил. Пятеро больных, принимающих препарат, были с неврозоподобной симптоматикой в рамках вялотекущей шизофрении и 6 - с невротической депрессией, 4 - с инволюционной депрессией. Во всех группах превалирующим симптомом была тревога, а также смешанное состояние тревоги и депрессии.

У всех 15 пациентов тревога заключалась в ожидании опасности, реальной или мнимой, которая характеризовалась неопределённым ощущением угрозы. Во всех случаях тревога выступала как непременный компонент депрессии. В каждом из них картина депрессивного синдрома в значительной мере зависела от степени выраженности тревоги. Таким образом, нами были разграничены две группы пациентов. Первая - пациенты с более лёгкими проявлениями депрессивного синдрома. Таких пациентов, из числа пролеченных, было 10 человек. У них, не зависимо от нозологической принадлежности, тревога проявлялась в виде чувства внутреннего напряжения, ожидания чего-то неприятного, волнением, усилением неуверенности, а так же сомнениями. Во вторую группу вошли 5 пациентов, у которых проявления депрессии носили более тяжёлый характер. У них тревога носила характер ажитации, доходящей до тревожного оцепенения; порой отмечалось паническое ощущение надвигающейся катастрофы с мучительным чувством сжатия в груди, ощущением удушья, витальными переживаниями. Во всех случаях настроение было тревожно-депрессивным, так были выражены оба аффективных компонента, с той лишь разницей, что аффект тревоги был более выражен во втором случае. Данное разграничение на группы стало необходимым с учётом назначения дозировок препарата коаксил. Нами была использована следующая схема терапии: для пациентов первой группы - препарат назначали в начальной дозе 25 мг в сутки (по 12,5 мг утром и днем перед едой), в процессе терапии дозы варьировали в зависимости от клинического эффекта от 12,5 до 25 мг в сутки. Для пациентов второй группы назначения были в дозировке 50 мг/сут (по 12,5 мг 4 раза в день). Уже с первой недели приема коаксила в начальной дозе 50 мг в сутки, у всех больных отмечена достаточно явная редукция тревожно-депрессивных проявлений. Вместе с тем, необходимо указать на то, что 6 больных получали в этот период конкоминантную терапию транквилизаторами бензодиазепинового ряда (феназепам, нитразепам и т.д.) в малых суточных дозах. В течение последующих 2-4 недель наблюдали дальнейшую положительную динамику с восстановлением работоспособности, окончательной редукцией тревоги, что влекло за собой отмену сопутствующей терапии транквилизаторами. К окончанию курса терапии (6-8 недель) у пациентов появлялась уверенность в своих силах, они начинали строить планы на будущее, включались в повседневную жизнь, семейные дела. На этом этапе лечения преимущественно использовали только монотерапию коаксила с отменой конкоминантных психотропных средств. Было отмечено, что примерно у части больных, после наступившего первоначального улучшения, клиническая картина несколько застывала: сохранялось умеренно сниженное настроение, элементы депрессивного мышления. К моменту окончания лечения все пациенты получали коаксил в дозе 25 мг сутки. Наиболее выраженная редукция симптомов происходила к моменту через 14 и 28 дней от начала терапии. К окончанию лечения депрессивная симптоматика почти редуцировалась, уменьшилась выраженность проявлений тревоги, как определяли сами пациенты, на 70%, При проводимом лечении побочные эффекты не были выявлены. У всех больных с сопутствующими хроническими соматическими заболеваниями, была отмечена хорошая переносимость коаксила в дозировке 25-50 мг/сутки, отсутствовали какие-либо нежелательные явления.

Анализируя данные, полученные в результате проводимого лечения группы пациентов, описанных выше, можно выделить ряд клинических особенностей действия коаксила при терапии невротических и неврозоподобных состояниях с депрессивными расстройствами, где выражены оба аффективных компонента: 1) под влиянием коаксила у больных происходит гармоничная, равномерная редукция основных депрессивных проявлений таких, как тревога, которая носила характер ажитации доходящей до тревожного оцепенения, порой с паническим ощущением надвигающейся катастрофы с мучительным чувством сжатия в груди, ощущением удушья. 2) скорость наступления клинического эффекта при применении коаксила достаточно велика; первые признаки клинического улучшения появляются уже через 7-10 дней от начала приема препарата, а иногда и раньше. 3) наилучшие результаты достигались при назначении коаксила в дозе 25-50 мг в сутки.

Проведенные нами клинические испытания назначения такого препарата, как коаксил показали, что он оказывает значительно больший эффект при

сочетании с адекватными методами активной психотерапии. При проведении психотерапии нами не ставилось цели прямого воздействия на патологический процесс, а лишь возможность опосредованного повышения адаптивных возможностей больного с укреплением социальных позиций на фоне проводимого лечения «коаксилом».

Литература:

1. А. В. Андрющенко Психиатрия и психофармакотерапия, 2002; 4(4): 141-3

2. Вовин Р. Я., Иванов М. В., Мазо Г. Э. и др. Социальная и клиническая психиатрия, 1995; 1:72-80

3. С. Н. Мосолов Клиническое применение современных антидепрессантов. - СПб.; Медицинское информационное агентство, 1995; 565

4. В. М. Блейхер Психиатрический диагноз, 1989

5. И. Г. Зальцман Диагностика депрессивных состояний // Методические рекомендации. – Алматы, 1998

ИССЛЕДОВАНИЕ ЗАКОНОМЕРНОЙ НАРУШЕНИЯ МЫСЛИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Е. Ю. Русина, С. А. Столяревская г. Павлодар

Все исследователи, занимающиеся проблемой шизофрении, говорили о своеобразии тех психических нарушений, которыми характеризуется это заболевание, в частности о необычности познавательных процессов, невозможности приложить к ним известные мерки слабоумия. Всегда отмечалось, что мышление этих больных отличается необычностью, парадоксальностью. Эти нарушения необъяснимы с точки зрения нормальной психики и не имеют аналогии среди других известных видов психической патологии.

Большинство авторов обращают внимание на особую диссоциацию, которая отличает не только познавательную, но и всю психическую деятельность и поведение этих больных. Сложилось мнение, что диссоциация представляет собой некий беспорядок, дисгармонию; ее проявления достаточно случайны и не подчинены каким-либо закономерностям. Так, например, больные шизофренией легко выполняя сложные виды интеллектуальной деятельности, часто испытывают затруднения при решении простых задач, а также нередко парадоксальными являются способы их действий, их склонности и увлечения.

Целью ряда экспериментально - психологических исследований был поиск закономерностей этих нарушений. Это направление исследований в отечественной патопсихологии разрабатывалось Б. В. Зейгарник и ее учениками. Такой подход в изучении закономерностей нарушения познавательных процессов у больных шизофренией был реализован и нами.

При построении этого исследования мы исходили из предположения о том, что следствием аутизма (одно из специфических проявлений при шизофрении) является снижение социальной направленности. Это, в свою очередь, обуславливает *недостаточность опосредования познавательной деятельности больных факторами социального опыта.* Основным методическим приемом исследования явилось сопоставление уровня выполнения разных видов мыслительной деятельности, различающихся по роли социального опосредования в их структуре. Предполагалось, что нарушенными окажутся те мыслительные процессы, в которых роль этого опосредования достаточно велика, а целый ряд мыслительных процессов, где его роль относительно ограничена, окажутся сохранными.

Для исследования была отобрана клинически однородная группа больных. Общей клинической чертой обследованных больных являлось наличие выраженных в разной степени негативных симптомов при практическом отсутствии продуктивной симптоматики в период обследования. В качестве контрольной группы исследовались здоровые испытуемые.

В соответствии с исходной гипотезой о недостаточности у больных шизофренией опосредования познавательной деятельности факторами социального опыта при исследовании мышления был использован методический прием, основанный на сопоставлении решения больными двух видов мыслительных задач, которые различают по роли социального опосредования в их структуре.

В *первую серию* были включены задачи на сравнение понятий и «исключение предметов». Все эти задачи предъявлялись с «глухой» инструкцией, в условии не указывалось направление, в котором нужно было производить сравнение или классификацию, и испытуемым предоставлялась полная свобода выбора оснований для обобщения. В этих условиях актуализация того или иного признака существенно определяется знаниями испытуемых,

в которых зафиксирован общественный опыт использования тех или иных предметов.

Остановимся кратко на выполнении методики «исключение предметов», которая предъявлялась в вербальном варианте.

Для проведения исследования использовался набор из семи карточек, на каждой из которых написаны названия четырех предметов. Путем специального подбора понятий, подлежащих классификации, изменялись условия, затрудняющие или, наоборот, облегчающие процесс обобщения, в связи, с чем обобщение трех из указанных понятий представляло неодинаковую трудность.

Карточки предъявлялись в строгой последовательности по одной, со следующей инструкцией: «Объедините три предмета так, чтобы четвертый в эту группу не вошел». Таким образом, в инструкции не содержалось указания, какие три из четырех предметов должны быть объединены. В качестве основания для обобщения допускалось использование любого признака, присущего трем предметам и отсутствовавшего у четвертого. Инструкция не ограничивала число создаваемых группировок. Спецификой такого варианта методики является и то, что испытуемому не давался образец выполнения задания: в условиях такой «глухой» инструкции он не ограничивался в выборе оснований для обобщения.

В протоколе фиксировались все высказывания испытуемого по ходу исследования и замечания экспериментатора.

Если рассматривать результаты выполнения задания с точки зрения операционных характеристик мышления испытуемого, то нахождение любого общего признака у трех предметов и отсутствующего у четвертого является достаточным для положительной оценки его ответа. Однако для более полной характеристики мыслительной деятельности необходимо определить, какого рода признаки используются в качестве оснований для обобщения испытуемым: степень их обобщенности, практической значимости, закрепленности в социальном опыте.

Для квалификации мышления испытуемых через характеристику актуализируемых свойств и отношений необходим объективный критерий. Поиском такого критерия было продиктовано включение в исследование группы здоровых испытуемых. В качестве *объективного критерия* была использована *частота* актуализации того или иного свойства группой здоровых испытуемых. При этом исходили из предположения, что частота использования в эксперименте тех или иных признаков должна отражать качественную характеристику мышления, поскольку человеку свойственно оперировать преимущественно свойствами предметов, значение которых закреплено общественной практикой использования этих предметов и зафиксировано в системе усвоенных им понятий.

В зависимости от частоты использования группой здоровых испытуемых все вычлененные признаки были разделены на «стандартные» и «нестандартные». Стандартными условно было принято считать те признаки, использование которых превышало среднюю частоту.

Во всех методиках для группы больных шизофренией характерно увеличение частоты использования малозначимых, «латентных», нестандартных свойств предметов при снижении частоты актуализации стандартных, практически более значимых признаков.

Следует отметить, что в число стандартных, наиболее часто используемых здоровыми, попадают практически значимые свойства. В числе нестандартных оказались практически малозначимые, а потому «латентные», редко актуализируемые здоровыми испытуемыми признаки.

Во вторую серию были включены задачи на сравнение и классификацию предметов, существенно отличающиеся от задач первой серии по условиям актуализации свойств и отношений: если в задачах первой серии актуализация признаков предметов в первую очередь определялась прошлым опытом испытуемых, то в задачах второй серии она, прежде всего, определялась анализом условий.

Во вторую серию вошли:

1. Задачи на сравнение объектов по данному основанию: Петя выше Димы, а Коля ниже Пети. Кто из них самый высокий?

2. Задачи на свободную классификацию 24 геометрических фигур. Выбор оснований для их классификации был ограничен тремя наглядно изображенными и играющими роль различительных признаками: цветом, формой, величиной.

Результаты второй серии исследования не дали существенных различий между группой здоровых испытуемых и группой больных шизофренией.

Сопоставление данных первой и второй серий исследования позволяет сделать следующий вывод: особенности использования знаний в процессе сравнения и классификации предметов выявились в тех задачах, решение которых было существенно опосредовано факторами социального опыта. При решении задач, основанном на анализе условий, не предполагающем такого опосредования, больные шизофренией не отличались от здоровых.

Приведенные результаты исследования показывают, что широко используемое в клинике шизофрении понятие диссоциации не означает некий беспорядок, а отражает вполне закономерное явление. Патология познавательной деятельности выступает в определенных условиях, в тех видах деятельности, реализация которых существенно детерминируется рядом социальных факторов и, в первую очередь, предполагает опору на прошлый социальный опыт. В тех видах деятельности, где роль социального опосредования незначительна, нарушений у больных шизофренией не обнаруживается.

Каким образом результаты исследования используются в практической деятельности патопсихологов? Учитывая вышеописанную особенность нарушения протекания познавательных процессов, нами в практической работе дифференцированно осуществлялся подбор экспериментально-психологических методик при исследовании нарушений мышления у больных шизофренией. Применение многих из широко распространенных методик (конструктивно-пространственные задачи, счетные операции, задания на запоминания и репродукцию, формально-логические) с целью констатации изменений мышления больных шизофренией оказалось малоуспешным, т.к. именно эти виды деятельности протекают у больных без нарушений.

Наиболее эффективными для выявления нарушений мышления при шизофрении оказались задания, связанные с созданием ситуации неопределенности выбора, с «глухой» инструкцией, когда испытуемому не давалось достаточных ориентиров для выбора принципа решения, для выбора оснований для классификации, обобщения и т.д. К этому кругу методик относятся, прежде всего, такие, которые связаны с возможностью многозначных решений задания, с отсутствием жестко детерминированного единственного «правильного» решения (классификация предметов, метод сравнения предметов и явлений, метод «исключение лишнего», метод пиктограмм и т.д.).

Литература:

1. *Быкова С.А., Русина Е.Ю. Диагностика нарушений мышления при «пограничном» варианте шизофренического патопсихологического симптомокомплекса*
2. *Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. - М., 1991*
3. *Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. - М., 1974*
4. *Рубинштейн С.Я. Методики экспериментальной патопсихологии. - М., 1964*

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Е. Ю. Русина, С. А. Столяревская г. Павлодар

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

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

В нашей предыдущей статье («Нарушения мышления при «пограничном» варианте шизофренического патопсихологического симптомокомплекса») был отражен опыт работы по отбору из уже существующих патопсихологических методик тех, выполнение которых требует опоры на прошлый социальный опыт, использование общепринятых норм, категорий и способов действий, ориентировки на других людей, то есть выполнение деятельности, где значительна роль социального опосредования. В данной же статье отражены результаты работы по созданию принципиально новой экспериментально-психологической методики, основывающейся на

учете как своеобразия процесса мышления у больных шизофренией, так и особенностей их социальной адаптации. Мы назвали ее «Задачи на ориентировку в практической жизни».

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

1. бред, сверхценные идеи (содержание мышления);

2. внутренне присущие нарушения мышления (дислогия – нарушение механизма мышления);

3. формальное расстройство мышления – наблюдаемый феномен (нарушения способа выражения мыслей, способности вести беседу);

4. недостаток знаний о реальном мире (или недостаток здравого смысла) – нарушения механизма суждения о мире.

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

1. тест на практические знания;

2. тест на социальные знания.

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

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

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

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

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

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

В работе были использованы следующие методики:

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

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

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

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

Каждому из вариантов решения мы дали условное название:

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

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

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

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

Примером задачи на ориентировку в практической жизни является следующая ситуация (сокращенный

вариант): «Вы в гостях за столом. Ваш ребенок, которому 10 лет, роняет кусок торта с кремом себе на колени. Что следует сделать Вам в первую очередь?

· Извиниться перед присутствующими, а его поругать;

· Запеть застольную песню, чтобы отвлечь внимание гостей;

· Прийти к нему на помощь и успокоить его;

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

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

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

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

Методика «Сравнение понятий» часто применяется в практике работы медицинских психологов для выявления шизофренического дефекта у больных и считается достаточной информативной. Адекватный ответ в данной методике предполагает способность испытуемого выделить в понятиях их главные, существенные, закрепленные практикой социального использования признаки. Больные испытуемые гораздо чаще, чем здоровые называли малозначимые, «слабые» признаки понятий, которые квалифицировались нами как неадекватные (конкретные или абстрактные). Количество же конкретных адекватных признаков – значимо больше в группе здоровых испытуемых.

Итак, в данной методике у больных выявилось такое отклонение в мышлении как «актуализация латентных свойств понятий».

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

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

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

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

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

Мы сделали следующие выводы:

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

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

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

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

Литература:

1. Критская В. П., Савина Т. А. Исследование некоторых особенностей познавательной деятельности, обусловленных формированием шизофренического дефекта // Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении. - М., 1982

2. Критская В. П., Мелешко Т. К. Проблемы регуляции психической деятельности при шизофрении // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 1988, выпуск 7

3. Поляков Ю. Ф. О принципах подхода к изучению нарушения познавательных процессов при шизофрении // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1966, выпуск 1

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

А. А. Марашева г. Караганда

Изучение семьи и семейных отношений ребенка является одним из значимых клинико-описательных аспектов, а также важной характеристикой социально-психологических процессов.

Члены семьи, злоупотребляющие алкоголем и наркотическими веществами, являются одним из наиболее значительных факторов риска. Родители формируют основные жизненные ценности и нормы поведения ребенка. Для детей младшего возраста, родители являются непосредственным объектом для подражания. Асоциальное поведение родителей, низкий уровень образования, психологическая напряженность и конфликты в семье являются факторами высокого риска начала злоупотребления алкоголя и других психоактивных веществ детьми.

Нас, прежде всего, интересовали условия воспитания детей и, в первую очередь, состав семьи. Анализ данных свидетельствует о том, что дети, воспитывающиеся в социально-неблагоприятных условиях, преобладают в исследуемой группе. Однако, достоверная разница была получена только при сопоставлении данных исследуемой группы с данными группой сравнения (таблица 1). Количество детей воспитывающихся в полных семьях, в 1,8 раза больше в группе сравнения. И, наоборот, только матерью в 2,6 раз чаще воспитывалось детей из исследуемой группы.

Таблица 1

Соотношение состава семьи в обеих группах

Признаки	Исследуемая группа, %	Группа сравнения, %	Уровень значимости по критерию Фишера ц*
В полной семье	33,3	59	**ц***= 2 p <0,05
Только мать	41,7	16	**ц***= 1,8 p <0,05

Немаловажен тот факт, с кем живут дети. В группе сравнения количество детей живущих с родителями, а не с родственниками или в детском доме, в 1,5 раза больше, чем количество детей, живущих с родителями, в исследуемой группе (таблица 2).

Таблица 2

Условия состава семьи детей обеих групп

Признаки	Исследуемая группа , %	Группа сравнения, %	Уровень значимости по критерию Фишера ц*
С родителями	51,7	77	**ц***= 2,5 p <0,05
У родственников	23,3	3	**ц***=1 p >0,05
Живет в дет. доме	25	20	**ц***=0,36 p >0,05

Немаловажное значение в развитии детей имеет готовность родителей к появлению ребенка, то есть желанность данной беременности. Вступая в жизнь, младенец, с одной стороны, имеет дело с неведомым ему миром, а с другой – с хаосом своих собственных чувств. Мать находится рядом с ним, чтобы удовлетворить его потребности, как биологические (пища, гигиена), так и эмоциональные. Именно она упрочивает неокрепшее «Я» ребенка и дает ему первое представление о мире. Отношения

мать-ребенок, являются главной предпосылкой и основным источником развития личности ребенка.

По данным, приведенным в таблице 3, о полных сведениях и характере беременности матери судить не представляется возможным, так как в общей группе значительное количество составили дети из детского дома (в исследуемой группе 25%, в группе сравнения 20%).

Таблица 3

Желанность беременности матерей детей исследуемой группы и группы сравнения

Признак	Исследуемая группа, %	Группа сравнения, %	Уровень значимости по критерию Фишера ц*
Желанная беременность	38,3	74	**ц***= 3,08 p <0,01
Нежеланная беременность	36,7	6	**ц***=1,75 p <0,05
Не установлено	25	20	**ц***=0,36 p >0,05

Но, в исследуемой группе желанность иметь ребенка встречалась в 1,9 раза реже, чем в группе сравнения. Также мы выявили, что часть матерей не хотели данной беременности и количество нежеланных беременностей в 6 раз чаще встречалось в исследуемой группе, чем в группе сравнения

Важным моментом в настоящем исследовании являлось изучение внутрисемейных отношений. В частности, нас интересовал вопрос о взаимоотношениях членов семьи. В этом аспекте были определены шесть позиций, оценивающих взаимоотношения в семьях обследованных детей: функции и гибкость ролей членов семьи (линия поведения); правила, принятые в семьях; соблюдение границ свободы и прав всех членов семьи ребенка; способы общения между членами семьи или коммуникации; поощрение того или иного стиля поведения у детей; исход развития личности (таблица 4).

Таблица 4

Базисные характеристики семьи детей обеих групп

Признак	Исследуемая группа, %	Группа сравнения, %	Уровень значимости по критерию Фишера ц*
Гибкость ролей, взаимозамещаемость функций	21,7	57	**ц***= 2,56 p <0,01
Негибкость ролей, функции ригидные	78,3	43	**ц***=3,76 p <0,001
Границы признаются и уважаются	31,7	41	**ц***= 2,2 p <0,05
Границы отсутствуют, либо ригидные, узкие	68,3	59	**ц***=1,7 p <0,05
Коммуникации прямые, чувства открытые, можно говорить свободно	15	63	**ц***= 2,99 p <0,01
Коммуникации непрямые, скрытые, чувства не ценятся.	85	37	**ц***=4,8 p <0,001
Поощряется зависимость или покорность индивиды не способны решать проблемы и конфликты.	36,7	64	**ц***= 2,2 p <0,05
Поощряется бунтарство, умение настоять на своей точке зрения несмотря ни какие доводы	63,3	36	**ц***=2,4 p <0,05
Конструктивный жизненный сценарий (высокое качество жизни)	15	69	**ц***= 3,29 p <0,001
Деструктивный жизненный сценарий (низкое качество жизни)	85	31	**ц***=5,97 p <0,001

При анализе полученных данных мы определили, что гибкость ролей, взаимозамещаемость функций в 2,6 раза чаще отмечалась в семьях детей группы сравнения. И наоборот, негибкость линии поведения членов семьи ребенка, ригидность исполняемых ими функций в 1,8 раза чаще встречались в семьях детей из исследуемой группы.

В отношении правил, принятых в семьях детей, необходимо отметить разницу между исследуемой группой и группой сравнения. При этом представилось возможным установить общую тенденцию снижения количества семей с гуманными правилами, способствующими развитию гармонии и поощряющими честность в исследуемой группе, что составило 1,3 раза реже, чем в семьях детей группы сравнения.

По способам коммуникации между членами семей, дети исследуемой группы так же находятся в менее благоприятных условиях. Такие условия, как прямые коммуникации, открытые чувства встречаются 4,2 раза реже, чем в группе сравнения. Напротив, сложность в общении, скрытность, безучастность к чувствам членов семьи встречается в 2,3 раза чаще.

Разница в воспитании и стереотипе поведения ребенка составила следующие значения: в исследуемой группе в 1,7 раза реже отмечались рост и независимость индивида, способность видеть проблемы, конфликты и решать их. Зависимость от родителей или покорность им, неспособность решать проблемы и конфликты, бунтарство, в 1,8 раза чаще преобладало у детей, употребляющих психоактивные вещества, чем у детей их неупотребляющих.

В конечном итоге определилось формирование того или иного жизненного сценария ребенка. Конструктивный жизненный сценарий или высокое качество жизни в 4,6 раза преобладали в группе сравнения и, напротив, деструктивный жизненный сценарий, низкое качество жизни в 2,7 раза преобладало у детей исследуемой группы.

При изучении характеристики процессов обучения детей, употребляющих психоактивные вещества и неупотребляющих, мы получили следующие результаты. У детей, неупотребляющих психоактивные вещества, школьный материал усваивался с легкостью в 2,8 раза чаще (таблица 5).

Таблица 5

Характеристика процессов обучения детей группы сравнения и исследуемой группы

Признак	**Исследуемая группа, %**	**Группа сравнения, %**	**Уровень значимости по критерию Фишера ц***
Школьный материал усваивает с легкостью	18,3	52	**ц***= 2,2 p <0,05
Испытывает эпизодические трудности в учебе	41,7	36	**ц***=1,3 p >0,05
Испытывает постоянные трудности в учебе	40	12	**ц***= 1,1 p >0,05
Трудности, связанные с нарушением поведения	59,2	27,1	**ц***=1,9 p <0,01
Трудности, связанные с нарушением процесса общения	40,8	72,9	**ц***=2,35 p <0,05

Связь затруднения в учебе разделилась на две категории. Трудности, связанные с нарушением поведения у детей, свойственны младшему школьному возрасту. Трудности, связанные с нарушением процессов общения, скорее, свойственны подростковому возрасту и практически не свойственны младшим школьникам. Но анализируя результаты, мы видим, что дети, употребляющие психоактивные вещества, имеют трудности, связанные с нарушением поведения в 2,2 раза чаще, а также трудности в учебе, связанные с нарушением процессов общения в группе сравнения в 1,8 раза чаще, чем в исследуемой группе.

Социальная дезадаптация является одним из индикаторов развития, так называемого, наркоманического дефекта, когда изменения личности детей характеризовались утратой прежних интересов, безучастностью, безынициативностью, выраженной агрессивностью, конфликтностью. По данным таблицы 6, достоверно значимо, отмечалось преобладание доли детей с признаками социальной дезадаптации. Причем, в исследуемой группе количество детей с выраженной агрессивностью в 1,5 раза преобладало над детьми группы сравнения. Утрата прежних интересов, безучастность детей в 2,3 раза чаще наблюдаются в группе неупотребляющих психоактивные вещества, чем у детей употребляющих.

Таблица 6

Проявление социальной дезадаптации у детей обеих групп

Признак	Исследуемая группа, %	Группа сравнения, %	Уровень значимости по критерию Фишера ц*
Агрессивность, конфликтность	78,3	51	**ц***= 2,97 p <0,01
Утрата прежних интересов, безучастность, безынициативность	21,7	49	**ц***=1,9 p <0,05

С целью исследования полноценной информированности о негативных последствиях употребления психоактивных веществ, препятствующих реализации основных жизненных сценариев, мы провели анкетирование детей. Анкета включала в себя вопросы, входившие в базисную карту, разработанную РНПЦ МСПН.

Результаты исследования показали, что на вопрос *«Знаешь ли ты обо всех возможных рисках, связанных с употреблением наркотиков и других психоактивных веществ?»* - 78,3% детей из второй группы и 82% из первой ответили «да» (рисунок 1). Часть детей – 10% и 9% обеих групп, соответственно, затруднились с ответом.

Рисунок 1

Результаты осведомленности детей обеих групп о последствиях употребления психоактивных веществ

Ряд ответов носил формальный характер. Это показывают ответы по позиции: «Представление о наркотических веществах». В целом, младшая возрастная группа имеет средний уровень осведомленности по данной теме. Дети, неупотребляющие психоактивные вещества, считают, что наркотиками является химическое вещество, вызывающее физическую и психическую зависимость в 2,7 раза чаще, чем употребляющие. Большая часть детей исследуемой группы считает, что наркотическими веществами является токсическое вещество, вызывающее отравление (в 2,8 раз больше, чем в группе сравнения). Тем самым, этот показатель говорит нам о более качественной информированности детей группы сравнения в данном вопросе. Но вызывает опасение тот факт, что четверть детей из группы сравнения и треть детей из исследуемой группы воспринимают наркотики как лекарство (таблица 7). Факт того, что часть детей затруднилась с ответом, говорит о недостаточной информированности в данной области, необходимой для формирования верного представления о наркотических веществах, в обеих группах.

Далее мы анализировали ответы на вопрос о способах употребления наркотических веществ. Здесь мы получили следующие результаты. Дети младшего школьного возраста имеют высокий уровень осведомленности о таком способе употребления наркотических веществ, как внутривенное введение (84,4% - группа сравнения и 98,2% - исследуемая группа). Это можно объяснить тем, что данная группа населения значительно чаще, чем взрослое

Таблица 7

Представление о наркотических веществах у детей группы сравнения и исследуемой группы

Признак	Исследуемая группа, %	Группа сравнения, %	Уровень значимости по критерию Фишера ц*
Химическое вещество, вызывающее физическую и психическую зависимость	19,2	51,1	**ц***= 2 p <0,05
Лекарство, изменяющее психическое состояние	30,8	24,4	**ц***= 0,4 p > 0,05
Токсическое вещество, вызывающее отравление	46,2	16,7	**ц***= 2 p <0,05
Другое	3,8	7,8	**ц***= 0,4 p > 0,2
Затрудняюсь ответить	13,3	10	**ц***= 0,2 p > 0,05

население нашей Республики, получает информацию о проблеме наркомании по телевидению. Об остальных способах употребления наркотических веществ фиксируется низкий уровень осведомленности. Также важен тот факт, что дети обеих групп исключают способ употребления наркотического вещества в виде внутримышечного введения и с пищей (таблица 8). Затруднялись с ответом дети, неупотребляющие психоактивные вещества в 1,8 раза чаще, чем дети исследуемой группы.

Таблица 8

Осведомленность о способах употребления наркотических веществ у детей обеих групп

Способы употребления	Исследуемая группа, %	Группа сравнения, %	Уровень значимости по критерию Фишера ц*
-внутривенные инъекции	98,2	76	**ц***= 2,8 p <0,05
- курение	40	13,3	**ц***= 1,7 p <0,05
- ингаляционный	45,6	12,2	**ц***= 2,2 p <0,05
- внутримышечные инъекции	-	-	-
- с пищей	-	-	-
- в любом из перечисленных способов	-	3,3	-
- затрудняюсь ответить	5	9	**ц***= 0,5 p > 0,05

Большая часть детей, употребляющих психоактивные вещества, осведомлена о том, что способом употребления наркотических веществ является внутримышечное (в 1,3 раза чаще) и ингаляционным способом (в 3,7 раза чаще, чем в группе сравнения).

Анализируя результаты по данному разделу, мы можем сказать о более высокой информированности детей, употребляющих психоактивные вещества. В связи с этим, мы сделали акцент на источнике информации, получаемой ребенком младшей возрастной группы.

Опрос выявил некоторые тенденции в этой проблемной области. Анализ результатов показал, что основным источником информации антинаркотической направленности являются средства массовой информации (телевидение) – дети, неупотребляющие и употребляющие психоактивные вещества, указывают на него в 71,7% и 74,1% соответственно. Так же половина детей, употребляющих психоактивные вещества, получает сведения о проблеме наркомании из такого источника, как друзья и знакомые, что в 4,5 раза чаще, чем дети, неупотребляющие. Вызывает опасение тот факт, что в 4 раза чаще дети исследуемой группы ответили на данный вопрос - «увидел на улице, во дворе». Малое количество учеников 1-4 классов, употребляющих и неупотребляющих психоактивные вещества, получают данную информацию от учителей и родителей. Особенно настораживает то, что исследуемая

группа в 1,6 раза реже получает информацию о проблеме наркомании от учителей и в 4,7 раза реже от родителей, а также не получают никакой информации в 3 раза чаще, чем группа сравнения (таблица 9). Поэтому, дети заполняют образовавшийся вакуум доступной информацией, которая может подтолкнуть их к употреблению психоактивных веществ.

Таблица 9

Источники информации о проблеме наркомании

Источники информации	Исследуемая группа, %	Группа сравнения, %	Уровень значимости по критерию Фишера ц*
СМИ	74,1	71,7	**ц***= 0,4 p > 0,05
Родители	10,3	48,3	**ц***= 2,2 p <0,05
Учителя	8,6	14,1	**ц***= 0,6 p > 0,05
Друзья, знакомые	50	11,1	**ц***= 2,6 p <0,05
«Видел на улице, во дворе»	12	3	**ц***= 0,3 p > 0,05
Не получаю	3,3	1	-

В анализе источников получаемой информации и предпочитаемых источников детьми младшего школьного возраста источников мы получили следующие результаты (таблица 10). При сопоставлении данных по исследуемой группе и группе сравнения была получена достоверная разница по таким признакам. Для детей обеих групп предпочитаемым источником информации, в большей степени, являются родители, учителя и врачи. Но дети группы сравнения больше доверяют такому источнику информации как учителя в 1,4 раза и родители в 1,6 раза больше, чем дети исследуемой группы. Также важен тот факт, что врачей, как источник информации, дети группы сравнения выбирают в 2 раза чаще, чем дети исследуемой группы.

Для детей младшего школьного возраста родители и учителя являются наиболее значимыми людьми из их социального окружения. Поэтому качество и частота получения информации, именно из данных источников, влияет на формирование взглядов детей на рассматриваемую проблему. Но как мы видим, родители и учителя, окружающие ребенка, не уделяют достаточного внимания этой теме. Хотя, именно они могли бы формировать у ребенка устойчивое негативное отношение к наркотикам и осмысленную мотивацию отказа от их употребления.

Таблица 10

Соотношение предпочтения источника информации детьми исследуемой группы и группы сравнения

Источники информации	Исследуемая группа, %	Группа сравнения, %	Уровень значимости по критерию Фишера ц*
СМИ	11,7	17	**ц***= 0,4 p > 0,05
Родители	48,3	76	**ц***= 2,7 p <0,05
Учителя	30	42	**ц***= 2,2 p <0,05
Друзья, знакомые	13,3	14	**ц***= 0,04 p > 0,05
Врачи	33,3	68	**ц***= 2,7 p < 0,05
Сотрудники МВД	8,3	18	**ц***= 0,7 p > 0,05

Следовательно, основная проблема заключается не в количестве получаемой информации о психоактивных веществах, а в качестве и в особенности восприятия данной информации, в

зависимости от сформированности свойств антинаркотической устойчивости у детей.

Следовательно говорить о полноценной информированности о негативных последствиях употребления психоактивных веществ, препятствующих реализации основных жизненных сценариев в исследуемой группе невозможно.

Особенностью формирования свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости в младшем школьном возрасте является их тесная связь с условиями воспитания и характеристикой межличностных отношений в семье ребенка с прямой зависимостью рисков вовлечения в потребление психоактивных веществ со степенью деструктивности семьи.

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ И ПЕРЦЕПТИВНОЕ ВОСПРИЯТИЕ ТЕЛЕПРОГРАММ СТУДЕНТАМИ, НАХОДЯЩИХСЯ В СОСТОЯНИИ НАРКОЗАВИСИМОСТИ. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ.

С. В. Персиянцева г. Москва

Наркомания - бич XXI века. Употребление наркотических и психоактивных веществ является одной из основных социальных опасностей общества. Проблема наркомании в современной России вызывает особую озабоченность не только из-за катастрофического числа наркоманов, но и из-за темпов, с которыми наркомания охватывает все большее количество людей.

Несмотря на то, что данная проблема в научной литературе освещена достаточно широко, для эффективного решения необходимо изучать её с разных сторон. Целью нашего исследования является анализ влияния индивидуально-психологических особенностей наркозависимых студентов на восприятие телепередач. Опираясь на существующие в психологической науке теоретические положения и анализ реальной ситуации, в условиях телевизионного просмотра, нами рассматривалась гипотеза о существовании связи между наркотической и телевизионной зависимости.

Средства массовой информации прочно вошли в жизнь современного общества. Осуществляя социальный контроль и управление, влияя на формирование общественного мнения, формирование личности, распространяя знания, опыт и культуру, информируя самые широкие слои населения о происходящих событиях, они тем самым выполняют важнейшие функции поддержания отношений между людьми. Эффективность этой деятельности при современном понимании механизмов массовой информации, сложившемся в психологии и других общественных науках, определяется нуждами и потребностями членов общества (Богомолова, 1992; Лауристин, 1995).

Среди функционирующих сегодня средств массовой информации телевидение обладает наибольшими возможностями для удовлетворения потребностей человека (Копылова, 1982; Пронина, 1987). Это делает его одним из самых популярных и выгодных продуктов потребления среди всего населения, в том числе среди студентов.

На сегодняшний день основное внимание в исследовательских работах, посвященных психологическим, социологическим, экономическим аспектам деятельности телевизионных каналов уделяется, как правило, социологическому аспекту, забывая при этом о психотерапевтическом воздействии. Целью большинства исследований является определение рейтингов популярности, с помощью которых выясняется количественный состав телеаудитории. Однако, глубинные механизмы, позволяющие понять мотивацию ее поведения, при этом часто остаются невыясненными. Важную роль в понимании причин поведения потребителей, телеаудитории играют исследования когнитивных процессов. Зависимость этих процессов от потребностей и мотивов человека, а также обусловленность всем его социальным опытом делают их основными «регуляторами социального поведения человека» (Андреева Г. М., 1997).

Функция участия в формировании общественного мнения основывается на потребности индивидов быть не только пассивными получателями информации, но и самим проявлять социальную активность в информационных процессах общества, в частности в создании определенного общественного мнения по разным значимым для общества и его членов вопросам. В рамках этой точки зрения широко используется концепция «использование и удовлетворение» («uses and gratifications»), утверждающая, что «скорее реципиент приспосабливает средства массовой коммуникации к своим потребностям, чем средства массовой коммуникации подчиняют себе его» (Katz, 1975, с.115).

У каждого студента есть потребность чувствовать свою приобщенность к одним группам и отмежевание от других. Удовлетворение данной потребности способно повышать у человека чувство собственной защищенности, уверенности в своих силах, высокую стрессоустойчивость. Важную роль

в данном случае играет психологическое отнесение студентом себя к тем или иным значимым для него группам, референтным, мнение которых авторитетно для него по самым различным причинам. Члены референтных групп нередко служат образцом для подражания. Информационная осведомленность создает любому реципиенту практически неограниченные возможности для выбора самых разнообразных референтных групп, как тех, которые он знает по собственному опыту, так и тех, с которыми он не имеет возможности непосредственно взаимодействовать в реальной жизни. В основе выбора человеком тех или иных референтных групп лежат его взгляды, убеждения, ценностные ориентации (Андреева, 1997).

При всем многообразии жизненного выбора с каждым днем все больше и больше людей, особенно в молодежной среде, страдают злоупотреблением химически активных веществ. Проблемы здоровья, социальные проблемы, связанные с этим злоупотреблением, являются результатом сложного взаимодействия между химически активными веществами, конкретным человеком и средой. Наркомания в силу своей распространенности привлекает к себе ученых, исследователей, которые пытаются найти пути решения этой психологической и физиологической проблемы.

Решение употреблять наркотики сами студенты объясняют просто, легко. Эти объяснения чаще всего сводятся к уходу в той или иной форме, желанию испытать иллюзорный мир успеха и счастья. Мотивы употребления наркотиков различны: использование наркотиков для стимуляции (отвлечение от скуки обыденной жизни), для расслабления (уход от жизненных забот), эмоциональная разрядка (преодоление фрустраций), стремление к новым ощущениям, а кто-то использует наркотики как лечебные средства, снотворное, например. Некоторые ученые полагают, что наркотическая потребность легко возникает у тех, у кого не воспитана жажда знаний, творчества, справедливости, лидерства, успеха. Большинство из них сознают, что делают неправильно, но ничего с собой сделать не могут из-за отсутствия соответствующего воспитания.

Долгое время основное внимание исследователей студенческой наркомании в нашей стране было сосредоточено на фармакологическом воздействии наркотических веществ, динамике физиологических процессов и общего состояния здоровья при систематическом употреблении психоактивных веществ. Между тем, проблему, связанную со злоупотреблениями психоактивных веществ, следует рассматривать как проблему личности, принимающей наркотик в конкретной социальной ситуации. Недооценка психологических факторов, механизмов в возникновении и динамике наркомании нашла свое отражение в позиции официальной наркологии, понимающей наркоманию как группу заболеваний, вызываемых систематическим употреблением наркотических веществ и проявляющуюся изменением реактивности психики, физиологической зависимостью. С точки зрения психологии, студенческая наркомания рассматривается как проблема личности, принимающей наркотики в определенном социально-культурном контексте. При этом общество, социальная или культурная среда, реагируя на неё, «встраиваются» своими реакциями в «наркоманский» тип поведения. (Березин, 1998; Власова, 2004).

Э. Фромм рассматривает употребление наркотиков как частный случай культа потребительства среди молодёжи, следовательно, мотивом приобщения к наркотикам служит стремление «потреблять счастье» как товар.

Это может быть объяснено наличием низкого уровня эндорфинов (гормонов счастья), которые вырабатываются у человека. Люди с такой особенностью остро воспринимают негативную информацию, при этом позитивную информацию они почти не замечают. Низкий уровень эндорфина ведет к чувству дискомфорта, отсюда частое впадение в депрессию, совершенная непереносимость боли, плохо преодолеваются неприятности и разочарования. Такая особенность человека может являться предрасположенностью к наркотической зависимости. Не исключено, что тяга к наркотикам таких людей связана с потребностью получать приятные ощущения.

При анализе динамики развития наркотической зависимости, очевидно, что болезнь овладевает человеком постепенно. Сначала он, скрывая свое пристрастие, еще учится, живет в своем привычном окружении. Затем поведение его уже заметно отличается от поведения здорового человека: он постоянно озабочен, напряжен, так как главная его цель - наркотики. Через определенное время человек бросает учебу, происходят изменения отношения к окружающим, личных привычек и внешнего вида. Наркозависимый подросток теряет своих друзей, свой привычный круг жизни. При употреблении наркотиков происходит нарушение всех органов жизнедеятельности организма. Наступает психическая и социальная деградация. Все познавательные процессы снижены, ухудшена память, особенно страдает оперативная память. Ослаблено внимание, способность сосредоточения. Восприятие информации затруднено. Наркоман почти не реагирует на обращения, трудно и медленно соображает. Реакция на получаемую информацию вялая, заторможенная, апатичная (Уваров, 2004).

Употребление наркотиков приводит к тяжелому повреждению головного мозга. Когда интоксикация (отравление) наркотиком проходит, функции головного мозга как будто бы восстанавливаются, но медицинские исследования показали, что это восстановление далеко не полное. Остаются поначалу

малозаметные изменения, которые психиатры называют дефектом. В зависимости от интенсивности приема наркотиков эти изменения быстрее или медленнее накапливаются (Фридман, 1998).

В результате, по свидетельству многих врачей, длительно работающих с наркоманами, ранее веселый и энергичный человек становится заторможенным, апатичным, вялым. У многих наркоманов отношение к миру агрессивно направленное. Наркоманам безразличны уважение окружающих, общественное мнение, нормы нравственности. Все эти изменения влияют на их эмоциональное и перцептивное восприятие информации. Химически зависимый человек изменяет и стиль своего поведения, которое направлено на личные ощущения: состояние эйфории, наслаждения, уход в мир иллюзий, уход от повседневной реальности. Полоса отчуждения, непонимания отделяет человека свободного и человека химически зависимого. Наркозависимый студент никому не верит и конечно не верит той информации, которую он получает, может быть даже помимо своего желания. Реакция на информацию чаще всего пассивная, нет заинтересованности в ней.

В исследовании участвовало 53 человека. Для того чтобы исследование отражало более полную картину зависимости, мы проводили его с двумя группами. Одна группа (32 человека) включала студентов 3 курса Московского Государственного университета сервиса и 6 курса Университета Российской академии образования. Другая группа (21 человек) состояла из пациентов Городской наркологической клиники № 17, находящихся на стационарном лечении. Они были также студентами московских вузов, имеющими синдром зависимости от опиоидов со средней давностью заболевания - 4,5 года. Возраст испытуемых от 19 до 23 лет.

Поскольку личность человека не только зависима от потребляемой массовой информации, но и осуществляет её выбор, то на первом этапе исследования оценивалась степень активности её потребления и отношения к различным её видам.

Активность просмотра информационных телепрограмм значительно выше у наркозависимых испытуемых. Среди них смотрят каждый день информационные телепрограммы 53%, один раз в неделю всего 14%. Среди испытуемых, не имеющих химической зависимости, 28% смотрят информационные телепередачи каждый день, один раз в неделю - 56%. Этот факт может быть объяснен спецификой ситуации, в которой находились наркозависимые. Они имели больше свободного времени, находясь в клинике. Предпочтения выбора в двух группах различны. Так наркозависимые студенты на вопрос: «Какие программы Вы предпочитаете?» давали следующие ответы: «спорт, кино, развлекательные программы, криминал; любые, главное чтоб интересно было». Другая группа студентов чаще выбирала информацию, которая затрагивает события, происходящие внутри страны, международные новости, а также телевизионную информацию, которая затрагивает познавательные интеллектуальные сферы деятельности человека. На вопрос: «Какие программы Вы предпочитаете?» они отвечали: «научные, интеллектуально-образовательные, культурно-просветительские, информационно-познавательные, ««Умники и умницы», «Час суда», «Журналистские расследования».

Предпочитаемые области информации студентами

Предпочитаемые области информации химически зависимыми людьми

1 – новости внутри страны
2 – финансовые новости
3 – политические новости
6 – новости культуры
4 – международные новости
7 – новости спорта
5 – криминальные новости
8 – любопытная информация

Помимо этого, обозначились некоторые различия в предпочтениях содержания информационных программ в двух группах студентов. Так, не имеющие наркотической зависимости, чаще выбирали информацию, которая затрагивает события внутри страны – 20%, международные новости – 19%. Наркозависимые телезрители предпочитают криминальную информацию – 23%, новости внутри страны – 20%, любопытную информацию – 18%. 11% студентов интересовались информацией в области культуры, в то время как химически зависимые испытуемые полностью её проигнорировали (0%).

Вместе с тем наркозависимая аудитория демонстрирует низкую степень доверия ко всем областям потребляемой телевизионной информации, кроме культуры. Степень доверия у студентов ко всем областям информационных телепрограмм значительно выше.

Таблица 1

Уровень доверия в информационных областях

	политики	экономики	культуры
студенты	57%	65%	81%
наркозависимые	10%	10%	65%

Таким образом, обнаружен парадоксальный факт – наибольшее доверие у наркозависимых вызывает наименее интересующая их информационная область.

В обеих группах испытуемых обнаруживается взаимосвязь степени активности просмотра со степенью доверия к получаемой информации в целом. Выявлены прямые корреляции: чем выше активность просмотра, тем степень доверия выше.

По результатам исследования выявились различия активности восприятия, так активно смотрящие наркозависимые студенты отличаются от пассивно смотрящих по следующим свойствам: более высокая эмоциональная стабильность, чувствительность, склонность к эмпатии, сочувствию, пониманию других людей, наблюдается стремление к соблюдению общепринятых правил и норм (соблюдают режим, выполняют все предписания врача). Пассивно смотрящие наркозависимые студенты отличаются от активно смотрящих большей недоверчивостью, как к телевизионным передачам, так и к любой информации в целом, недоверием к миру, людям, склонность к конформизму.

Для того чтобы выяснить, на какие аспекты информации обращают внимание наши испытуемые, мы использовали метод репертуарных решеток. На основе полученных нами результатов можно отметить, что наиболее активными потребителями информационной телепродукции являются химические зависимые студенты. Активно смотрящие наркозависимые предпочитают криминальную хронику, информацию внутри страны и любую развлекательную информацию. При этом они игнорируют аналитическую информацию и информацию в сфере культуры. Уровень доверия к информации низкий как у активно смотрящих, так и у пассивно смотрящих наркозависимых (исключение составляет область культуры). Конечно, здесь наблюдается противоречие, так как с одной стороны наркозависимые игнорируют информацию в области культуры, с другой стороны - доверяют ей. Предлагаемая психотерапевтическая коррекция базируется на выявленном эмпирическим путем противоречии.

Анализируя литературу в области психотерапевтических программ можно отметить, что многие специалисты, работающие с наркозависимыми, часто используют в своей практике в качестве терапевтического воздействия разъяснительно-информационный тренинг, который, на наш взгляд, является мало эффективным на сегодняшний день.

Уже недостаточно рассказывать о негативных последствиях приёма психоактивных веществ и прибегать к пропаганде здорового образа жизни. Добровольный отказ от наркотических веществ достигается путем полной трансформации сознания, разрушения сложившихся установок, стереотипов, формирования нового позитивного мышления, отношения к себе и к окружающему миру.

Мало эффективен ситуационный тренинг, где проводится разбор типичных, индивидуальных ситуаций, при которых происходит рецидив. Также как и поведенческий тренинг, на котором отрабатываются навыки, умения, например, «сказать нет». Низкая эффективность связана, в первую очередь, с тем, что бихевиоральные техники направлены на поведенческое изменение и не затрагивают глубинных пластов сознания. А потому нельзя дать однозначных гарантий, что эти навыки будут доведены до автоматизма. И в нужный момент человек сумеет ими воспользоваться.

Именно переконструирование личности, его сознания, способно решить данную проблему.

Психотерапевтическая коррекция подбирается индивидуально с учетом личностных особенностей наркозависимого. Она имеет ряд общих признаков. Психотерапевтическая коррекция состоит из трех ступеней:

1. Осознавание зависимости. Больному показывают ряд короткометражных художественных фильмов, в которых главный герой добровольно или под влиянием обстоятельств усугубляет свою проблему. При этом идет переоценка жизненного опыта, нарастает и катализируется внутреннее напряжение. В сущности, клиента погружают вглубь проблемы. На втором этапе первой ступени пациенту предлагаются сочинить и снять свою мультипликационную историю (арт-терапия). При этом события, прожженные им, будут оцениваться и восприниматься по-другому. Это задание выполняется по принципу «взгляда на свою жизнь со стороны».

2. Раскрытие внутреннего личностного потенциала. Накопление ресурсов. На этой ступени эффективно использовать техники Эриксоновского гипноза: нахождения ресурсных мест, приятное сопровождение, метафоры изменения, снижения зависимости, метафоры личностного роста. В сочетании с гипнотерапией эффективное воздействие может оказывать позитивная психотерапия и телесно-ориентированная психотерапия (комплексное воздействие) и другие. Задача второй ступени раскрытия компенсаторных и адаптационных возможностей организма, которые заложены в основе психологической реабилитации. Согласно концепции о компенсаторных механизмах К. А. Анохина, компенсаторная работа осуществляется через восстановление высших социальных потребностей: гармонизированного общения, признания, любви, уважения, самовыражения как активного деятельностного начала. Наше исследование и предыдущие научные работы подтверждают, что эти потребности у наркозависимых людей не удовлетворены.

3. Обретение знания. На этой ступени формируется созидательная жизненная программа, развиваются стратегии высокофункционального поведения и навыков, путем позитивного символического опосредования. Формируется и закрепляется способ «лучший жизненный выбор». Жизнь можно рассматривать как процесс выборов. Нам приходится выбирать между знанием и праздностью, между ростом и безопасностью, между прогрессом и регрессом. Каждый выбор имеет свои позитивные и негативные аспекты. Выбирать безопасное – значит остаться при знакомом, известном. «Лучший жизненный выбор» - выбор, который решается в пользу роста, а значит открыть себя новому, неожиданному опыту, стремясь к позитивным изменениям.

Конечно, психотерапевтическая коррекция может оказать эффективное влияние, если пациент имеет сильную мотивацию выздороветь. Тогда программа может оказать существенную помощь в формировании внутренней готовности к самосовершенствованию, самоанализу, объективной оценке событий, техническому мышлению.

Психотерапия зависимости сложный трудоёмкий процесс. Эффективность такого процесса основана на доверии, партнерстве пациента и врача, психолога.

Литература:

1. *Андреева Г. М. Психология социального познания. - М., 1997*
2. *Багиров Э. Г. Методологические проблемы изучения средств массовой информации. // Телевидение: вчера, сегодня, завтра. - М., 1981. - Вып. 1*
3. *Байкова В. Г. Наркомания в России: состояние, тенденции, пути преодоления. - М., Владос – Пресс, 2003*
4. *Березин С. В. Психологические особенности наркоманов периода взросления. - Самара, «Самарский университет», 1998*
5. *Богомолова Н. Н. Специфика межличностного восприятия в массовой коммуникации // Межличностное восприятие в группе / Под ред. Г. М. Андреевой, А. И. Донцова. - М., 1992*
6. *Власова Н. В. Наркомания подростков как психологическая проблема. - М., МГОУ, 2004*
7. *Захарова Н. П. Психотерапия пограничных и психических расстройств и состояний зависимости. - М., 2004*
8. *Копылова Р. Параллели: телевидение и художественное мышление «технической эры» // Телевидение вчера, сегодня, завтра. - М. 1982. - Вып. 2*
9. *Курек Н. С. Нарушение психической активности и злоупотребление психоактивных веществ в подростковом возрасте. - Спб., Алетейя, 2001*
10. *Лауристин М. Коммуникация массовая // Энциклопедический социологический словарь / Общ. ред. Г.В.Осипова. - М., 1995. - С. 287-288*
11. *Поздняков М. Е. Наркомания как форма девиантного поведения. - М., ИС РАН, 1997*
12. *Пронина Е. Е. Категориальная структура восприятия телевизионных передач // Автореферат дисс. на соиск. уч. ст. канд. психол. наук. - М., 1987, 22 с.*
13. *Психологическое консультирование и психотерапия. Под ред. Фенько А. Б. - М., 1998*
14. *Уваров И. А. Наркомания. Краткая характеристика. - Домодедово, 2002*
15. *Фридман Л. С. Наркология. - М., СПб., 1998*
16. *Фромм Э. Бегство от свободы. - М., 1990*
17. *Katz E. The two steps of communication. - London, Opin Quart., 1975*

СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ЛИЧНОСТИ В НАРКОЛОГИИ

Б. А. Шахметов

Сложное, но реальное и конкретное понятие личности имеет социально-психологическую и материальную, биологическую, нейрофизиологическую основу. Она включает в себя понятия – генотип, фенотип, темперамент, характер, тип высшей нервной деятельности, способности, направленность и др..

Любая личность при всей своей сложности и неповторимости имеет общее для всех людей строение, включающее в себя четыре составные части (Семке В. Я., 2001). Это социально обусловленные свойства и качества – мировоззрение, направленность интересов, моральные характеристики, во-первых. Во-вторых – биологически обусловленные параметры – задатки, инстинкты, темперамент и др.. В-третьих – это особенности отдельных психических процессов (например, зрительная, слуховая музыкальная память, чувство ритма и т.д.). И, в-четвертых – опыт, накопленные знания, навыки, умения и привычки. Разумеется, не все черты личности равнозначны, но наиболее существенным является взаимосвязь всех черт в едином целом. Поэтому К. Шнайдер личность определил как «единство чувств и оценок, стремлений и желаний».

По мнению Кирпиченко А. А. (2004) из всего многообразия свойств личности можно выделить 6 групп, которые определяют личностные проявления.

1 группа - Природные свойства, определяющие индивидуальные особенности, динамику психической деятельности

1. Скорость возникновения и устойчивость психических процессов (скорость восприятия и мышления, длительность ощущений, яркость воображения и др.)

2. Выраженность психических процессов (чувств, эмоций и воли)

3. Тема и ритма психической деятельности

4. Направленность психической деятельности (стремление к новым впечатлениям, широким контактам, или, погруженность в себя, осторожность), экстраверсия, интроверсия

2 группа – Черты, проявляющиеся в межличностных отношениях

1. Это чуткость, отзывчивость, справедливость, благородство, нежность, доверчивость и другие аналогичные или противоположные свойства

2. Важнейшая черта личности – общительность. Она выражает заинтересованность человека в коллективных видах деятельности, жить в семье, работать в группе, в команде

3 группа – Устойчивые черты личности, отражающие самосознание

1. Отношение к самому себе, требовательность, самокритичность, гордость, чувство собственного достоинства, уверенность в себе или чувство неполноценности, хвастливость, зазнайство, самомнение и другие качества, связанные с неправильной самооценкой.

2. Самооценка – это важнейшее качество самосознания. Достойное уважительное отношение к самому себе без переоценки или недооценки – очень важное качество личности

4 группа – Отношение к вещам и материальным ценностям

Это устойчивые черты личности – как щедрость или скупость, аккуратность или неряшливость, бережливость или расточительность. Приобретение и владение вещами не должно становиться смыслом жизни.

5 группа – Отношение к различным видам деятельности

Это трудолюбие, добросовестность, ответственность, аккуратность, дисциплинированность. На отрицательном полюсе – лень, недисциплинированность, безответственность, формальное отношение к деятельности.

6 группа – Это нравственные свойства личности, ориентированные на:

1. Принципы добродетели

2. Моральные нормы

3. Основной признак – это совесть

4. Сформированное мировоззрение, как система взглядов на мир, общество и на самого себя.

5. Деятельность может приобретать творческий характер, а уровень суждения достигать понимания общечеловеческих целей, задач и идеалов. Примером может служить мысль, высказанная великим Аль-Фараби: «Вся земля была бы благословенной, если бы народы мира помогали друг другу в достижении счастья».

Личность в структурном отношении имеет субстанциональную, наследственную, соматическую и идеальную, приобретенную, психогенную составляющую части. В целом, в структуре личности проявляется единство биологических, психологических и социальных компонентов.

В процессе своего развития личность удаляется от своего природного исходного состояния, которое приобретает все более подчиненное значение и основным определяющим признаком становятся особенности ее социальной и трудовой деятельности. Формируются различные отношения к окружающей действительности. Возникают сознательные чувства симпатии или антипатии, проявляются интересы и потребности, правильная оценка. Влияние среды определяет поведение. Интересы личности характеризуют отношение к

определенному предмету, объекту, явлению окружающей среды. Интересы являются стимулом, побудительной силой к знаниям и действиям.

При оценке личности весьма важным является определение уровня целей и задач, которые ставит перед собой человек. Они могут быть эгоистическими, связанными с влечениями (пищевое, половое и т.д.) или альтруистическими, связанными с преобладанием высокоидейных отношений. Это могут быть убеждения, выражающие готовность бороться за свое мировоззрение, систему взглядов на окружающую реальность, осознание долга.

Личность как социальный продукт проявляется в ее направленности – доминирующем отношении, определяющим весь жизненный путь человека. Уровень личности выражается в степени сознательности, в глубине и ширине содержания от узко личностного, эгоистического до широкого, альтруистического взгляда на жизнь.

Возможен вариант формирования дисгармонической, несбалансированной, с внутренне противоречивыми взаимодействиями элементов личности. И это несет в себе риск образования патогенетических механизмов, способствующих проявлению невротических и патохарактерологических состояний в условиях острого или хронического конфликта.

Болезни личности (неврозы, расстройства личности, психосоматические расстройства) выражаются «обстоятельствами значимости в системе отношений личности» (В. Н. Мясищев). Лечебный процесс – это «путь охраны психического здоровья населения в самом широком смысле слова» (Бехтерев В. М., 1912), медицина «сделается наукой великого общественного значения, охраняющей здоровье населения – это самый важный оплот государственного строительства»...

Учитывая сложность понятия личность, естественно дальнейшее продолжение структурного анализа личности. Углубляя и уточняя знания о структуре личности в биологическом и социально-психологическом планах, важно помнить об единстве личности, углубляя анализ не упускать холистический подход – рассматривать личность как целое, состоящее из частей. В связи с этим, с гносеологических позиций, нам представляется весьма продуктивной психосоматическая модель личности, которая базируется на биопсихосоциальной модели здоровья (определение ВОЗ) и биопсихосоциальной модели болезни по Икскюль Т. (1990). При этом выделяется регистр А - психосоциальные уровни, отмечается важность биологического уровня личности регистра В, включающего в себя:

I уровень;

1) задатки;

2) инстинкты;

3) темперамент.

II уровень – включает в себя психические свойства личности:

1) характер (чувства, эмоции, воля).

2) особенности восприятия, мышления, памяти.

3) самосознание – отношение к самому себе.

III уровень – образуют социальные свойства личности.

1) мировоззрение – система взглядов на мир, на общество, на самого себя.

2) направленность интересов (интраверсия – экстраверсия, эгоизм – альтруизм).

3) моральные качества (добродетель, совесть).

4) отношение к труду (трудолюбие – лень, дисциплинированность – недисциплинированность)

5) духовные потребности (интеллектуальные, эстетические, моральные).

Схематическое изображение психосоматической модели личности представлено на рисунке 1.

Рисунок 1

А (II – III уровень)
психосоциальный регистр

В – (I уровень)
соматический регистр

Нет нужды упрощать сложное понятие Личность, а есть необходимость обобщить, выделить регистры психосоциальный – А и соматический – В, сознание и тело. Научиться влиять на свое тело и разум, создавая психологический опережающий имидж, свой образ в будущем – личности сильной, здоровой, счастливой, личности Победителя – свободного от зависимостей – алкоголя, табака, наркотиков.

Активно включая свое воображение, создавать свой новый образ, в начале в своем сознании и при этом влиять на свое тело. Сознательно и искусственно выходить из патологического стереотипа, создавая новый жизненный сценарий, свой новый имидж здоровой, сильной личности, внедряя в свое сознание формулу: «Хочешь быть трезвым? – Будь им!». «Хочешь быть свободным от наркотиков? – Будь свободным!». И таким образом входить в роль, в образ созидательной личности.

Из ничего, из пустоты что – то не возникает. Любая работа дает какой–то результат. Ведь именно функция формирует орган. Это в биологии. И в психологии происходит аналогично. Когда усилием воли вызывается уважение к себе, то искусственно повышается самооценка и углубляется вера в свои силы и все это рикошетом будет отражаться на биологии человека, каждой клеточке организма и на его психике, поведении, поступках и в делах.

Повторение поступков создает привычку, а далее формируется характер, а затем созидается судьба. Сегодня чуть большее самоуважение, чем вчера и завтра сделает человека несколько другим. Так повторение поступков в форме системы меняет человека и постепенно он становится таким, каким намерен быть. Он успешнее преодолевает любые жизненные трудности.

Создавая своим воображением образ созидательной личности, нужно эмоционально подкреплять его чувством радости, опережая свое воображение. И это чувство радости, сопровождая телесными, приятными воспоминаниями из своего прошлого опыта, чувство радости, с ощущениями трепетного блаженства в теле, волнами нежности и истомы.

Это один из ключей к созданию внутреннего эмоционального и энергетического подъема при выполнении имаго – тренинга. А имаго – тренинг – это эффективное укрепление личности и создание нового жизненного сценария – сценария здорового, сильного, трезвого человека, человека Победителя.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Н. М. Бекенова г. Павлодар

В подростковом возрасте происходит интенсивное формирование личности, в котором, наряду с биологическими, все большее значение приобретают психологические факторы. В понятие биологического свойства включается, в первую очередь, темперамент как врожденное, генетически обусловленное качество личности. На его основе под влиянием внешних условий воспитания и других социальных воздействий формируется такой структурный компонент личности, как характер, который, в основном, определяет особенности взаимоотношений личности с окружающим миром. Характер может быть изменчивым под влиянием множества факторов окружающей среды. При неблагоприятных условиях окружающей среды в подростковом возрасте появляются характерологические, поведенческие реакции, такие как реакции протеста, отказа, имитации, компенсации, гиперкомпенсации, группировки, эмансипации, увлечения. При длительных психотравмирующих ситуациях они могут повторяться, закрепляться и приобретать болезненный, патологический характер. Однако патохарактерологические реакции под влиянием благоприятных условий среды и воспитания могут подвергнуться обратному развитию. При длительных же психотравмирующих ситуациях они могут привести к патохарактерологическому развитию личности, определяющему различные виды нарушений поведения. Другие расценивают как проявление крайней нормы, или, так называемой, акцентуации характера (А. Е Личко, 1977, 1983, 1985) [1, 2, 3, 4]. Акцентуация - это в сущности те же индивидуальные черты, но обладающие тенденцией к переходу в патологическое состояние. При большой выраженности они накладывают отпечаток на личность и, наконец, могут приобретать патологический характер, «разрушая структуру личности». Многие авторы [5, 6] рассматривают «личностные дисфункции», «личностные трудности», «личностные расстройства», не всегда разграничивая их с акцентуацией характера, ведущей лишь к периодической социальной дезадаптации.

Остается до конца неясным вопрос, когда и почему рассмотренные особенности личности превышают «порог допустимого», вызывая поведенческие расстройства.

Цель нашего исследования выявить отличительные психологические особенности у подростков с расстройством поведения.

С испытуемым проводится два исследования. В первом исследовании ему предлагается выбрать наиболее подходящие варианты ответов и проставить соответствующие номера в регистрационном листе № 1. Во втором исследовании предлагается выбрать наиболее неподходящие, отвергаемые варианты ответов не более двух-трех в каждой таблице и проставить соответствующие номера в регистрационном листе № 2.

Клинически диагностированные типы психопатий и акцентуаций характера распознаются с помощью ПДО в следующем ряду случаев: гипертимный – 86%, лабильный – 77%, сенситивный – 86%, шизоидный – 75%, эпилептоидный – 78%, истероидный – 83%, неустойчивый – 87%.

Результаты тестирования по ПДО представляют собой график профиля типов акцентуации характера. На приведенном, в качестве примера, графике знаком «Х» (выходной протокол компьютерной программы обработки данных тестирования по ПДО и КЦТ) отражены баллы в пользу каждого типа акцентуации и дополнительных показателей, символ «-», стоящий вместо знака «Х» свидетельствует о том, что данный тип по правилам диагностики психопатий или акцентуаций характера не диагностируется (рисунок 1).

Буквенные символы кода соответствуют следующим типам:

Г – гипертимный, Ц – циклоидный, Л – лабильный, А – астено-невротический, С – сенситивный, П – психастенический, Ш – шизоидный, И – истероидный, Н – неустойчивый, К – конформный, Э – эпилептоидный.

Типы акцентуаций или психопатий могут быть смешанными. Допускаются следующие сочетания: ГЦ, ГН, ГИ, ЦЛ, ЛА, ЛС, ЛИ, ЛН, АС, АП, АИ, СП, СШ, ПШ, ШЭ, ШИ, ШН, ЭИ, ЭН, ИН.

В шкале объективной оценки предусмотрены следующие дополнительные показатели:

Д – диссимуляции действительного отношения к рассматриваемым проблемам и стремление не раскрывать черт характера;

Т – откровенности;

В – черт характера, встречающихся при органических психопатиях;

Е – отражения в самооценке реакции эмансипации;

d - психологической склонности к делинквентности;

М – черт мужественности;

Ф - черт женственности в системе отношений.

Кроме того, на основании числовых баллов в теме «Отношение к спиртным напиткам» может быть дана оценка психологической склонности к алкоголизации (V).

В материалах экспериментально-психологических исследований накоплен богатый практический

Рисунок 1

Протокол психологического обследования по ПДО и КЦТ

№ протокола: 76 Дата: 17.02.2005 ФИО: Потапенко О.В.
Год рождения: 1989 Пол: М

	Г	Ц	Л	А	С	П	Ш	Э	И	Н	К	О	Д	Т	В	Е	d	М	Ф
10																			
9																		X	
8	X									X								X	
7	X									X								X	
6	X									X								X	
5	X	-	X			X				X					X			X	
4	X	-	X			X				X			X		X			X	
3	X	-	X	X		X			X	X	-	X	X		X	X		X	
2	X	-	X	X		X		X	X	X	-	X	X		X	X		X	X
1	X	-	X	X		X	X	X	X	X	-	X	X		X	X		X	X

Результирующий тип: ГН Выбор КЦТ: 23451076 Тип по КЦТ: +1-2
Алкоголизация (V): 0 (+ 6 – максимальное значение).
Показатель скрытой депрессии (+2 и выше – диагностируется): -3

и теоретический материал по использованию ПДО, разработаны дополнительные шкалы и диагностические процедуры.

В данной работе нами рассмотрена система шкал социальной дезадаптации подростков (ШСД) (Ю. В. Попов, Н. Я. Иванов, 1983) и шкалы дифференциальной диагностики психопатий и акцентуаций характера (А. Е. Личко, Н. Я. Иванов, С. Д. Озерецковский, 1981). Главной особенностью данных диагностических процедур является сравнение цифровых значений шкал актуального протокола со значениями найденных признаков социальной дезадаптации (ШСД) или акцентуаций и психопатий (А. Е. Личко, Н. Я. Иванов, С. Д. Озерецковский).

Результаты исследования

Для выделения отличительных психологических особенностей у подростков с поведенческими расстройствами основной и контрольной групп нами были рассчитаны коэффициенты корреляции (коэффициент хи-квадрат Пирсона и коэффициент ранговой корреляции Спирмена) между показателями принадлежности к той или иной группе и результатами выполнения описанных психологических методик.

Качественные особенности реагирования и поведения исследуемых подростков изучались нами классическим клинико-психопатологическим методом (опрос, осмотр, патопсихологическое исследование), экспериментально-психологическим методом, а также в процессе интервью и консультирования родителей, членов семьи, педагогов, классных руководителей, школьных психологов и объективизировались с помощью валидных психологических тестов.

Результаты статистического анализа представленности основных личностных радикалов в изучаемой выборке (основная и контрольная группы) по данным ПДО отражены в таблице 1.

Преобладание истероидного личностного радикала, в целом, наблюдается у подростков основной группы при сравнении с подростками контрольной группы (23,6% и 12%). Данный тип личностного радикала непосредственно связан с формирующейся психопатией по результатам ПДО. Рассмотрение кросскорреляционных связей личностных радикалов подростков основной группы позволяет выделить истероидный тип как самостоятельный и изолированный от остальных. При этом, истероидный тип личностного радикала коррелирует со склонностью к злоупотреблению психоактивными веществами, а именно – с употреблением алкоголя по шкале V «Отношение к спиртным напиткам», что определяет оценку психологической склонности к алкоголизации у подростков основной группы. Подросткам с истероидным личностным радикалом в наибольшей степени была свойственна агрессивность, конфликтность, о чем свидетельствуют тестовые показатели и собственная самооценка, а также эти данные согласуются с внешними оценками классных руководителей. Кроме того, из характерных для себя психологических особенностей эти подростки называли независимость и хитрость. В процессе исследования подростков с данным типом личностного радикала были выявлены аномалии формирования идентичности: слабая идентификация с другими людьми из нормативного окружения, с полоролевыми образцами (моделями), а также негативный и внутренне конфликтный образ «Я».

Эпилептоидный тип личностного радикала тесно связан с возбудимым типом и представлен в основной и контрольной группе, соответственно в

Таблица 1

Представленность основных личностных радикалов по данным ПДО

Наименование личностного радикала	Основная группа (n=110)		Контрольная группа (n=50)	
	абсолютное число	%	абсолютное число	%
Истероидный тип	26	23,6	6	12
Эпилептоидный - Возбудимый тип	24	21,8	4	8
Неустойчивый тип	22	20	7	14
Сенситивный тип	1	0,9	4	8
Гипертимный тип	20	18,2	9	18
Шизоидный тип	1	0,9	3	6
Циклоидный тип	16	14,6	6	12
Астеноневротический тип	-	-	6	12
Конформный тип	-	-	5	10
$p<0,05$				

21,8% и 8% случаев. В основной группе данный тип характеризовал, прежде всего, формирующуюся психопатию на органически неблагоприятном фоне, а также дисгармоничный пубертатный криз. С эпилептоидным личностным радикалом была выявлена корреляция со злоупотреблением алкоголя у подростков основной группы. Они сами характеризовали себя как агрессивных, что подтверждалось мнением классных руководителей об их повышенной склонности к вербальным и физическим конфликтам и низком чувстве вины. Тогда как подростки контрольной группы были склонны к избеганию проблем в качестве основной копинг-стратегии и оценивали себя как скупых и неумных, а среди проецируемых мотивов называли развлечения.

Неустойчивый тип личности у подростков основной группы выявлен в 20% случаях при сравнении с подростками контрольной группы – 14%. При этом, неустойчивый тип личности в основной группе был диагностирован при менее выраженных личностных расстройствах: акцентуациях, патохарактерологических реакциях на органически неполноценной почве. Подростки данного типа несколько противоречивы в собственной самооценке: низко оценивали свою доброту и одновременно описывали себя как «понимающих» и «щедрых». В качестве ценностей выбирали здоровье и развитие.

Гипертимный тип личностного радикала у подростков основной и контрольной группы выявлен почти в равном соотношении: 18,2% и 18%. Для подростков обеих групп был характерен повышенный фон настроения, активности, они проявляли в процессе исследования подвижность, решительность, экстравертированность. В группе сверстников обнаруживали лидерские тенденции, при общении с взрослыми (педагогами, классными руководителями и пр.) им не хватало чувства дистанции, что нередко приводило к конфликтам. В школьных коллективах данная группа подростков являлась нарушителями дисциплины, учителями характеризовались как «неудобные» ученики, демонстрирующие шутки на уроках, привлекающие к себе внимание окружающих, зарабатывающие таким образом своеобразный «авторитет» в микросоциуме.

Сенситивный тип представляет собой противоположность истероидному типу, о чем свидетельствует отрицательная корреляция между данными типами. Сенситивный тип личностного радикала выявлен в основной и контрольной группе, соответственно 0,9% и 8% и с достоверной статистической значимостью коррелирует с проявлением невротических реакций, склонностью к злоупотреблению алкоголем, а также с органически неблагоприятным фоном. Подростки сенситивного типа обеих групп отличались пониженной самооценкой по социально значимым параметрам: они минимально оценивали собственную внешнюю привлекательность и доброту, отказывались от желания быть умными, добрыми и дружелюбными в будущем. При этом характеризовали себя как спокойных, замкнутых, незаметных.

Проведенный анализ позволяет сделать вывод, что наибольшее значение среди описанных личностных радикалов у исследуемых подростков имеет истероидный тип личности в отношении расстройств поведения. Этот радикал патохарактерологического развития и формирующейся психопатии, особенно в случае осложнения злоупотреблением алкоголем или наркотиками, имеет наибольшую вероятность закрепления стереотипа

расстройств поведения и, как следствие, криминальных рецидивов.

Таким образом, для подростков основной группы с истероидным, возбудимым и эпилептоидным личностными радикалами характерна повышенная агрессивность, конфликтность, стремление к свободе от ограничений, непосредственность, ситуативность и эгоцентричность побуждений, низкая или компенсаторно завышенная самооценка и ожидание негативного отношения от окружающих. Сочетание всех этих психологических особенностей создает замкнутый порочный круг, при котором взаимодействие подростков с другими людьми без достаточного учета социальных норм ведет к негативным реакциям со стороны окружающих и подтверждает ожидания и низкую внутреннюю самооценку подростков, что, в свою очередь, вызывает у них ответную агрессию. При этом у данных подростков отсутствует направленность на конструктивное разрешение проблем, а внутренняя активность слабо регулируется социальными правилами и нормами. Вследствие чего происходит фиксация индивидуально-психологических способов реагирования по типу отклоняющегося поведения. В связи с этим данной категории подростков свойственна максимальная выраженность асоциальных проявлений, в том числе отклоняющегося поведения.

Подростки контрольной группы с эпизодическими непродолжительными симптомами расстройств поведения, у которых не были диагностированы нозологические формы поведенческих расстройств, по своим основным психологическим характеристикам: особенности реагирования и стратегия совладания со стрессом, самооценка, система ценностей – соответствуют возрастной психологической норме. Для них в большей степени свойственны активный стиль подхода к проблемам, отсутствие агрессивных тенденций, позитивное восприятие себя и окружающих, ориентация на социально значимые и приемлемые ценности и мотивы.

Следующий вариант исследования психологических особенностей у подростков с расстройством поведения проводилось тестом М. Люшера.

Результаты исследования

Для выделения отличительных психологических особенностей у подростков с поведенческими расстройствами основной и контрольной групп нами были рассчитаны коэффициенты корреляции (коэффициент хи-квадрат Пирсона и коэффициент ранговой корреляции Спирмена) между показателями принадлежности к той или иной группе и результатами выполнения описанных психологических методик.

В данном исследовании КЦТ использовался кратким вариантом, как экспериментально-психологическая методика для изучения мотивационной и эмоциональной сфер испытуемых (160 подросток).

Результаты КЦТ Люшера: при анализе распределения цветов в раскладках в основной группе подростков в сравнении с контрольной группой в 1,5 раза ($p<0,05$) чаще наблюдалось отвержение основных цветов.

Для основной группы испытуемых была характерна блокировка потребности в достижении и безопасности в большей степени при сравнении с контрольной группой, что свидетельствует о раннем нарушении линии развития.

Для каждой группы подростков (основной и контрольной) с целью уточнения эмоционально значимых, но неосознаваемых компонентов отношений, был составлен список понятий, характеризующих непосредственное окружение подростка: я сам, мой отец, мая мать. Интерпретация результатов основывалась с учетом их места, ранга, интегральной оценки невербальных компонентов отношений (валентности).

Значительные отличия получены нами при анализе валентностей, характеризующих отношение к матери, соответственно, в основной группе - 9,1 балла, в контрольной группе - 5,9 балла ($p<0,01$). По параметру валентностей, характеризующих отношение к отцу, соответственно, 14,2 и 7,2 балла ($p<0,001$). Данные достоверные статистические различия интерпретируются нами как наличие существенных функциональных нарушений в системе отношений у подростков основной группы.

Анализ цветовых ассоциаций по отношению к родителям показал, что, в основном, подростки обеих групп выбирали для них яркие, активные цвета – красный, желтый. Однако среди подростков основной группы оказался значительный процент лиц (36%), ассоциировавших своих отцов с серым цветом (личностные характеристики – пассивная, неуверенная, несамостоятельная, вялая), черным и коричневыми цветами. Выявленный феномен интерпретировался нами как исключение части родителей мужского пола из семейной системы, что, следовательно, представляет собой значимый фактор в нарушении социализации подростков. Данное мнение не противоречит ряду авторов (В. И. Гарбузов, А. И. Захаров, Д. Н. Исаев, 1977), которые считают, что потребности в безопасности, достижении, временной перспективе закладываются и становятся актуальными у ребенка уже к 7 годам, сохранение их блокировки в подростковом возрасте свидетельствует о значительном эмоциональном неблагополучии в семье.

Особенности семейной дисгармонии обследованных подростков выявлялись нами на основании анамнестических данных, собранных в процессе интервью и консультирования с родителями, членами семьи, школьными психологами, а также с помощью разработанных нами карт (опросников) и подтверждались данными тестирования ПДО и КЦТ.

При исследовании семейных взаимоотношений обнаружены значительные нарушения в стиле воспитания в обеих группах подростков (таблица 2).

Таблица 2

Стили воспитания в семьях подростков

Особенности воспитания	**Основная группа (n=110) %**	**Контрольная группа (n=50) %**
Гиперпротекция	11,8	30
Гипопротекция (вплоть до враждебности)	23,6	6
Чрезмерность требований (директивность)	17,3	12
Недостаток требований (попустительство)	17,3	12
Чрезмерность запретов (директивность)	23,6	24
Недостаток запретов (попустительство)	20,0	5
Чрезмерность санкций (вплоть до враждебности)	23,6	10
Недостаток санкций (попустительство)	16,4	6
Неустойчивость стиля воспитания (непоследовательность)	30,0	40
Предпочтение детских качеств	13,6	30
Воспитательная неуверенность (непоследовательность)	23,6	30
Фобия утраты	10,0	24
Неразвитость родительских чувств	43,6	30
Проекция нежелаемых качеств	16,4	20
Наличие конфликтов в семье	60,0	24
Предпочтение женских качеств	10,0	10
Предпочтение мужских качеств	16,4	10
$p<0,05$		

При анализе протоколов карт (опросников) родителей в основной группе, чаще при сравнении с контрольной группой, встречалось сочетание сразу нескольких особенностей стиля воспитания: «гипопротекция», «чрезмерность санкций (вплоть до враждебности)», «воспитательная неуверенность», «предпочтение детских качеств», «наличие конфликтов в семье», что усиливало дисфункцию семьи.

Наиболее типичные проблемы родителей, выявленные нами при сборе семейного анамнеза:

- стремление взять на себя ответственность за подростка с детства и требование ответственности в подростковом возрасте;
- отсутствие системы правил, норм и обязанностей в семье;
- акцент на чувство вины в воспитании ребенка;
- стереотипное, формальное общение с подростком по типу «Родитель – Ребенок» с частыми инструкциями «должен», «обязан», вызывающими протестные реакции у подростка;
- собственная неуверенность и подкрепление агрессивного или пассивного поведения подростка;
- страх передачи ответственности подростку, желание контролировать, нарушение границ между «Я – Другой»;
- требование уважения к себе и отсутствие уважения к подростку;
- непроявление собственной эмоциональности, запрет на выражение ряда положительных или отрицательных эмоций;
- желание навязать собственный эталон «взрослого поведения»;
- проекция собственных нежелательных качеств, неуспешного жизненного сценария;
- страх перемен и неизвестного.

В семьях подростков основной группы нами выявлены дисгармоничные отношения по типу нарушения границ личности ребенка, формального, вплоть до враждебного, отношения к подростку, асоциальности и неблагополучия в семье чаще, чем в семьях контрольной группы. Возможные последствия данного феномена интерпретировались нами, как ситуация стресса, который возникнув в одной подсистеме, быстро распространялся на другую. И такие факторы как развод, алкоголизм, отсутствие работы, судимость одного из родителей вносили дополнительную психотравматизацию, способствующую усилению агрессивно-насильственных тенденций в делинквентном поведении подростков.

Семьи исследуемых подростков обеих групп демонстрировали как центростремительные, так и центробежные паттерны взаимодействия. При чем, контрольной группе были больше свойственны центростремительные паттерны взаимодействия, когда подросток был связан жесткими семейными границами, положительное подкрепление, чаще всего, получал внутри семейной системы, личностный рост и отделение подростка от родителей воспринималось негативно, тогда ребенок вступал в пубертатный период с «хронической зависимостью»

от родителей или с «хронической беспомощностью». Центробежные паттерны взаимодействия были более характерными для подростков основной группы. Они рано и настойчиво «изгонялись» из семьи. Подобная система имела недостаток внутреннего сплочения, и подросток находил позитивное подкрепление и неконструктивные варианты адаптации вне семьи. Его референтной группой становились уличные компании, неформальные группировки, где антидисциплинарное, антисоциальное, противоправное, аутоагрессивное / аутодеструктивное поведение было характерным проявлениям подростковой субкультуры.

Следует отметить, что в основной группе значительно чаще наблюдалась семейная дисгармония, характеризующаяся длительными нерешенными конфликтными отношениями. Результаты нашего исследования отношений родителей к подросткам позволяют сделать вывод, что стиль родительского отношения существенно влияет на формирование поведенческих расстройств. Наиболее негативным условием и предпосылкой возникновения расстройств поведения является враждебное, директивное и непоследовательное отношение к подростку как со стороны матери, так и отца. В то же время позитивное отношение отцов может иметь характер попустительства, а автономия матери – психологической изоляции и бесконтрольности.

Таким образом, исследуя психологические особенности подростков с поведенческими расстройствами и дисфункциональные взаимоотношения в их семьях, нами были выявлены следующие дефицитарные психологические характеристики:

- формирование адекватной самооценки и позитивного «образа Я» со становлением личностной идентификации;
- развитие нормативных гетеросексуальных отношений;
- навык коммуникативности, ассертивности, эффективного копинг - поведения в подростковой группе;
- приобретение независимости, самостоятельности;
- выбор собственного жизненного сценария с развитием и закреплением нормативной ценностной ориентации;
- новые модели поведения и образа жизни;
- ответственность за собственное поведение;
- интериоризация морально-нравственных принципов с повышением нормативных уровней притязаний и социальных интересов.

Обобщая полученные результаты, можно сделать следующие выводы. Такие смысловые образования, как характер самоотношения, самооценки, ожидаемое отношение со стороны других людей и преимущественно агрессивные формы реагирования у делинквентных подростков в значительной степени являются результатом влияния и проекцией отношения родителей.

Удельный вес различных психологических отклонений в поведенческой, эмоциональной, когнитивной сферах подростков основной группы был значительно выше. Вместе с тем внутренняя конфликтность самосознания таких подростков представляет собой определенную перспективу для развития самосознания, рефлексивной личности и новых конструктивных паттернов поведения. Этому способствуют специальные условия групповой терапии и системы социально-психологических тренингов (коммуникативности, сензитивности, ассертивности, эффективного копинг-поведения и др.). Внутренними ресурсами, при этом, являются активность самих подростков и их интеллектуальные возможности, которые в большей степени в рассматриваемой группе не были нарушены.

При реализации системы личностно-ориентированной психопрофилактики поведенческих расстройств у подростков мы исходили из гипотезы, что для пациентов с начальными признаками расстройств поведения достаточно применения одной модели психотерапии - или консультирования, или СПТ. Тогда как для пациентов с выраженными проявлениями расстройств поведения необходима комплексная система психопрофилактических мероприятий, включающая интегративные методы психотерапии (индивидуальная, групповая, семейная, супружеская) и дополнительные развивающие практики (социально-психологические тренинги, интерактивные семинары), а также информационные технологии (публикации и рекламы в СМИ, службы телефонного консультирования, специализированные Интернет-сайты).

Литература:

1. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. - Л..: Медицина, 1977

2. Личко А. Е. Акцентуации характера у подростков как причина школьной дезадаптации // Актуальные вопросы невропатологии и психиатрии детского возраста: Тез. докл. - Ташкент, 1980. – С. 181-183

3. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. - Л.,1983. – С. 256

4. Личко А. Е. Подростковая психология: (Руководство для врачей). - Л.: Медицина, 1985. - С. 416

5. Bettschart W. Les troubles du comportement shez l cnfant et l adolescent // Ther. Umsh. - 1981. – Vol. 38. - N 4. - P. 303-307

6. Gyrer P. Personality difficulties and disorders // Med. Int., 1987. - Vol. 2. – N 45. - P. 1835-1840

ОБЩИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ В ДИНАМИКЕ СОСТОЯНИЯ, ПОВЕДЕНИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЛЮДЕЙ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ С ВИТАЛЬНОЙ УГРОЗОЙ. ДЕБРИФИНГ. ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСТРАДАВШИХ

М. М. Решетников

ЧАСТЬ 1. ОБЩИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ В ДИНАМИКЕ СОСТОЯНИЯ, ПОВЕДЕНИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЛЮДЕЙ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ С ВИТАЛЬНОЙ УГРОЗОЙ (СТИХИЙНЫЕ БЕДСТВИЯ, ТЕХНОГЕННЫЕ КАТАСТРОФЫ, ТЕРАКТЫ)

Введение

Проблема состояния, поведения и деятельности людей в экстремальных ситуациях с витальной угрозой в последние годы вызывает серьезную озабоченность ученых и практиков всего мира. Однако до настоящего времени основное внимание исследователей было направлено преимущественно на изучение *последствий* подобных ситуаций — медико-психологических, экономических, социально-политических и т. д. Вероятно следует признать, что, несмотря на значительный объем, достаточно обоснованных данных о воздействии различных экстремальных факторов и особенностях организации спасательных и антитеррористических операций, ряд аспектов проблемы, в частности, динамика состояния и поведения пострадавших и заложников до настоящего времени принадлежат к наименее исследованным. Вместе с тем именно специфика «острых» реакций пострадавших, а также их динамика во времени во многом определяют стратегию и тактику антитеррористических операций, спасательных, медицинских и медико-психологических мероприятий как непосредственно в период чрезвычайной ситуации, так и в последующем.

В публикации излагаются обобщенные результаты изучения состояния, психических и поведенческих реакций, а также деятельности людей, подвергшихся воздействию экстремальных факторов. Основные данные были получены в процессе исследований, проведенных во время и после войсковых операций, сопровождавшихся значительными потерями в Афганистане (1986), после Чернобыльской катастрофы (1986), Спитакского землетрясения в Армении (1988), крушения двух пассажирских поездов в результате взрыва газа под Уфой (1989), спасения экипажа подводной лодки «Комсомолец» (1989), захвата заложников в Беслане (2004), а также обследования военнослужащих, спасателей, врачей-психиатров, психотерапевтов и психологов, находящихся на реабилитации или дебрифинге после антитеррористических операций, включая аналитическое изучение материалов других аналогичных ситуаций[1].

Ограниченность предшествующего опыта

Несмотря на огромное количество работ в области посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), в отечественной литературе наиболее известны исследования M. Friedman (13) и M. Horowitz (14). Воздавая должное этим выдающимся исследователям и практикам, следует признать, что применительно к современной ситуации эти разработки имеют определенные ограничения.

Как известно, выделяя основные факторы, приводящие к развитию ПТСР (угроза здоровью или жизни конкретной личности или ее семье, внезапная утрата [дома, семьи, социального статуса], а также наблюдение насильственной смерти других людей и некоторые др.), Хоровитц ввел представления о 5 основных фазах развития ПТСР, в частности:

1) отчаяния (острая тревога без осознания значимости происходящего);

2) отрицания (реакция «ухода» от проблемы);

3) гипервозбудимости (эмоциональная лабильность и эксплозивность);

4) проработки (осознание причин и отреагирование горя);

5) завершения (появление новых планов на будущее).

Этим же автором были классифицированы 3 основных группы симптомов ПТСР, а именно:

1) симптомы повторного переживания (навязчивые воспоминания, мучительные сновидения, внезапные реакции [как если бы трагическое событие происходило сейчас – flashback], интенсивный стресс на события, высказывания или символы, связанные с предшествующей травмой);

2) симптомы избегания (мыслей и чувств, а также деятельности, связанной с травматическим событием; вытеснение деталей события; снижение интереса к жизни и деятельности; ограничение контактов с другими людьми и обеднение чувств; отсутствие ориентации на будущее);

3) симптомы повышенной возбудимости (нарушения сна, раздражительность, тревожность,

1 Исследования проводились совместно с моими сотрудниками: кандидатом психологических наук, старшим научным сотрудником Барановым Ю. А., доктором психологических наук и кандидатом медицинских наук, профессором Корзуниным В. А., кандидатом психологических наук Мухановой Н. А., доктором философских наук, профессором Мухиным А. П., доктором педагогических наук, профессором Науменко Е. Б., доктором медицинских наук, профессором Чермяниным С. В., врачом-психиатром-психотерапевтом Федоровым Я. О. и психологом-консультантом Дмитриевой Т. В.

сверхбдительность, снижение функций внимания, эксплозивные и психосоматические реакции).

В качестве «дополнительных» симптомов многими авторами обычно приводятся: повышенная утомляемость и истощаемость, замедление развития и трудности в обучении (особенно у детей), агрессивность, снижение интеллекта и памяти, высокая предрасположенность к депрессиям и фобиями, склонность к определенной аутизации в сочетании с аффективным поведением, более частые проявления высокого уровня насилия в семье и семейного неблагополучия в целом, а также существенное повышение риска суицидального и делинквентного поведения, алкоголизма и наркоманий (см. - Тарабрина Н. В., 2001).

Следует отметить, что в основу этих, безусловно ценных, обобщений были положены наблюдения ПТСР в обыденной жизни и клинический анализ отдельных (изолированных) случаев, а в более поздних исследованиях - ряда ситуаций, связанных с боевыми действиями, техногенными катастрофами, экологическими кризисами и захватом заложников. Однако практически во всех этих случаях пострадавшие были относительно немногочисленны, существовали достаточно сепаратно, не были объединены временем и местом трагических событий и условиями последующего проживания, имели адекватные возможности для получения квалифицированной психологической и медицинской помощи в относительно интактной (здоровой) среде. Поэтому западный опыт оказывается мало применимым к событиям, например, в Буденовске или Беслане.

Общемировая террористическая опасность вносит в эту феноменологию ряд новых составляющих, пока мало осмысленных. Например, в качестве особого, но пока мало учитываемого фактора, следует отметить, что в зарубежных данных практически отсутствуют наблюдения, связанные с национальной, этнической и религиозной принадлежностью пострадавших и «враждебной группы», а также то, что в современных российских условиях заложники, как правило, являются средством реализации заведомо недостижимых целей, и практически во всех случаях обречены на уничтожение, независимо от переговорного процесса. А в подготовке террористов-смертников переговоры вообще не предусматриваются.

Часть 1. Динамика состояния пострадавших

В связи со спецификой условий и с учетом этических принципов, к обследованию привлекались преимущественно потерпевшие, военнослужащие и спасатели, которые либо не нуждались в оказании неотложной медицинской помощи, либо принадлежали к категории пострадавших с легкими и средними степенями тяжести поражений. В силу этого большинство полученных данных характеризовались определенной фрагментарностью, а целостные представления формировались путем сопоставления разрозненных наблюдений.

Полученные данные позволили выделить в динамике состояния пострадавших (без тяжелых травм), подвергшихся внезапному воздействию тех или иных экстремальных факторов, 6 последовательных стадий:

1. **«Стадия витальных реакций»** — длительностью от нескольких секунд до 5 - 15 минут, когда поведение практически полностью подчинено императиву сохранения собственной жизни, с характерными сужением сознания, редукцией моральных норм и ограничений, нарушениями восприятия временных интервалов и силы внешних и внутренних раздражителей (включая явления психогенной гипо- и аналгезии даже при травмах, сопровождавшихся переломами костей, ранениях и ожогах 1–2 степени до 40% поверхности тела). В этот период характерна реализация преимущественно инстинктивных форм поведения, в последующем переходящих в кратковременное (тем не менее - с очень широкой вариативностью) состояние оцепенения. Длительность и выраженность витальных реакций в существенной степени зависит от внезапности воздействия экстремального фактора. Например, при внезапных мощных подземных толчках, как при землетрясении в Армении, или крушении поезда под Уфой в ночное время, когда большинство пассажиров спали, имели место случаи, когда, реализуя инстинкт самосохранения, люди выпрыгивали из окон шатающихся домов или горящих вагонов, на некоторые секунды «забывая» о своих близких. Но, если при этом они не получали существенных повреждений, уже через несколько секунд социальная регуляция восстанавливалась, и они вновь бросались в обрушивающиеся здания или пылающие вагоны. Если спасти близких не удавалось, это определяло течение всех последующих стадий, специфику состояния и прогноз психопатологии на весьма протяженный период. Последующие попытки рационального разубеждения в том, что инстинктивным формам поведения невозможно противостоять или противодействовать, оказывались малоэффективными, и нами применялись другие специальные методы, которых мы не будем касаться в этой публикации. Апеллируя к последним трагическим событиям, следует признать, что, отчасти, аналогичная ситуация наблюдалась после внезапного взрыва мины и начала массового расстрела заложников в Беслане.

2. **«Стадия острого психоэмоционального шока с явлениями сверхмобилизации»**. Эта стадия, как правило, развивалась вслед за кратковременным состоянием оцепенения, длилась от 3 до 5 часов и характеризовалась общим психическим напряжением, предельной мобилизацией психофизиологических резервов, обострением восприятия

и увеличением скорости мыслительных процессов, проявлениями безрассудной смелости (особенно при спасении близких) при одновременном снижении критической оценки ситуации, но сохранении способности к целесообразной деятельности. В эмоциональном состоянии в этот период преобладало чувство отчаяния, сопровождавшееся ощущениями головокружения и головной боли, а также сердцебиением, сухостью во рту, жаждой и затрудненным дыханием. Поведение в этот период подчинено почти исключительно императиву спасения близких с последующей реализацией представлений о морали, профессиональном и служебном долге (включая представителей силовых и властных структур). Несмотря на присутствие рациональных компонентов, именно в этот период наиболее вероятны проявления панических реакций и заражение ими окружающих, что может существенно осложнять проведение спасательных операций. До 30% обследованных, при субъективной оценке ухудшения состояния одновременно отмечали увеличение физических сил и работоспособности в 1,5–2 и более раз. Окончание этой стадии может быть как пролонгированным, с постепенным появлением чувства истощения, так и наступать внезапно, мгновенно, когда только что активно действующие люди оказывались в состоянии близком к ступору или обмороку, вне зависимости от ситуации.

3. **«Стадия психофизиологической демобилизации»** — ее длительность до трех суток. В абсолютном большинстве случаев наступление этой стадии связывалось с пониманием масштабов трагедии («стресс осознания») и контактами с получившими тяжелые травмы и телами погибших, а также прибытием спасательных и врачебных бригад. Наиболее характерными для этого периода являлись резкое ухудшение самочувствия и психоэмоционального состояния с преобладанием чувства растерянности (вплоть до состояния своеобразной прострации), отдельных панических реакций (нередко — иррациональной направленности, но реализуемых без какого-либо энергетического потенциала), понижение моральной нормативности поведения, отказ от какой-либо деятельности и мотивации к ней. Одновременно наблюдались выраженные депрессивные тенденции, нарушения функций внимания и памяти (как правило, обследованные вообще не могут сколько-нибудь ясно вспомнить, что они делали в это время но, естественно, эти пробелы затем «заполняются»). Из жалоб в этот период ведущими являлись тошнота, «тяжесть» в голове, ощущения дискомфорта со стороны желудочно-кишечного тракта, отсутствие аппетита, резкая слабость, замедление и затруднение дыхания, тремор конечностей.

4. **Последующая динамика состояния и самочувствия пострадавших** во многом определяется спецификой воздействия экстремальных факторов, полученными поражениями и морально-психологической ситуацией после трагических событий. Вслед за «психофизиологической демобилизацией» (при относительно высокой индивидуальной вариативности сроков) с достаточным постоянством наблюдалось развитие 4-й стадии — **«стадии разрешения»** (от 3 до 12 суток). В этот период, по данным субъективной оценки, постепенно стабилизировались настроение и самочувствие. Однако по результатам объективных данных и включенного наблюдения у абсолютного большинства обследованных сохранялись пониженный эмоциональный фон, ограничение контактов с окружающими, гипомимия (маскообразность лица), снижение интонационной окраски речи, замедленность движений, нарушения сна и аппетита, а также различные психосоматические реакции (преимущественно со стороны сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта и гормональной сферы). К концу этого периода у большинства пострадавших появлялось желание «выговориться», реализуемое избирательно, *направленное преимущественно на лиц, не являвшихся очевидцами трагических событий*, и сопровождавшееся некоторой ажитацией. Этот феномен, входящий в систему естественных механизмов психологической защиты («отторжение воспоминаний путем их вербализации»), в ряде случаев приносил пострадавшим существенное облегчение. Одновременно восстанавливались сны, как правило, отсутствовавшие в предшествующие периоды, в том числе — тревожного и кошмарного содержания, в различных вариантах трансформировавшие впечатления трагических событий.

На фоне субъективных признаков некоторого улучшения состояния объективно отмечалось дальнейшее снижение психофизиологических резервов (по типу гиперактивации), прогрессивно нарастали явления переутомления, существенно уменьшались показатели физической и умственной работоспособности.

Следовало бы особо отметить, что предоставление возможности «выговориться» (дебрифинг) относится к наиболее важным компонентам профилактики психопатологии и успешности последующей реабилитации. При этом дебрифинг наиболее эффективен, если он проводится до введения транквилизаторов и до того, как пострадавшим предоставлена возможность сна (то есть – в первые сутки); естественно - если для этого имеются возможности и достаточное количество квалифицированных специалистов, способных проводить дебрифинг. В случаях, когда дебрифинг оказывается по тем или иным причинам отложенным, происходит консолидация следов памяти, сопровождаемая рядом психопатологических феноменов, хорошо известных специалистам. Однако это не снижает самостоятельной значимости методически обоснованного дебрифинга на последующих этапах.

Один специалист может квалифицированно провести в день не более 5-6 (максимум - 10) индивидуальных дебрифингов, что определяет расчет сил и средств психологических служб экстренного реагирования.

В соответствии с обоснованными данными, в подобных ситуациях, как правило, требуется многоуровневый дебрифинг, в том числе – для спасателей и психологов, действующих на «первом уровне» (участвующих в непосредственной работе с пострадавшими и членами их семей; при этом специалисты «второго уровня» вообще не контактируют с последними).

5. **«Стадия восстановления»** психофизиологического состояния (пятая) начиналась преимущественно с конца второй недели после воздействия экстремального фактора и первоначально наиболее отчетливо проявлялась в поведенческих реакциях: активизировалось межличностное общение, начинала нормализоваться эмоциональная окраска речи и мимических реакций, впервые появлялись шутки, вызывавшие эмоциональный отклик у окружающих, восстанавливались сновидения у большинства обследованных. В состоянии физиологической сферы позитивной динамики и на этой стадии выявлено не было. Клинических форм психопатологии, за исключением транзиторных и ситуационных реакций, в «острый» период (до двух недель) после воздействия экстремальных факторов не наблюдалось. Основными формами транзиторной психопатологии (по ведущему признаку) у пострадавших, как правило, являются: астенодепрессивные состояния – 56%; психогенный ступор – 23%; общее психомоторное возбуждение – 11%; выраженный негативизм с явлениями аутизации – 4%; бредово-галлюцинаторные реакции (преимущественно в просоночный период) – 3%; неадекватность, эйфория – 3%.

6. **В более поздние сроки** (через месяц) у 12% - 22% пострадавших выявлялись стойкие нарушения сна, немотивированные страхи, повторяющиеся кошмарные сновидения, навязчивости, бредово-галлюцинаторные состояния и некоторые другие, а признаки астено-невротических реакций в сочетании с психосоматическими нарушениями деятельности желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и эндокринной систем определялись у 75% пострадавших (**«стадия отставленных реакций»**). Одновременно нарастали внутренняя и внешняя конфликтогенность, требующая специальных подходов. Отдаленные последствия, которые можно было бы выделить в самостоятельную (седьмую) стадию, нами не изучались, однако этой теме будет посвящен отдельный раздел, апеллирующий к зарубежным данным.

Обращаясь к последним трагическим к событиям в Беслане, следует признать, что тяжесть и динамика состояния пострадавших может быть существенно иной. Когда человек лишается родителей, мир пустеет, но, тем не менее, как это не горько – это соответствует обыденным представлениям и естественному ходу событий. Когда умирают дети, все краски мира меркнут, на многие годы и десятилетия, а иногда - навсегда.

Временная администрация и спасатели

Очень кратко о двух вынесенных в подзаголовок вопросах. Еще в период работы в Армении в 1988 году нами было обосновано, что в ситуациях возникновения массовых жертв после экологических или техногенных катастроф в компактных населенных пунктах обязательно требуется срочное введение («десант») временной (кризисной) администрации. Это положение обосновывалось тем, что при воздействии мощных экстремальных факторов и массовых жертвах в ближайший последующий период (до 3 суток) поведение всех людей, включая статусных лиц (например, руководителей подразделений МВД, воинских частей, медицинских учреждений и т.д., как это было в Ленинакане) подчинено почти исключительно розыску и спасению близких. Но даже если близких в короткий период времени удавалось отыскать, спасти или эвакуировать и их состояние не внушало опасений, наши многочисленные контакты с представителями местной администрации свидетельствовали, что они, как и все другие пострадавшие, находятся в состоянии тяжелого стресса и не вполне способны к осуществлению рациональной организаторской, мобилизационной или спасательной деятельности.

Возможно, что это сказалось на планировании и организации спасательных работ на заключительном этапе в Беслане, где ряд членов местной администрации имели родственников среди заложников. Во всяком случае, очень трудно найти объяснение – почему район захвата заложников не имел должного оцепления, также как и тому, что были допущены нескоординированные действия спецподразделений и вооруженных местных жителей.

Наши исследования также показали, что во многом аналогичная стадийность и динамика характерны и для специалистов спасательных бригад. Эти данные, естественно, нуждаются в уточнении, но через трое суток систематической работы с пострадавшими и телами погибших отдельные психопатологические проявления и признаки психофизиологической демобилизации наблюдаются почти у 50% спасателей. Все это предполагает разработку специального режима работы этих уникальных специалистов и осуществление систематической психопрофилактики, включая дебрифинг и реабилитацию в специализированных центрах после каждой спасательной операции.

Модификация общества

Несколько слов о модификации общества. Усиление базисной тревоги и ухудшение психофизиологического состояния людей, даже находящихся

в тысячах километров от трагедии, – это общеизвестный факт, в основе которого лежит неизбежное психоэмоциональное включение субъекта в любое наблюдение. Стоило бы особо подчеркнуть – именно «наблюдение» (или «визуальный ряд», трансляцию которого, как представляется, стоило бы «дозировать» на фоне полного содержательного освещения событий). Неизбежное психоэмоциональное включение формирует феномен «соучастия» и последующие идентификации. Основной формой идентификации в культурном сообществе является идентификация с жертвами и пострадавшими, что предполагает необходимость широкой социальной терапии. Однако, в некоторых случаях возможна защитно-бессознательная «идентификация с агрессором» (особенно у молодых людей), что может приводить к росту правонарушений и преступности.

После подобных трагических ситуаций, как правило, усиливается сплоченность нации и одновременно люди испытывают потребность в каких-то ярких переменах, чтобы в жизни все стало честнее, благороднее, искреннее, лучше, чем было раньше, что налагает особые обязательства на представителей всех государственных органов. Не следует забывать и о неизбежной потребности в отреагировании психической травмы и формировании идей возмездия.

В заключение следует отметить, что ряд существенных аспектов проблемы, представляющих особое значение для специалистов, по этическим соображениям, в тексте не приводятся.

Часть 2. Кризисная интервенция и дебрифинг

Этот раздел будет самым коротким, так как общие принципы этой работы хорошо известны специалистам, и здесь мы сделаем только некоторые уточнения.

Различия между кризисной интервенцией и дебрифингом весьма несущественны и, фактически, дебрифинг является одним из вариантов кризисной интервенции или «неотложной психологической помощи» в ситуации острого стресса. Общепризнано, что вся психопрофилактическая работа в этих случаях должна быть «центрирована» исключительно на проблеме, на актуальной ситуации и переживаниях, а не на личности. Чаще всего, в силу многих причин и оснований, такая работа осуществляется в группе, с соблюдением некоторых общих принципов групповой терапии. Тем не менее, практический опыт показывает, что это правило («проблем-центрированности») обычно оказывается трудно выполнимым, так как острая травма провоцирует резкое снижение защит и «регресс» к другим (предшествующим) травматическим переживаниям, вплоть до раннего детства. При этом, чем меньше интенсивность реакции на актуальную психическую травму, тем чаще пострадавшие регрессируют к глубоким личностным проблемам. Поэтому, всегда целесообразно сочетать групповую работу с индивидуальной, и во всех случаях деликатно выводить старые (глубоко индивидуальные) проблемы за пределы группы (которая, и это очень существенно, по сути – не является терапевтической!). Более того, в процессе дебрифинга нужно стараться четко (методически) разделять не только актуальные переживания и личностные проблемы («вплетенные» в кризисную ситуацию), но и (- организационно) время и место их предъявления, а также – специалистов, с которыми проводится их обсуждение (то есть – специалист в области групповой работы не должен совмещать ее с индивидуальной).

Еще раз повторим, что дебрифинг не является терапией и не преследует терапевтических задач. Он направлен лишь на минимизацию последствий тяжелой психической травмы. Можно любить или не понимать концепцию З. Фрейда, но нельзя не признать, что одно из его величайших открытий тысячекратно подтверждено практикой и является основой всех существующих психотерапий. В частности, имеется в виду распространения закона сохранения энергии на психику и сохранение психических содержаний. Согласно этому закону, любое психическое содержание, особенно эмоционально значимое, однажды вошедшее в психику, никогда и никуда не исчезает, а трансформируется в другие содержания, при этом тяжелые негативные переживания (которые и забыть нельзя, и помнить невозможно), как правило, трансформируются в патологические психические феномены. А главным способом предотвращения такой трансформации является отторжение негативных психических содержаний путем их вербализации (как правило, многократной и высоко вариативной, включая творчество и т.д.).

Считается, что оптимальным для дебрифинга является период около 48 часов после полученной психической травмы. Но, скорее, это отражает длительность организационного периода и появления возможности для начала такой работы. В целом, повторим еще раз, чем раньше начат дебрифинг, тем лучше для пострадавших.

Следующее существенное примечание. Работа специалиста или всей группы совершенно не преследует цели восстановления объективной последовательности или объективного содержания травматического события (это удел следственных органов и т.п. структур). Мы работаем только с психической реальностью, которая, как известно (благодаря тому же Фрейду) отражает или замещает объективную реальность, но никогда полностью не соответствует последней. Задача дебрифинга не установление истины, не критический разбор ситуации, не сопоставление различных мнений, а именно обсуждение актуальной проблемы и отторжение актуальных переживаний, в какой бы форме

оно не осуществлялось. И даже если мы видим, что рассказ кого-то из членов группы и нюансы событий, которых возможно не было и не могло быть, «творятся» прямо сейчас – то и эта психическая реальность принимается как объективная (для конкретной личности). Этот подход также основывается на гениальном открытии создателя психоанализа, что само течение этих рассказов, их внутренняя динамика и содержание всегда не случайны и не умышлены, а закономерно детерминированы содержанием бессознательной сферы говорящего. Именно поэтому темы для обсуждения предлагает не «дирижер», а члены группы (которые говорят не о том, что было бы интересно узнать дирижеру, а о том, что им хотелось бы высказать).

Все, что касается проработки проблем, переструктурирования травматического опыта, работы с горем, оплакивания и отреагирования эмоций – это уже специальные темы, требующие длительной работы и специальной подготовки терапевтов. Дебрифинг обычно бывает достаточно кратким (6-10 сессий) и, естественно, он не отменяет необходимость последующей терапии и реабилитации.

Наиболее трудным представляется дебрифинг с различными категориями врачей и психологов, которые, хотя и осуществляют его сами (с пострадавшими), чаще всего демонстрируют высочайший уровень сопротивления личной психопрофилактической работе и демонстрируют такой же уровень иллюзорной уверенности, что «синдром профессионального сгорания» и «психическое заражение» - это все не о них. Сказывается и ощущение определенного превосходства над коллегами, привлекаемыми к осуществлению дебрифинга, которые не были вовлечены в работу с пострадавшими, и поэтому воспринимаются работавшими в «очаге» как менее опытные профессионально, что, безусловно, также относится к сопротивлению (к нашему счастью большинство психотерапевтов чаще всего не имеет травматического опыта наших пациентов, но это не мешает нам быть полезными для них). Поэтому до начала и параллельно дебрифингу специалистов целесообразно проводить семинары, разъясняющие суть и содержание психопрофилактической работы. При работе с психологами, психиатрами и психотерапевтами из Беслана мне пришлось использовать ряд образных сравнений. Например, задавался вопрос: «А стали бы участвовать в психопрофилактической работе с пострадавшими, если бы они находились на территории радиоактивного загрязнения или в очаге тяжелых инфекционных заболеваний?» Некоторые отвечали утвердительно, другие говорил, что, скорее всего, нет. Тогда предлагался другой вопрос: «А если бы вы все-таки участвовали в такой работе, считали бы вы необходимой реабилитацию и лечение?» Большинство отвечала утвердительно. И тогда было уместно спросить: «Почему же вы, специалисты, не хотите признать возможность «психического заражения»? В целом, можно признать, что все 3 группы симптомов, выделенных Хоровитцем (той или иной степени выраженности), наблюдались и у специалистов, работавших с пострадавшими, впрочем, как и у тех, кто осуществлял с ними дебрифинг, что еще раз подчеркивает необходимость многоступенчатого дебрифинга.

Часть 3. Отдаленные последствия и реабилитация

Эта работа была написана уже после 1 сентября 2004 года и, несмотря на стремление к обобщению, ближайшие события, безусловно, определили ее построение и содержание.

Бесланская трагедия не имеет аналогов, потому что еще никогда и нигде не было такой массовой гибели детей в одном небольшом городе, где, по сути, все знают друг друга. Ближайшим, хотя, безусловно, и очень условным аналогом может быть только Спитакское землетрясение 1988 года, которое позволяет выделить хотя бы некоторые существенные направления планирования и осуществления реабилитационной работы с пострадавшими.

Сколько-нибудь серьезных работ в этой области очень мало, и единственное найденное мной системное исследование заслуживает особого внимания. В этом разделе я буду апеллировать к последней статье своего американского коллеги Louis M. Najarian (2004), и позволю себе некоторые дополнения и комментарии.

В этой статье автор описывает американскую программу, которая была инициирована в 1989 году (при поддержке армянских и американских фондов) в целях обеспечения реабилитации пострадавших после землетрясения в Армении.

В начале статьи автор указывает, что на 1988 год в Армении было всего 150 психиатров и лишь около 25 специализирующихся в детской психиатрии (на 3,5 – 4 млн. человек населения[2]), одновременно отмечая, что эти специалисты были ориентированы преимущественно на работу с пациентами, страдающими шизофренией, большой депрессией и эпилепсией, а основным методом лечения было психофармакология. Понятие детской психиатрии и детской психотерапии, также как и серьезные представления о посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР) в то время в

2 То есть один специалист на 2300 человек. Вряд ли в Осетии иная ситуация. В России в целом мы имеем сейчас около 15-17 тысяч психиатров, около 2-4 тысяч дипломированных психотерапевтов и около 8-10 тысяч психологов - в совокупности около 30 тысяч специалистов на 130 млн. населения, то есть в среднем один специалист на 4300 человек населения. Для сравнения – в США 40 тысяч психиатров и 80 тысяч психотерапевтов плюс 225 тысяч психологов, специализированных медицинских сестер и социальных работников с высшим образованием – один специалист на 800-1000 человек (более подробно - см. Решетников М. М., 2003, стр. 187).

СССР практически отсутствовали. С тех пор ситуация, конечно, изменилась, но не так уж существенно. Среди «фоновых» факторов, усиливающих проявление посттравматического синдрома, Louis M. Najarian отмечает, что армяне (христиане с 301 года новой эры) существовали в мусульманском окружении ближайших соседей - Турции и Азербайджана и являлись разделенным народом (имеется в виду азербайджанский Карабах), что в целом характерно и для современной Северной Осетии.

Основные исследования и реабилитационные мероприятия американских специалистов осуществлялись в городе Гумри, где до землетрясения проживало 260 тыс. человек, а сразу после него осталось лишь 50 тыс.: 20 тысяч взрослых и 10 тысяч детей погибли, а остальные были эвакуированы из разрушенного города в различные регионы Армении и Советского Союза (но даже при отсутствии организованной эвакуации «исходы» из пострадавших регионов достаточно характерны). Но уже к 1989 году население достигло 80 тыс. человек, а к 1990 – 150 тысяч. По данным автора публикации до прибытия американских специалистов в городе действовали только 9 психиатров, из которых один специализировался в детской психиатрии, при этом психиатрическая клиника на 100 мест была полностью разрушена, поэтому пациенты, нуждавшиеся в стационарной помощи, направлялись в Ереван. В 1990 году было открыто 40-коечное отделение для пациентов с ПТСР, а в 1991 еще одно 30-коечное отделение для лечения страдающих шизофренией и депрессией. Одновременно две группы французских психиатров начали вести групповую терапию детей с ПТСР. Все зарубежные психиатры принадлежали к психоаналитическому направлению, но, не владея армянским, были вынуждены работать с переводчиком, что, естественно, существенно снижало эффективность всех мероприятий в городе, где практически каждый понес те или иные непоправимые утраты.

С марта 1989 года в городе начала работать группа американских психиатров и психотерапевтов, также психоаналитически ориентированных. Работа началась с посещения школ, сбора интервью и консультирования, предоставлявшего возможность детям и учителям (в группе по 6-8 человек) рассказывать их собственные истории, связанные с трагическими событиями. Большинство учителей также имели признаки ПТСР, что создавало в школах своеобразную психопатологическую среду (здесь мы также можем сделать определенную экстраполяцию на Беслан). После 2-3 групповых сессий учителям было предложено пройти краткосрочную индивидуальную терапию. Сессии длились по 45 минут и проводились непосредственно в школах в часы, свободные от занятий с учащимися. Часть родителей также получали такую же групповую и индивидуальную терапию в школах. Основной формой была фокусная психоаналитическая терапия с ориентацией на «здесь и сейчас» и восстановление предшествующего трагедии уровня психического функций. Основное внимание обращалось на отреагирование печали и горя, страха и гнева, и особенно – вытесненных чувств. Характерно, что до 30% опрошенных американскими коллегами считали, что именно президент М. Горбачев является ответственным за это землетрясение. Ранее (в 1988, когда наша группа специалистов Военно-медицинской академии работала в Ленинакане и Спитаке) мы встречались с аналогичными высказываниями, включая различные варианты домыслов об искусственно вызванном землетрясении с помощью направленного ядерного взрыва в недрах Кавказских гор советскими военными или Турцией). Адресация любых негативных переживаний к первому лицу государства, в целом, вообще характерна для населения России[3] , как достаточно патриархального общества, где Осетия не является исключением. И эти негативные чувства, безусловно, требуют адекватной и методически обоснованной социальной терапии.

В процессе работы требовались особые разъяснения родителями, чтобы они позволяли детям говорить обо всем, включая индивидуальные способы избегания негативного аффекта. Наиболее эффективной моделью выявления нуждающегося в коррекции травматического опыта являлось обращение в процессе сессий к пяти основным темам: установление контакта и раскрытие пациента для обеспечения возможности максимально подробного рассказа о событиях, стимуляция воспоминаний, противопоставление, развивающее влияние терапевта и проработка горя.

К январю 1990 года стало ясно, что малыми силами зарубежных волонтеров проблема вряд ли может быть решена, поэтому к терапевтической и реабилитационной деятельности начинают привлекаться педагоги школ, которые в процессе постоянного контакта с американскими специалистами в качестве помощников и переводчиков, по сути, прошли подготовку как психодинамически ориентированные терапевты. А в сентябре 1990 начался реальный профессиональный психотерапевтический тренинг, который продолжался в течение года под руководством Louis M. Najarian. Это, безусловно, было очень важным решением, так как, во-первых, обеспечивало осуществление терапевтических и реабилитационных мероприятий на языке пострадавших, а во вторых – эти люди обладали собственным опытом преодоления трагедии, что является чрезвычайно важным фактором (то, что лежит за пределами собственного опыта, это известное

3 Более подробно об этом – см. Современная российская ментальность.

«понаслышке»). В последующем из числа лиц прошедших вышеупомянутую подготовку был сформирован терапевтический центр, где работали три школьных учителя, два психолога и логопед, а через некоторое время штат центра увеличился до 13 человек, включая двух детских психиатров, администратора и секретаря. На базе этого центра на протяжении 10 лет велась терапевтическая и исследовательская работа, результаты который представляют значительный интерес, и мы еще обратимся к некоторым наиболее существенным из полученных данных. Я думаю, что аналогичные подходы были бы целесообразны и применительно к ситуации в Беслане.

В последующем на базе терапевтического центра был организован учебно-методический центр по психодинамической психотерапии. Учебный процесс включал: изучение теории детского развития и основных психопатологических синдромов, особенно – депрессий, личностных расстройств, шизофрении и алкоголизма с последующим переходом к принципам терапии – первичное интервью, исследование индивидуальной истории развития, проблем переноса и контр-переноса, установление терапевтического альянса, работа с сопротивлением и защитами, вопросы диагностики и терапевтической стратегии и тактики. Особое внимание уделялось систематическим супервизиям и формированию адекватного взаимодействия врачей и психологов, что было не простой задачей, так как психиатры не считали психологов «равными партнерами» (отчасти, эта проблема существует на всем постсоветском пространстве по настоящее время). На последующем этапе по решению местного комитета по образованию к подготовке были привлечены 20 учителей школ, которые затем стали действовать в качестве школьных психологов. Louis M.Najarian отмечает, что они испытывали огромное сопротивление этой работе со стороны специалистов психологического факультета Ереванского университета, и это понятно, так как речь идет о конце восьмидесятых, когда психодинамические подходы и все, что было связано с именем Зигмунда Фрейда, все еще воспринималось через призму идеологии.

Консультирование детей осуществлялось как индивидуально, так и с участием родителей, все данные наблюдений фиксировались, включая назначения психофармакологических средств, а также реакций на их применение. И это очень важное примечание, так как, вопреки широко распространенному мнению, психоанализ не против применения медикаментозной терапии – он против ее необоснованного назначения, изолированного и бесконтрольного применения. А такой контроль может осуществляться только в процессе систематического психотерапевтического контакта с пациентом.

К началу 1990 года в терапевтическом центре работало уже 39 добровольцев, включая психиатров, детских психиатров, психологов, социальных работников, клинических медицинских сестер и психотерапевтов. При этом, все они, включая зарубежных волонтеров, свободно владели армянским и постоянно проходили подготовку и переподготовку в области психодинамической психотерапии (на рабочем месте), а также – персональный анализ, чтобы быть лучше подготовленными к работе с эмоциональными травмами и сохранить свое психическое здоровье. Автор излагаемого мной материала особенно подчеркивает, что большинство волонтеров активно взаимодействовали с административными органами, культурными и религиозными организациями, а те, кто старался отстраняться от местных трудностей или использовать работу по реабилитации как способ продвижения или карьеры очень быстро начинали испытывать различные проблемы, в том числе – появлялись признаки профессионального сгорания и депрессии. Таким образом, мотивация к деятельности является самостоятельным критерием отбора волонтеров для работы в кризисных ситуациях.

Клинико-психологический анализ данных

Основные результаты многолетних наблюдений, выполненных под руководством Louis M. Najarian, достаточно демонстративно представлены в таблицах 1-2, и я позволю себе только некоторые комментарии к ним.

Во-первых, обращает внимание существенное различие форм посттравматической патологии в различных возрастных группах. Если у детей младшего возраста и младенцев (0-5 лет) преобладающими были нарушения речи или ее развития, которые в совокупности с различными формами проявления ПТСР, неврологическими синдромами, поведенческим негативизмом и энурезом «покрывали» более 70% всей наблюдаемой патологии, то у детей 6-12 лет ведущим становится ПТСР и энурез, дополняемые расстройствами речи, неврологическими нарушениями и тиками («охватывают» 78% патологии). Во многом аналогичное распределение наблюдалось и у подростков (13-18 лет), однако на четвертом месте у них уже появляется депрессия, которая становится ведущим синдромом во всех группах взрослых пациентов (19-30 и 31-50 лет). Затем в этих двух последних группах взрослых пострадавших следуют ПТСР, шизофрения, алкоголизм и эпилепсия[4]. Эти данные еще раз подтверждают

4 Во многом аналогичные данные, которые существенно проигрывают в связи с отсутствием «возрастной динамики», но содержат некоторые сведения по половому «диморфизму» патологии, приводит M.Friedman, в частности, он отмечает, что депрессии в сочетании с ПТСР встречаются в 48%, фобии – в 30%, социальны фобии – 28%, дистимии – 22%, тревожные расстройства – 16%; панические реакции: 12,6% у женщин и 7,3% у мужчин; агорафобия: 22,4% у женщин и 16,1% у мужчин; алкогольная зависимость: 51,9 у мужчин и 27,9% у женщин; наркомании: 34,5 у мужчин и 26,9% у женщин.

известное положение психоанализа, что форма психопатологии зависит не столько от травмирующего фактора, сколько от возраста, на который приходится травматогенное воздействие.

Таблица 1

Данные о половозрастных характеристиках и частоте различных форм патологии у обследованных в Американском психологическом центре в Армении после Спитакского землетрясения 1988 года в период с 1.101990 по 31.08.1991 (по материалам Louis M.Najarian[5] , 2004)

Наименование показателей обследованных	**Половозрастная характеристика обследованных контингентов и частота различных форм патологии в различных возрастных группах**										**Итого**	
Возраст	0-5 лет		6-12 лет		13-18 лет		19-30 лет		31-50 лет		0-50 лет	
Общее кол-во	135		300		92		85		122		734	
В т.ч. – мужчин	68		182		54		42		52		398	
В т.ч. –женщин	67		118		38		43		70		336	
Наименование форм патологии	Частота случаев		Частота случаев		Частота случаев		Частота случаев		Частота Случаев		Частота Случаев	
	Число	%	Число	%	Число	%	Число	%	Число	%	Число	%
ПТСР	22	**16,3**	86	**28,7**	25	**27,2**	19	**22,4**	30	**24,6**	182	24,8
Расстройства речи	26	**19,3**	53	**17,7**	15	**16,3**	1	1,2	-	-	95	12,9
Депрессии	3	2,2	5	1,6	7	**7,6**	26	**30,6**	45	**36,9**	86	11,7
Энурез	11	**8,1**	57	**19,0**	13	**14,1**	-	-	-	-	81	11,0
Неврологические синдромы	19	**14,1**	25	**8,3**	6	**6,5**	3	**3,5**	-	-	53	7,2
Эпилепсия	5	3,7	12	4,0	5	**5,4**	6	**7,1**	7	**5,7**	35	4,8
Шизофрения	-	-	-	-	3	3,2	15	**17,6**	15	**12,3**	33	4,5
Негативизм	18	**13,3**	6	2,0	1	1,1	-	-	-	-	25	3,4
Тики	2	1,5	15	**5,0**	6	**6,5**	-	-	-	-	23	3,1
Фобии	7	5,2	13	4,3	-	-	1	1,2	-	-	21	2,9
Тревожность	5	3,7	5	1,7	3	3,2	2	2,4	4	3,3	19	2,6
Без диагноза	9	6,7	6	2,0	1	1,1	1	1,2	-	-	17	2,3
Алкоголизм	-	-	-	-	-	-	3	**3,5**	9	**7,4**	12	1,6
Соматические синдромы	2	1,5	-	-	1	1,1	2	2,4	3	2,5	8	1,0
Другие	6	4,4	17	5,7	6	6,5	6	7,1	9	7,4		
Всего:	135	100	300	100	92	100	85	100	122	100	734	100

В раздел «Другие» включены случаи, частота которых была менее 1%, в частности: болезнь Альцгеймера, детские психозы, истерические неврозы, медикаментозные психозы, мигрень, нарушение слуха, нарушение пищевого поведения, нарушения сна, ночные кошмары, панические реакции, паранойя, паркинсонизм, поведенческие реакции, реактивные психозы, трихотилломания, хорея, энкопрез, энцефалопатии.

Самый главный вывод, в данном случае, состоит в том, что чем старше возраст пострадавших на момент тяжелой психической травмы, тем больше вероятность развития психотических расстройств. К сожалению, мы не имеем анамнестических данных о том какие именно психические травмы, личные потери и утраты понесли те или иные пострадавшие, и вынуждены оперировать лишь обобщенными данными, но, безусловно, чем более травматичным был их личный трагический опыт, тем больше вероятность развития тяжелых форм патологии[6] .

Эти данные американских коллег, хотя, возможно, и имеют некоторые «погрешности» (в силу различных подходов к диагностике и классификации психопатологии в Европе, России и США), тем не менее, являются чрезвычайно важными с точки

5 Louis M. Najarian приводит эти данные в пяти разных таблицах и только в абсолютных цифрах. Для большей наглядности и информативности мной составлена сводная таблица и дана частота случаев в процентах (М.Р.).

6 Мы не анализируем здесь поведенческие феномены, которые чрезвычайно вариативны и нередко столь же специфичны и даже парадоксальны. Например, V.Volkan отмечает, что после войны с Грузией в Осетии существенно возросло количество разводов, при этом мужчины выбирали в качестве новых очень молодых жен (13-14 лет), которых привозили преимущественно из других мест, а женщины в сохранившихся семьях, начинали рожать больше детей, но это относилось преимущественно к женщинам, которые не потеряли детей в процессе вооруженного конфликта (хотя, казалось бы, должно быть наоборот). Об усиление криминогенного фона в «травмированных сообществах» и появление там ранее не существовавших видов преступлений также хорошо известно.

зрения планирования и осуществления всего комплекса долговременных терапевтических, профилактических и реабилитационных мероприятий.

Здесь не случайно употребляется определение «долговременных». Данные о первичных обращениях и общем количестве проведенных курсов лечения в Психологическом центре Армении (табл. 2) наглядно демонстрируют, что количество обращений за психиатрической и психотерапевтической помощью последовательно нарастает в течение всех прошедших после трагедии лет, увеличившись через десятилетие почти в два раза.

Таблица 2

Данные о первичных обращениях в Психологический центр в Армении после Спитакского землетрясения 1988 года и общем количестве психотерапевтических курсов лечения, проведенных с пациентами в период с 1992 года по 2000 год (по материалам Louis M.Najarian[7], 2004)

Годы	**Исследуемые показатели**					
	Количество первичных обращений		**Общее количество проведенных психотерапевтических курсов лечения**		**Общее количество проведенных психотерапевтических сессий (в среднем по 6 сессий в процессе каждого курса)**	
	Абсолютные числа	**Рост показателя в % к 1992**	**Абсолютные числа**	**Рост показателя в % к 1992**	**Абсолютные числа**	**Рост показателя в % к 1992**
1992	258	100%	2700	100%	16200	100%
1993	288	111,6%	1344	49,7%	8064	49,7%
1994	276	106,9%	1500	55,6%	9000	55,6%
1995	276	106,9%	1308	48,4%	7848	48,4%
1996	420	162,8%	2652	98,2%	15912	98,2%
1997	420	162,8%	2556	94,7%	15336	94,7%
1998	432	167,4	2640	97,8%	15840	97,8%
1999	480	186,0	3600	133,3%	21600	133,3%
2000	480	186,0	2796	102,2%	16776	102,2%
Итого:	3600	-	21096	-	126576	

Особенно следовало бы подчеркнуть, что в первые три года демонстрируемые пострадавшим населением потребности в терапии могут быть успокаивающе невелики, так как многие травматические воспоминания вытесняются из сознания, но это, естественно, не значит, что они «исчезают». Их дальнейшая динамика может идти как в направлении автономного «разрешения» и адаптации к проблемам и трагическим воспоминаниям (как к тому, что нельзя пережить, и с чем приходится учиться жить, что нередко удается, особенно при соответствующей психологической поддержке социума и ближайшего окружения), так и приводить к постепенному вызреванию тяжелых клинических форм психопатологии.

Хотя Louis M.Najarian в своей чрезвычайно актуальной статье не акцентирует на этом внимание, можно сделать вывод, что в большинстве случаев их группа ориентировалась на краткосрочную психодинамическую терапию, которая чрезвычайно популярна в США (отчасти - в силу экономических факторов, так как страховыми кассами обычно оплачивается не более 6 сессий). Я думаю, что в нашей ситуации было бы целесообразно сочетать и краткосрочные и долгосрочные методы индивидуальной и групповой динамической терапии, которая в данном случае является наиболее показанной. При этом организацию центра динамической терапии и центра по подготовке таких специалистов из числа местных профессионалов (психиатров, психологов, психотерапевтов, педагогов и социальных работников) было бы целесообразно осуществлять непосредственно в Беслане.

Некоторых из моих коллег, с которыми я обсуждал этот материал, поразила цифра, приведенная в правом нижем столбце таблицы 2 – более 120 тысяч терапевтических сессий, проведенных в маленьком армянском городке. Но эта цифра только кажется умопомрачительно большой, так как 126576 за 9 лет, это 14064 сессий в год или всего 38 сессий в день (при ежедневной работе), если не учитывать групповую работу, где участвуют сразу несколько пациентов. Для примера, специалисты Учебно-методического и консультативного центра нашего института проводят ежедневно от 50 до 70 только индивидуальных сессий с пациентами (в 10 кабинетах).

7 Эта таблица также дополнена мной графой прироста показателей в процентах (М.Р).

Заключение

В публикации определены лишь основные аспекты состояния, поведения и деятельности людей в процессе и после экстремальных ситуаций с витальной угрозой, связанных с одновременной утратой близких (особенно родственников и детей) и намечены основные направления профилактической, терапевтической и реабилитационной деятельности специалистов, а также приведены некоторые данные, позволяющие планировать расчет сил и средств для осуществления всего комплекса специальных мероприятий. Безусловно, все эти данные должны верифицироваться и адаптироваться с учетом местных условий и специфики социально-психологической ситуации в конкретном регионе.

Литература:

1 Решетников М. М., Баранов Ю. А., Мухин А. П., Чермянин С. В. Психофизиологические аспекты состояния, поведения и деятельности пострадавших в очаге стихийного бедствия. – М.: Психологический журнал, 1989. - Том 10. - № 4. – С. 125-128

2 Решетников М. М., Баранов Ю. А., Мухин А. П., Чермянин С. В. Уфимская катастрофа: особенности состояния, поведения и деятельности людей. – М.: Психологический журнал, 1990. -Том 11. - № 1. – С. 95-101

3 Решетников М. М., Баранов Ю. А., Мухин А. П., Чермянин С. В. Психофизиологические аспекты состояния, поведения и деятельности людей в очагах стихийных бедствий и катастроф. - М.: Военно-медицинский журнал, 1991. - № 9. – С. 11-16

4 Решетников М. М. Психопатология героического прошлого и будущие поколения // В сб. Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии. – СПб.: Военно-медицинская академия, 1995. – С. 38-45

5 Решетников М. М. Современная российская ментальность. – М.: Российские вести, 1996. – 102 с.

6 Решетников М. М. Методологическое значение классификации, понятий нормы и патологии // Вестник психоанализа, 1999. - № 1

7 Решетников М. М. Психодинамика и психотерапия депрессий. – СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2003. – 328 с.

8 Решетников М. М. Психология и психопатология терроризма. – СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2004. – 43 с. (см. также сайт: www.antiterror.oedipus.ru)

9 Решетников М. М. Общие закономерности в динамике состояния, поведения и деятельности людей в экстремальных ситуациях с витальной угрозой. Отделенные последствия и реабилитация пострадавших // Методическое пособие для врачей, психологов и педагогов. - СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2004. – 26 с. (см. также сайт: www.antiterror.oedipus.ru)

10 Решетников М. М. Наброски к психологическому портрету террориста // Психология и психопатология терроризма. – СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2004. – С 34-37

11 Решетников М. М. Элементарный психоанализ. – СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2004. – 148 с.

12 Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.

13 Friedman M. J. Post Traumatic Stress Disorder. The Latest Assessment and Treatment Strategies. – Compact Clinicals. Kansas City. - 108 p.

14 Horowitz M. J. Stress Response Syndromes: Character Style and Dynamic Psychotherapy. – Archives of General Psychiatry # 31. – p. 768-781

15 Najarian L. M. Establishing Mental Health Services in the former Soviet Union: the American experience after the earthquake. // Bridging Eastern and Western Psychiatry. - Vol. II, # 1, 2004. – pp. 37-45

16 Volkan V. Traumatized Societies / In: Violence or Dialogue? Psychoanalytic Insight on Terror and Terrorism. – London: International Psychoanalytic Association, 2003. - p. 217-237

ДЕТИ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ В ОБЩЕМ РЕЖИМЕ ДЕТСКОГО САДА

М. С. Соковнина

В этой статье речь пойдет о детях, которые часто оказываются для воспитателей детских садов наиболее трудными. Они создают наибольшее количество проблем как для себя самих, так и для своих родителей, для детей в группе и для воспитателей. Как правило, в каждой группе детского сада находится 1-2 таких ребенка, но есть и несколько других, у которых проблемы выражены мягче,

но тоже требуют внимания. По данным различных исследователей таких детей в популяции не менее 30%. Это дети с родовой травмой в анамнезе, последствия которой у российских авторов называются по-разному - это и энцефалопатия, и минимальная мозговая дисфункция, и синдром дефицита внимания, и гипервозбудимость. В соответствии с МКБ-10 эта группа расстройств имеет название «Гиперкинетические расстройства» (F90) (1), хотя в нашей отечественной литературе наиболее часто встречается термин минимальных мозговых дисфункций. В соответствии с диагностическими критериями, разработанными Американской психиатрической ассоциацией и опубликованными в «Диагностическом и статистическом руководстве по психическим заболеваниям (DSM-IV)» диагностика этого синдрома осуществляется в двух измерениях: нарушения внимания и гиперактивность - импульсивность.

Чем же трудны эти дети для взрослых? Они менее послушны, создают шум и беготню, часто падают и ушибаются, что-то роняют, задевают других, так как их движения менее координированы (1,7), а внимание рассеяно. Они более агрессивны, часто становятся участниками конфликтов, в которых действуют физически. Кроме того, дети с более высоким уровнем самоконтроля могут легко их спровоцировать на поведение, не одобряемое взрослым, сами же при этом «выйдут сухими из воды». Дети с синдромом дефицита внимания имеют повышенную потребность в двигательной активности, поэтому они нередко организуют в группе шумные игры, становятся в группе негативными лидерами, демонстрируя другим не лучшие образцы поведения. Также они плохо спят днем и создают проблемы во время тихого часа. Им трудно высидеть всё время занятий, которые проводятся в детском саду воспитателями, им трудно быть долго сосредоточенными на занятии, если оно их не очень эмоционально вовлекает. Ряд проблем они создают в обучении, особенно – в подготовке к чтению и письму (5).

Все эти дети перенесли в период рождения или в первые несколько дней жизни, либо во внутриутробный период жизни какие-то трудности, которые сопровождались кислородным голоданием клеток головного мозга. Кислородное голодание (гипоксия) привело к так называемой биохимической травме. Одним из последствий этой биохимической травмы является повышение внутричерепного давления и/или хронический тонус сосудов головного мозга в какой-либо его области (как реакция на травму).

В результате всех этих последствий, изучение которых входит в компетенцию невропатологов, нейропсихологов и физиологов, состояние центральной нервной системы у этих детей изменяется, и они приобретают особенности, которые внешне выражаются в уже описанном поведении. Эти изменения в поведении, в развитии ребенка могут быть скорректированы, скомпенсированы, и ребенок со временем может войти в нормальное русло развития соответственно возрасту. Для этого необходимо, чтобы родители консультировались у врачей и лечили ребенка, и также чтобы окружающие его взрослые обращались с ним в соответствии с его индивидуальными особенностями (5).

Один из важнейших методов коррекции – это создание для ребенка необходимых ему внешних условий, в том числе – через правильно организованные условия пребывания его в детском дошкольном учреждении. Эти условия организуются в соответствии с особенностями функционирования центральной нервной системы ребенка.

Первая особенность таких детей состоит в том, что процессы возбуждения в центральной нервной системе у них преобладают над процессами торможения. Преобладание возбуждения над торможением у детей этого возраста – физиологическая норма, и у детей, перенесших гипоксию, возбуждение выражено сильнее, чем у других детей. Причем это возбуждение начинает расти, если этот ребенок находится в коллективе. Если он один – он более спокоен. Чем больше вокруг него детей, тем более он возбужден. Особенно проблема возрастает, если в детской группе два, а то и три таких ребенка, и они взаимно усиливают гипервозбуждение друг друга своим поведением (2). Это возбуждение имеет две составляющие: внешнюю двигательную, поведенческую гиперактивность и внутреннюю - перевозбуждение на уровне психических процессов, перевозбуждение центральной нервной системы (внутренний план).

Одна из рекомендаций здесь состоит в том, что такие дети должны разводиться по разным группам (обычно в детском саду есть две параллельные группы детей одного возраста). В некоторых случаях, если возбуждение у ребенка очень сильно выражено (а, как правило, оно сопровождается и другими особенностями поведения, описанными ниже), может быть даже рекомендовано подождать с помещением ребенка в детский сад. Или же он должен посещать какой-либо специальный детский сад, с маленькой наполняемостью групп, или просто посещать кружки, группы развития, куда он приходит на 1-2 часа в день.

И, конечно же, такой ребенок должен получать лечение. Это забота родителей.

К сожалению, часто родители не знают, что ребенка нужно лечить у невропатолога, психоневролога, или гомеопата. Нередки случаи, когда диагноз ребенку не поставлен из-за легкости проявлений, или по каким-либо другим причинам. Нередки также и случаи, когда ребенок интенсивно наблюдался и лечился у невропатолога первый год жизни, когда минимальная мозговая дисфункция

была у него компенсирована, его сняли с диспансерного учета у невропатолога. Проблема вновь зачастую обнаруживается при поступлении ребенка в дошкольное учреждение или в школу (если он не ходил в детский сад), так как в новых задачах развития, обучения и общения начинают проявляться особенности ребенка, наложенные травматическим опытом (как физическим, так и эмоциональным) на его центральную нервную систему. Кроме того, часто эти новые условия, повышение нагрузки на центральную нервную систему ребенка (по сравнению с домашними условиями) в дошкольном и школьном учреждении становятся причиной декомпенсации тех функций, которые ранее были компенсированы.

Эти более тонкие нарушения, менее значимые для врачей, оказываются чрезвычайно значимы для семьи, для воспитателей и для педагогов, работающих с ребенком, и для развития самого ребенка, в том числе – для социального развития.

Таким образом, часто случается, что именно воспитатель или другой сотрудник детского сада (психолог, валеолог, методист) обнаруживает особенности в поведении и в развитии ребенка и сообщает о них родителям, и поэтому именно он становится инициатором индивидуального сопровождения развития и воспитания ребенка.

Однако же, есть группа родителей, которые испытывают трудность в том, чтобы вкладывать дополнительные усилия в лечение и развитие ребенка (6). Иногда им просто трудно преодолеть этот барьер и признать, что ребенок нуждается, по крайней мере, в медицинских консультациях. Или причиной невнимания взрослых членов семьи к ребенку может быть просто их усталость от большого количества работы, от внутрисемейных проблем, от недостатка денег в семье и т.п. Также родители могут недостаточно понимать важность лечения и других форм помощи ребенку, так как они не знакомы с тем, к каким последствиям во взрослой жизни может привести отсутствие помощи ребенку сейчас. Это и нарастание проблем в школе, и проблемы с контролем поведения, агрессивность, нарастающая в период полового созревания, риск наркозависимости (4). Поэтому задачей воспитателя, психолога, методиста, других сотрудников детского сада становится установить доверительные отношения с родителями и помочь им понять, что их ребенок нуждается в медицинской консультации, в индивидуальном режиме дома и в детском саду, и в индивидуальном педагогическом подходе.

Еще один способ помочь детям с гипервозбудимостью – это давать им послабление режима детского сада. Послабление режима выражается в том, что ребенок находится в детском саду в течение недели меньшее количество часов, чем другие дети. Либо он уходит из группы раньше, либо имеет в течение недели «дополнительный выходной день», по индивидуальному согласованию с родителями.

Послабление режима необходимо для профилактики переутомления центральной нервной системы ребенка, к которому ведет перевозбуждение, а также её недостаточные ресурсы, обусловленные травмой. В домашних условиях потребность ребенка в отдыхе должна быть поддержана соответствующей обстановкой, в которой выделено его собственное физическое и психологическое пространство, в котором он может находиться в безопасности, в одиночестве, или в присутствии небольшого количества близких родственников (вместо очередной большой компании гостей, взрослых или маленьких).

И этот отдых от большой детской группы необходим не только тем детям, которые явно, внешне демонстрируют перевозбуждение.

Есть дети с сильной социальной ориентацией, которые за счет этой мотивации контролируют свое поведение в детском саду, но зато тратят на это все свои психологические ресурсы. В детском саду они выглядят «вполне прилично», но так как ресурсы истрачены в детском саду, срыв начинается дома. Когда такой ребенок приходит в сад впервые, его поведение может выглядеть следующим образом: в детском саду он ведет себя как все, а когда приходит домой, то родители видят бурную реакцию в виде протеста, или плача, или необычной беготни, капризов. Ребенок может забиться в угол и том плакать; он не может себя сдерживать, и т.п. То есть поведение ребенка резко изменилось после того, как он стал посещать детский сад. Иногда родители говорят: «Он стал как невменяемый».

Почему возникает такая реакция? Потому что ресурсы нервной системы этого ребенка ограничены.

Нам, взрослым, часто кажется, что в жизни ребенка всё так просто: поздоровался с воспитателем, помыл руки, пошел в столовую (если она есть), потом игра, порисовал и т.д. На самом деле, в детском саду ребенок встречается со множеством новых правил поведения, которые он должен изучить и выполнять, и множеством новых людей, с которыми он должен выстраивать отношения, с которыми он должен считаться. В присутствии, во взаимоотношениях с этими другими людьми ребенок исчерпывает свой ресурс тормозить себя, и дома происходит эмоциональный выплеск на родителей. Родители иногда рассказывают об этом в детском саду, а иногда нет. Если они доверяют воспитателю, то могут рассказать. Поэтому важно иметь эти доверительные отношения с родителями и важно поинтересоваться, как ведет себя ребенок дома после детского сада.

Если ребенок именно таким образом реагирует в период адаптации или несколько позже, то его родителям нужно рекомендовать на некоторое время (а некоторым детям и на постоянно) посещение детского сада только на половину дня. Иногда ему нужно в середине недели устроить выходной, не водить в детский сад. Этот день должен

быть предварительно согласован с воспитателем, чтобы у ребенка не возникало впечатления о хаотичности требований к нему.

Следующая особенность детей, перенесших гипоксию внутриутробно или при рождении, это так называемая «расторможенность» (7). Это качество означает, что этим детям труднее, чем другим, приостанавливать ту деятельность, которую они начали, особенно в ответ на команду взрослого остановиться. Таких детей рекомендуется не останавливать командой с частицей «не» в начале, а переключать их на другую деятельность при помощи положительно сформулированной команды. Если родители и воспитатели будут излишне часто «останавливать» ребенка, это может, в конце концов, вызвать у него нервный срыв. Частенько наказания, применяемые в детском саду, вызывают напряжение процессов торможения. Например: подрался – сиди на стульчике; сломал игрушку – стой в углу. Или: воспитатель отлучился во время тихого часа из группы, дети баловались, бросались подушками. В наказание дети лежат после тихого часа, когда другие уже встали.

Психологи провели такое интересное исследование, которое показало, что если двигательную активность ребенка тормозить, заставляя его, например, сидеть, он потом всё равно в другой промежуток времени в течение дня будет вести себя более активно и таким образом «наберет» характерную и необходимую для него сумму двигательной активности. Поэтому наказания с лишением двигательной активности могут вызвать нежелательную двигательную активность ребенка в другие периоды дня. Предпочтительней, когда применяемые меры, санкции включают ребенка в двигательную активность, направленную на исправление допущенной им ошибки, или негативных последствий совершенного им поступка. Например: уронил цветочный горшок – подмести землю, пересадить цветок; сломал игрушку – починить её вместе с воспитателем или родителями; подрался – нарисуй обиженному рисунок.

Третья особенность детей, перенесших гипоксию, это повышенная агрессивность. Она встречается не у всех детей с последствиями гипоксии, но в целом она для них характерна. То есть, эти дети более драчливы, чем другие, и часто создают этим в группе особые проблемы. Их драчливость, гнев, биологически обусловлены, так как во время гипоксии были затронуты именно те зоны мозга, которые отвечают за агрессивное поведение.

Тенденция этих детей попадать в конфликты, в проблемные ситуации поддерживается также такой их особенностью, которая называется «полевым поведением» (3). Это означает, что у них в большей степени, чем у других детей, поведение определяется внешними стимулами (по сравнению с внутренними стимулами).

Проще говоря, их легче спровоцировать, чем других, и они становятся жертвами вольных или невольных «подначек».

Как работать с этим качеством ребенка? Прежде всего, необходимо иметь в виду, что постепенно с возрастом агрессивность снижается сама. Но многое зависит от того, в какой атмосфере в семье и саду находится ребенок. Есть биологический механизм агрессивности, но если он часто используется, то он тренируется, и создается нечто вроде «накатанной колеи». Ребенок должен находиться в атмосфере, в которой он:

а) не получал бы от взрослых негативных образцов гневного, агрессивного поведения,

б) не имел бы поводов реагировать агрессивно,

в) получал бы стимулы для гармоничного развития сферы чувств. А именно, все разнообразие чувств ребенка должно приниматься и поощряться (печаль, страх, радость, интерес, восхищение, благодарность и т.п.). В противном случае гнев начинает разрастаться как единственно возможный способ выражения чувств.

г) чтобы ребенок чувствовал себя в безопасности, как физической, так и психологической, чтобы он не имел необходимости защищаться (например, от обид старшего брата).

Для семьи это означает, что в семье должна быть спокойная атмосфера, без гневных проявлений между членами семьи. Это нужно объяснять родителям, и говорить им о том, что это от них сейчас зависит, каким будет их ребенок в 12, в 14, в 30 и в 50 лет, как сложится в дальнейшем его жизнь. Не леченный и неправильно воспитываемый ребенок будет иметь проблемы с агрессивным поведением в период полового созревания и далее во взрослый период жизни.

Особенно важно, чтобы такого ребенка не наказывали в семье физически. Эта традиционная мера «воспитания» еще не изжита в нашей культуре, и особенно часто встречается в проблемных семьях. Поэтому важно задавать родителям вопросы и прояснять, какие наказания используются в семье.

Достаточно часто в семьях с физическими наказаниями создается заколдованный круг: ребенок имеет проблемы с поведением – его наказывают ремнем, или просто бьют рукой - он ведет себя еще хуже – его опять наказывают – он ведет себя еще хуже, и т.п.. Требования при этом, предъявляемые к ребенку, как правило, выходят за рамки его психофизиологических возможностей, то есть он никак не может их выполнить. Последствия этих наказаний «валятся» на воспитателя, так как он не имеет права бить ребенка, и поведение этого ребенка в группе выходит из-под контроля. Здесь важно убедить родителей отменить физические наказания и согласовать единый подход в воспитании в семье и дома.

Еще одна особенность детей, перенесших гипоксию, состоит в том, что у них страдает усидчивость, что является частой формой проявления гипервозбудимости и расторможенности. Такому ребенку трудно высидеть на стульчике всё занятие, особенно тогда, когда занятие не включает в себя элементов двигательной активности, и когда не соблюдаются в занятиях рамки возрастных норм, касающихся продолжительности занятий. Такой ребенок будет «плохо вести себя» на занятиях. Например, он может вертеться, вставать, отвлекаться, или задевать сидящих рядом, разговаривать. Иной просто встанет и начнет бегать, пойдет играть. Очень важно отслеживать соблюдение временных рамок в занятиях воспитателей с детьми.

Если воспитатель сильно развил в себе функцию контроля, у него дети смирно отсидят и два занятия подряд. Но тот воспитатель, который придет к нему на смену, получит эмоциональный выплеск не только трудных детей, но и всей группы в целом.

Есть также воспитатели очень ответственные, которые стремятся передать детям как можно больше знаний и умений, но не умеют положительно оценивать результаты своей работы. Работа психолога в детском саду, или руководителя, если нет психолога, состоит в том, чтобы дать им возможность расслабиться, помочь им снизить те завышенные требования, которые они предъявляют сами к себе и к детям, и таким образом помочь детям.

Несколько похожая проблема возникает во время тихого часа. Часть детей из тех, кто перенёс гипоксию, очень долго не могут заснуть, либо вообще не могут заснуть днем. Более того, им трудно лежать спокойно в течение всего тихого часа (если они не заснули), и тихий час превращается в пытку как для воспитателя, так и для ребенка. Здесь вопрос должен решаться индивидуально: если ребенок может лежать спокойно во время тихого часа, он может быть оставлен в группе. Если же он не может лежать, то он должен быть выведен из группы. Некоторые детские сады организуют специальные комнаты для детей, не спящих в тихий час. Обычно таких детей несколько на детский сад. Если такой комнаты в детском саду нет, то ответственность родителей состоит в том, чтобы забирать ребенка из детского сада с полдня или на период тихого часа. Возможно, кому-то такое решение проблемы покажется излишне смелым. Но здесь необходимо развивать понимание того, что это необходимо в интересах психического и физического здоровья ребенка, и что основную ответственность за жизнь, здоровье и развитие ребенка несут его родители, а не государственное учреждение и не воспитатель, что отражено в декларации прав ребенка.

Среди гипервозбудимых детей встречаются и такие, у которых гипервозбудимость приводит к ночному и дневному энурезу (7). Дневной и ночной энурез отличаются от других нарушений мочеиспускания тем, что ребенок настолько глубоко засыпает во время ночного или дневного сна, что сфинктер мочевого пузыря расслабляется, и ребенок не замечает, как он писает. Правда, некоторые дети просыпаются сразу после того, как они пописали, но от того, что они лежат в мокрой постели. Дневной и ночной энурез не могут контролироваться ребенком и не могут быть приостановлены внушениями, убеждениями, наказаниями или психотерапией. Дневной и ночной энурез не перевоспитываются, а лечатся у невропатолога. Если такой ребенок появился в группе, то хорошо, если кто-либо из сотрудников детского сада прояснит у мамы, делает ли она что-нибудь, консультировалась ли у врача, проходит ли ребенок лечение. Одна из ошибок, которая допускается по отношению к этим детям родителями или воспитателями, это то, что ребенка начинают будить в середине сна, для того, чтобы он посетил туалет (7). Это неправильно, так как ухудшает состояние ребенка. Дневной и ночной энурез связаны с тем, что в течение дня центральная нервная система ребенка перевозбуждается, и соответственно устает. Компенсация происходит за счет более глубокого погружения в сон, чем это бывает со здоровыми людьми. Во время такого сверхглубокого сна ребенок больше расслабляется, чем другие дети, и расслабляется даже сфинктер мочевого пузыря, отчего ребенок и мочится в постель. Если же ребенка будить в середине сна, то он не достигнет необходимого погружения в сон, его мозг не отдохнет, что будет увеличивать дневное перевозбуждение и ухудшит состояние ребенка.

У детей, перенесших гипоксию в родах, частенько встречаются и особенности интеллектуального, эмоционального и личностного развития.

Один из встречающихся вариантов состоит в том, что интеллектуальное развитие ребенка в норме, или даже превышает возрастную норму, а эмоциональное, социально развитие – соответствует возрасту на год, на два меньше (7). Это значит, что и поведение, и эмоциональные реакции на события у этого ребенка будут, как у детей более младшего возраста. Поэтому у него возникают проблемы в играх с детьми своего возраста, но меньше проблем с младшими детьми. В некоторых случаях такая проблема успешно решается переводом ребенка в группу помладше на 0,5 – 1 год. Другое решение состоит в том, чтобы поместить такого ребенка в группу, где дети старше него и будут относиться к нему как маленькому. Вопрос об определении ребенка в группу не должен решаться исключительно из его интеллектуальных данных, но комплексно исходя из данных как интеллектуального, так и личностного развития.

Второй встречающийся вариант – это отставание в интеллектуальном развитии. Это «мягкое»

отставание, которое не может быть квалифицировано как задержка развития, но оно заметно на фоне других детей, и проявляется в частности в том, что ребенок испытывает трудности в усвоении материала на занятиях по подготовке к математике, чтению, письму и т.п.. Такой ребенок на групповых занятиях будет отставать, и ему, в конце концов, станет скучно на занятиях, где он не понимает, о чем идет речь. Мотив к обучению и к познанию окружающего мира у этого ребенка страдает. Кроме того, он страдает эмоционально и у него формируется комплекс неполноценности, так как он постоянно видит, что у других детей получается, а у него нет. В результате он может даже отказываться что-то делать или вообще не желать участвовать в занятиях. Здесь рекомендация может состоять в том, чтобы помещать такого ребенка в более младшую группу, или в разновозрастную группу. И там он будет чувствовать себя комфортней. Но разновозрастные (смешанные) группы редки в детских садах, так как требуют от воспитателей очень высокой квалификации и самоотдачи в работе. В случае отставания в развитии необходима также консультация врача. Часто бывает достаточно начать принимать лекарства, улучшающие мозговое кровообращение, или провести курс электрофореза, или выполнить другие назначения врача, и ребенок делает скачок в своем интеллектуальном развитии. Воспитатель не может научить ребенка, если у того не хватает на обучение физических ресурсов, которые должны быть поддержаны медицински и общим режимом жизни.

И последняя рекомендация. Она состоит в том, что иногда ребенок бывает настолько проблемен, что ему вообще не стоит посещать детский сад. И очень важно в интересах самого же ребенка, деликатно, но настойчиво убедить родителей в том, что необходимо такого ребенка оставить дома.

Часто родители имеют ложное убеждение в том, что «ребенок должен находиться в коллективе, для того, чтобы он научился общаться с другими детьми». Однако, навыки взаимодействия в коллективе в этом случае не формируются адекватно, так как вся ситуация в комплексе не способствует этому. Закрепляются неверные образцы поведения, неверные способы реагирования, а переделывать неправильно сформированный навык значительно сложнее, чем формировать правильный навык «на чистом листе». С точки зрения долгосрочного прогноза социальной успешности такому ребенку лучше находиться дома, до 4-х, до 5-и лет.

В любом случае вопрос должен решаться индивидуально с учетом всех медицинских, социальных обстоятельств и особенностей развития ребенка. При консультировании и психологическом сопровождении семей, имеющих гиперактивного ребенка, предлагается использовать представления из транзактного анализа об обесцениваниях, так как консультанту приходится иметь дело с обесцениванием взрослыми членами семьи физических симптомов ребенка, обесцениванием роли физического фактора в его развитии, ограниченных ресурсов его центральной нервной системы, обесцениванием важности медицинского лечения и другими обесцениваниями (В переводной литературе часто «обесценивание» переводится как «игнорирование») (8, 9).

Литература:

1. Буянов М. И. Беседы о детской психиатрии. – М: Просвещение, 1986

2. Захаров А. И. Как предупредить отклонения в развитии детей. - М., «Просвещение», 1993

3. Зиновьева Н. О. Феномен сопротивления и работа с ним в процессе психологического консультирования родителей // В сб.: Психолого-педагогическое медико-социальное сопровождение развития ребенка / Материалы Всероссийской научно-практической конференции. – СПб, 1998. – С. 25-28

4. Корсакова Н. К., Микадзе Ю. В., Балашова Е. Ю. Неуспевающие дети: нейропсихологическая диагностика в обучении младших школьников. - М.: Российское педагогическое агентство, 1997

5. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. – М.: «Смысл», СПб: «Речь», 2003

6. Организация мероприятий по профилактике наркоманий (рекомендации для педагогических коллективов школ, работников подростковых клубов и социальных педагогов): из кн.: «Наркомания и закон», составитель: Дитяткина В. Г. - СПб, ГУ «ГЦРДПМ», 1999. – С. 56-57

7. Стюарт Ян, Джойс Вэнн Современный транзактный анализ. Социально-психологический центр. – СПб, 2000

8. Ясюкова Л. А. Оптимизация обучения и развития детей с минимальной мозговой дисфункцией. Диагностика и компенсация минимальных мозговых дисфункций // Методическое руководство. – СПб: ГП «ИМАТОН», 1997

9. Mellor K., Sigmund E. Discounting // TA Journal, 5, 3, 1975. – P. 295-302

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИСЦИПЛИНЫ ЛЕЧЕНИЯ И МОТИВАЦИИ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Е. В. Сухова, В. Н. Барсуков, М. Ю. Гнездилова

В настоящее время туберкулез является одной из самых актуальных проблем здравоохранения. Эпидемическая ситуация по туберкулезу и в России, и в мире неблагоприятна.

Наиболее опасны, в эпидемиологическом отношении, больные с постоянным обильным бацилловыделением, а таких в России насчитывается более 150 тысяч человек. Восприимчивость к туберкулезу повышается при ухудшении социально-экономических условий и снижении уровня здоровья при плохом питании, некоторых хронических заболеваниях, хроническом алкоголизме и наркомании [3]. Заболеваемость всеми его формами выросла в полтора раза. Заболеваемость туберкулезом легких увеличилась на 60%. Резко увеличилась заболеваемость людей, контактировавших в очагах с больными, особенно часто заболевают подростки [2, 3, 4, 5]. Социально-неблагополучные лица являются одной из наиболее распространенных групп риска заболевания туберкулезом. Особенно часто болеют туберкулезом лица, прибывшие из ИТУ, злоупотребляющие алкоголем, наркоманы, безработные, мигранты, неквалифицированные рабочие [6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13]. Данный контингент мало дисциплинирован, имеет низкую мотивацию к любой систематизированной деятельности, в том числе, и к лечению.

Увеличилось число инвалидов по туберкулезу. За 1998 год оно возросло на 26,1 тыс. человек, что составило 91,6 тысяч, причем общее число инвалидов среди контингентов больных увеличилась до 26,8%.

В последнее время растет число больных, выделяющих лекарственноустойчивые штаммы микобактерий туберкулеза, что представляет опасность как для самого больного, так и для общества, так как возможности излечения такого пациента резко ограничиваются.

Как известно, один больной – бактериовыделитель способен за год заразить от 20 до 100 человек. Для того чтобы цепочка заражения была прервана, необходимо лечение каждого больного активным туберкулезом. Для эффективного лечения больного человека требуется высокая дисциплина, наличие мотивации к выздоровлению. Только в этом случае становится возможной непрерывная химиотерапия в течение 6 - 8 месяцев комбинацией из 4 - 6 противотуберкулезных препаратов, имеющих множество побочных действий.

По данным литературы известно, что при обнаружении туберкулеза у заболевшего возможно развитие реактивного субдепрессивного состояния [14, 15]. Продолжительное лечение туберкулеза может привести к углублению этих реакций. Л. Э. Панкратова с соавторами показали связь между состоянием психики и течением заболевания [16]. А. С. Толстых были выявлены значительные нарушения эмоциональной и волевой сфер [17]. Аффективные расстройства также способны подавлять мотивацию к лечению и снижать его дисциплину.

С учетом особенностей психологического и социального статуса больных туберкулезом, выявленных рядом авторов, становится понятно, что без участия психологов фтизиатры не могут сами решить проблему повышения эффективности лечения больных туберкулезом. Поэтому в туберкулезных отделениях и специализированных бюро медико-социальной экспертизы были введены должности медицинского психолога.

Однако, при работе с данным контингентом лиц, у психологов возникают определенные трудности, а именно: психологи сталкиваются с малоизученной специфической психоорганической симптоматикой, с одной стороны, и наблюдают своеобразные реакции на болезнь и поведенческие паттерны, не присущие другим больным, с другой стороны. Это связано с тем, что туберкулез является специфической инфекцией, при нем имеется интоксикация, повреждающая ЦНС. Многие противотуберкулезные препараты также оказывают церебротоксическое действие. Вместе с тем, в местах лишения свободы некоторые заключенные умышленно заражаются туберкулезом для получения льгот и преимуществ. Прошедшие «школу жизни» в пенитенциарных учреждениях многие больные переносят «зэковское» поведение в «гражданскую жизнь». На это наслаиваются психоорганические реакции, утяжеляющие клиническую картину и препятствующие эффективному лечению.

В данной статье мы хотели бы осветить проблему, которая может быть решена только совместными усилиями фтизиатров и медицинских психологов. Эта проблема заключается в изучении факторов, снижающих дисциплину лечения больных туберкулезом и возможности повышения мотивации к лечению у больных туберкулезом легких.

Целью проведенного исследования явилось изучение факторов, снижающих дисциплину лечения у больных туберкулезом, и выявление возможностей повышения мотивации к лечению.

Материал и методы исследования

Было проведено обследование 244 больных туберкулезом легких, в возрасте от 22 до 56 лет,

проходивших курс стационарного лечения в Самарской городской больнице № 5. Пациенты были взяты методом сплошной выборки. Все обследованные пациенты были жителями Самарской области. Они страдали либо инфильтративным, либо фиброзно-кавернозным туберкулезом легких. Длительность заболевания составляла от 1 месяца до 5 лет. Диагноз туберкулеза был поставлен на основании общепринятых клинических, рентгенологических, лабораторных и функциональных исследований.

Для изучения уровня депрессии были использованы тесты Бека и госпитальная шкала тревоги и депрессии. Надежность и валидность опросника Бека многократно подтверждены. Методика позволяет прицельно оценить степень тяжести депрессивного синдрома в целом и отдельных, составляющих его, симптомов. Тест обладает хорошей дискриминантной валидностью в отношении депрессивных состояний различной степени тяжести. При интерпретации данных учитывается суммарный балл по всем результатам: 11±8 – отсутствие депрессии; 19±10- легкая депрессия; 26±10 – умеренная депрессия; 30±10- тяжелая депрессия. Учитываются следующие симптомы депрессии: настроение, пессимизм, чувство несостоятельности, неудовлетворенность, чувство вины, ощущение, что будет наказан, отвращение к самому себе, идеи самообвинения, суицидальные мысли, слезливость, раздражительность, нарушение социальных связей, нерешительность, образ тела, утрата работоспособности, нарушение сна, утомляемость, утрата аппетита, потеря веса, охваченность телесными ощущениями, утрата либидо. Исследование с помощью опросника Бека было проведено у 244 больных туберкулезом легких.

Проблема исследования дисциплины лечения больных туберкулезом и специфических факторов мотивации к выздоровлению у данных пациентов нова для психологов, и поэтому в настоящее время не существует адекватной методики для ее решения. В связи с этим авторы были вынуждены разработать анкету, направленную на изучение факторов, препятствующих проведению химиотерапии больных туберкулезом. Данная методика позволяет выявить некоторые закономерности, которые обсуждаются в данной статье. В последующем, с учетом анализа результатов проведенного исследования, планируется разработка более надежного и валидного инструментария. Анкетирование было проведено у 72 больных туберкулезом легких.

Разработанная анкета состоит из 34 утверждений (рационализаторское предложение Самарского военно-медицинского института). Известно, что методики анкетирования, в которых испытуемый отвечает на вопросы самостоятельно, более полно отражают изучаемые показатели, чем те, в которых результаты получены с помощью интервьюера. Каждый анкетируемый письменно подтверждал свое согласие участвовать в исследовании. Его ставили в известность о том, что обследование анонимное, и его фамилия нигде не будет фигурировать, ответы анализируются в обобщенном виде. На предложенные в анкете утверждения больной человек может отвечать утвердительно или отрицательно. Утверждения сгруппированы в определенные блоки.

Первый блок характеризует дисциплину лечения. Он состоит из четырех утверждений: 1. Приходилось ли Вам по каким-либо причинам пропускать: прием препарата, посещение врача, уколы и другие процедуры? 2. Приходилось ли Вам самому изменять дозы препаратов, не ставя об этом в известность врача? 3. Бывало ли так, что Вы по каким-то причинам не принимали определенный противотуберкулезный препарат? 4. Бывало ли так, что по рекомендации более опытного больного вы начинали прием препарата, не ставя об этом в известность врача? Второй блок направлен на определение трудностей при лечении. Он состоит из следующих утверждений: 1. Трудно ли Вам принимать все назначенные врачом препараты в определенное врачом время? 2. Приходилось ли Вам с начала лечения испытывать - и далее перечисляются побочные действия противотуберкулезных препаратов. 3. Приходилось ли Вам испытывать боли от диагностических или лечебных процедур? 4. Приходилось ли Вам испытывать неприятные ощущения от диагностических или лечебных процедур? 5. Есть ли у Вас определенный страх от ожидания болезненных лечебных или диагностических процедур? 6. Приходилось ли Вам испытывать болезненные ощущения от инъекций? 7. Были ли у Вас осложнения от инъекций? 8. Приходилось ли Вам самому: приобретать лекарства, оплачивать диагностическое обследование или различные процедуры? 9. Испытываете ли вы финансовые затруднения, связанные с лечением? 10. Приходилось ли Вам пропускать посещение врача, или прием лечения из-за недостатка денег на проезд? 11.Приходилось ли вам отказывать себе из-за нехватки денег в приобретении: лекарства, дополнительного питания? 12. Приходилось ли Вам из-за отдаленности расположения больницы: пропускать посещение врача или лечебные процедуры? Следующий блок характеризует волевые качества пациента. Он состоит из следующих утверждений: 1. Готовы ли Вы принимать более интенсивное лечение, если это повысит шанс на выздоровление? 2. Готовы ли Вы для повышения шанса на излечение принимать: дополнительные инъекции, лечебные манипуляции? 3. Испытываете ли вы усталость от: длительного пребывания в больнице, длительного лечения, разлуки с близкими, больничного питания, больничного окружения? Блок, характеризующий внушаемость пациента, состоит из следующих утверждений: 1. Приходилось ли Вам советоваться с более

опытным больным по поводу: течения болезни, лечения, дополнительных методов лечения? 2. Приходилось ли Вам «примеривать» на себя симптомы болезни другого пациента? 3. Всегда ли Вы доверяете своему лечащему врачу? 4. Всегда ли Вы прислушиваетесь к советам более «опытных» пациентов? Следующий блок утверждений направлен на выявление удовлетворенности проводимым лечением. Он состоит из следующих утверждений. 1. Есть ли у Вас недовольство назначенным лечением? 2. Хотелось бы Вам принимать дополнительно: инъекции, процедуры? 3. Хотелось бы Вам получить информацию о: своем заболевании, методах лечения? 4. Удовлетворены ли Вы информацией о своем заболевании, которой располагаете? Последний блок направлен на выявление возможной инвалидизации, связанной с заболеванием: 1. Способны ли вы после заболевания ТВС выполнять привычные обязанности по дому? 2. Способны ли Вы к обычной активности на отдыхе?

Утвердительные или отрицательные ответы пациентов суммировались и обрабатывались общепринятыми статистическими методиками. У 30% пациентов через месяц было проведено повторное анкетирование. Отличия в ответах статистически незначимы ($p>0,05$).

Результаты

Анализ проводился с помощью статистической программы SPSS, 12.0 версии. Для выявления различия в отношении к лечению у больных с впервые диагностированным и хроническим процессом был использован непараметрический метод хи-квадрата.

Результаты обследования 244 больных туберкулезом легких с помощью теста Бека, представлены в таблице 1.

Таблица 1

Результаты теста Бека у больных туберкулезом легких

	Количество больных с отсутствием депрессии (абс., %)	**Количество больных с легкой депрессией (абс., %)**	**Количество больных с депрессией средней тяжести (абс., %)**	**Количество больных с тяжелой депрессией (абс., %)**
Длительность туберкулеза менее 2 месяцев	56 (88,9)	5 (7,9)	3 (5)	1(1,6)
Длительность туберкулеза от 2 месяцев до 5 месяцев	35 (81,4)	3 (7)	5 (11,6)	0
Длительность туберкулеза от 5 месяцев до 12 месяцев	30 (76,9)	6 (15,4)	0	3 (7,7)
Длительность туберкулеза от 1 года до 4 лет	35 (72,9)	8 (16,4)	2 (4,2)	3 (6,3)
Длительность туберкулеза более 4 лет	38 (74,5)	9 (17,6)	3 (5,9)	1 (2,0)

Как показывают результаты представленной таблицы, в первые два месяца заболевания туберкулезом, практически у всех больных депрессия отсутствует, или выражена в легкой степени у небольшой части обследованных. При длительности течения туберкулеза от 2 до 5 месяцев число лиц с легкой депрессией практически не изменилось, но появились лица, имеющие депрессию средней тяжести. Их количество превышает число лиц с легкой депрессией. Количество больных туберкулезом легких, не имеющих депрессию, несколько уменьшилось. При длительности течения туберкулезного процесса от 5 месяцев до 1 года число лиц, не имеющих депрессию, еще более уменьшилось. Кратно увеличилось число лиц, имеющих депрессию легкой степени. Лица, имеющие депрессию средней тяжести, отсутствуют в этот период заболевания туберкулезом. Однако, впервые появились больные с тяжелой депрессией. При длительности течения туберкулеза более года число лиц, не имеющих депрессию, также несколько уменьшается; число больных туберкулезом с депрессией легкой и тяжелой, практически не изменяется (в пределах погрешности), и опять появляются больные туберкулезом мужчины с депрессией средней тяжести. При длительности течения туберкулеза более 4 лет несколько уменьшается число лиц с депрессией легкой степени, остальные показатели достоверно не отличаются от показателей больных с длительностью заболевания от года до 4 лет. Таким образом,

наиболее существенные изменения происходят в период от 5 месяцев до 1 года. На наш взгляд, их появление можно объяснить необходимостью получения инвалидности по туберкулезу после года заболевания, переходом туберкулеза в хроническую форму.

Ответы анкетируемых лиц на утверждения, характеризующие дисциплину лечения и трудности, возникающие у пациента при приеме специфической химиотерапии, выраженные в процентах, представлены в таблице 2.

Таблица 2

Процент положительно ответивших на утверждения о дисциплине и трудностях лечения из 72 респондентов

Утверждения	**Инфильтративный ТВС (%)**	**Фиброзно-кавернозный ТВС (%)**
Пропуск приема препарата	26,6	52,4
Пропуск посещения врача	6,6	42,8
Пропуск процедур	6,6	52,6
Самостоятельное изменение дозировки препарата	6,6	10,0
Самостоятельное прекращение приема препарата	40,0	76,2
Прием препарата по рекомендации другого пациента	13,3	14,3
Прием препарата в назначенное врачом время	6,6	33,3
Боли в правом подреберье как побочное действие лечения	13,3	38,1
Боли в желудке как побочное действие лечения	20,0	57,2
Боли в суставах как побочное действие лечения	13,3	47,6
Парестезии как побочное действие лечения	20,0	33,3
Онемение конечностей как побочное действие	20,0	23,8
Кожный зуд как побочное действие лечения	33,3	42,9
Кожные высыпания как побочное действие	33,3	61,9
Заложенность в ушах как побочное действие	33,3	61,9
Шум в ушах как побочное действие лечения	26,6	66,7
Мелькание мушек перед глазами	20,0	52,4
Ощущение комка в горле как побочное действие	33,3	42,9
Боли от диагностических или лечебных процедур	26,6	14, 3
Страх ожидания болезненных процедур	33,3	57,2
Болезненные ощущения от инъекций	33,3	38,1
Осложнения от инъекций	60,0	47,6
Самостоятельное приобретение препаратов	6,6	14,3
Оплата диагностического обследования	66,6	76,2
Оплата процедур	20,0	33,3
Наличие финансовых затруднений из-за лечения	46,7	76,1
Пропуск лечения из-за нехватки денег на проезд	20,0	47,6
Невозможность приобретения препаратов	26,6	66,7
Невозможность приобретения продуктов	33,3	76,2
Пропуск посещения врача из-за отдаленности больницы	20,0	10,4
Пропуск процедур из-за отдаленности больницы	20,0	23,8

Как показывают результаты таблицы 2, больные хроническим туберкулезом легких имеют более низкую дисциплину лечения по сравнению с впервые выявленными. Они чаще пропускают посещение врача (c^2=5,7), прием препарата, различные процедуры (c^2=8,2). Большая часть больных – хроников самостоятельно прекращает прием препарата, не имеет материальных возможностей приобретать препараты, практически половина – имела побочное действие препаратов: боли в желудке

(c^2=4,9), в суставах (c^2=4,6), шум в ушах (c^2=5,6), мелькание мушек перед глазами (c^2=3,9) и осложнение от инъекций, а потому и страх от ожидания болезненных процедур, пропускала лечение из-за нехватки денег на проезд. Практически все они имеют финансовые трудности, не имеют возможности приобретать препараты (c^2=5,6) и продукты (c^2=6,6).

Ответы анкетируемых лиц на утверждения, характеризующие волевые качества, его внушаемость и удовлетворенность лечением, выраженные в процентах, представлены в таблице 3.

Таблица 3

Процент положительно ответивших на утверждения о волевых качествах, внушаемости и удовлетворенности лечением из 72 респондентов

Утверждения	**Инфильтративный туберкулез (%)**	**Фиброзно-кавернозный туберкулез (%)**
Готовность принимать более интенсивное лечение	33,3	95,2
Готовность принимать дополнительно инъекции	33,3	95,2
Готовность принимать дополнительно манипуляции	53,3	71,4
Усталость от пребывания в больнице	60,0	61,9
Усталость от лечения	53,3	66,7
Усталость от разлуки с близкими	40,0	52,4
Усталость от больничного питания	66,6	66,7
Усталость от больничного окружения	26,6	42,9
Обсуждение с более «опытным» пациентом течения болезни	53,3	61, 9
Обсуждение с более «опытным» пациентом лечения	46,6	52,4
Обсуждение с более «опытным» пациентом дополнительных методов лечения	60,0	57,1
«Примеривание» симптомов другого пациента	6,6	28,6
Наличие доверия лечащему врачу	86,6	81,0
Следование советам других больных	13,3	33,3
Уверенность в возможности излечения туберкулеза	86,7	47,6
Уверенность в возможности собственного излечения	93,3	52,4
Недовольство назначенным лечением	6,6	23,8
Желание дополнительно принимать инъекции	40,0	66,7
Желание дополнительно принимать процедуры	66,6	66,7
Расценивание своего лечения как эффективного	100,0	76,2
Использование нетрадиционных методов лечения	26,6	61,9
Желание получить информацию о заболевании	93,3	85,7
Желание получить информацию о методах лечения	93,3	85,7
Удовлетворенность располагаемой информацией	26,6	42, 9
Способность выполнять после заболевания привычные обязанности по дому	66,6	61, 9
Способность к обычной активности на отдыхе	80,0	57,1

Как показывают результаты представленной таблицы, практически все больные – хроники готовы принимать дополнительное лечение, в том числе инъекции и различные манипуляции, если это повысит возможность их излечения. Усталость от лечения, от разлуки с близкими, от больничного питания испытывает половина всех опрошенных. Половина респондентов обсуждает с более «опытными» больными течение собственной болезни, лечение, возможность использования дополнительных методов лечения, хотя лишь небольшая часть показала, что следует советам других больных.

Практически все больные туберкулезом доверяют своему лечащему врачу, только малая часть недовольна проводимым лечением. Все больные с впервые выявленным туберкулезом расценивают, в отличие от хроников, свое лечение как эффективное (c^2=4,1). По уверенности в возможности излечения туберкулеза и собственного между больными – хрониками и впервые выявленными существует достоверное различие. Почти все пациенты с инфильтративным туберкулезом верят в возможность излечения туберкулеза (c^2=5,8) и своего собственного(c^2=6,9), а из хроников в этом уверены лишь половина. Нетрадиционные методы лечения чаще используют больные с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких (c^2=4,4). Практически все опрошенные не располагают необходимой информацией по своему заболеванию и хотели бы её получить. Снижение способности к выполнению привычной нагрузки по дому и на отдыхе коснулось в большей степени больных- хроников.

Обсуждение результатов. Анализ результатов проведенного исследования позволил выявить ряд факторов, которые снижают дисциплину лечения у больных туберкулезом: депрессивные расстройства, страх перед побочным действием противотуберкулезных препаратов, финансовые проблемы в связи с лечением, болезненность процедур и манипуляций, осложнения от лечения, усталость от длительного лечения и больничного окружения.

Выраженность депрессивных расстройств у больных туберкулезом коррелирует с длительностью течения туберкулезного процесса. Депрессивные расстройства повышают сопротивление больных к инструкциям врача, касающимся дисциплины лечения.

Аффект у больных часто непостоянен, в нем доминирует тревожный компонент. Для повышения эффективности противотуберкулезной терапии, повышения уровня выполнения правил личной гигиены, т.е. профилактики туберкулеза, необходимо проводить коррекцию депрессивных расстройств.

Изучение результатов анкетирования с помощью специально разработанной анкеты показало, что многие пациенты-хроники испытали побочное действие препаратов. Неприятные последствия химиотерапии приводит к нарушению режимов лечения. Проведенное исследование позволяет выделить наиболее частые побочные эффекты противотуберкулезных препаратов и свидетельствует о необходимости проведения симптоматической и патогенетической коррекционной терапии с целью купирования этих побочных явлений. Такая терапия должна проводиться с самого начала назначения химиотерапии. Однако следует учитывать, что большая часть больных – хроников не имеет материальной возможности приобретать препараты и продукты питания, так же как и денег на проезд в больницу. Финансовые трудности, помимо отрицательных эмоций, также являются препятствием лечению, снижают его дисциплину. Высокий страх перед побочным действием противотуберкулезных препаратов заставляет больных нарушать режимы лечения, самовольно менять назначенные врачом дозировки, или самовольно отменять препарат.

Осложнения от инъекций и болезненность проводимых диагностических процедур в большей степени испытали впервые выявленные больные. Эти факторы также снижают дисциплину лечения. Перед проведением обследования необходимо проводить специальную разъяснительную работу, снимать страх перед обследованием. Страх ожидания болезненности процедур испытывает более половины хроников. Страх является деструктивной реакцией, он лежит в основе тревоги и депрессии, снижает мотивацию к лечению и его дисциплину. Об этом страхе у пациента врачу следует помнить при назначении лечения и обследования.

Результаты анкетирования показали, что половина опрошенных обладает высокой внушаемостью. Это та категория лиц, которая при опросе показала, что имеет тенденцию ориентироваться на мнение окружающих, принимать их советы. Можно определить внушаемость, используя два способа. Первый способ заключается в выяснении, легко ли пациент соглашается с мнением более «опытных» больных, принимает ли советы лечащего врача. Второй способ выявления высокой внушаемости заключается в том, чтобы категорично, с непререкаемым авторитетом заявить больному: «Данная процедура безопасна!», «Она малоболезненна!». Положительный эффект от такого психологического воздействия указывает на высокую внушаемость пациента, которую необходимо использовать в лечебном процессе. Больным с малой внушаемостью для преодоления страха необходимо проводить разъяснительную работу. Таким больным следует доступно объяснить необходимость и относительную безопасность манипуляций. Рациональное отношение к процедурам и манипуляциям способно повысить дисциплину лечения у пациентов второй группы. Высокую внушаемость пациента возможно использовать в лечебном процессе.

Поскольку боль выступает, с одной стороны, как ощущение, а с другой стороны, как эмоция и переживание, то ее можно существенно уменьшить путем повышения порога восприятия боли и подавления за счет обратной нисходящей афферентации (теория воротного контроля боли) [188]. Для этого можно рекомендовать родственникам (если родственные отношения поддерживаются) проявлять по отношению к больным уместную нежность и ласку. При этом следует учесть, что в рамках депрессивных расстройств развивается эмоциональная холодность, у больных туберкулезом снижаются теплые чувства к родным и близким.

Можно использовать во время проведения болезненных процедур аудиозаписи успокаивающих и отвлекающих музыкальных произведений.

Для уменьшения эмоционального, переживательного компонента боли, связанной с некоторыми процедурами, необходимо также применять разъяснение и внушение, что способно повысить дисциплину лечения.

Усталость от больничного окружения, питания, разлуки с близкими и длительности лечения также снижает мотивацию к лечению и его дисциплину. Волевые качества пациентов позволяют иметь готовность к приему дополнительных инъекций или процедур, если это повысит шанс на излечение. Эту готовность можно использовать в качестве мотивации к лечению. Половина пациентов обладает высокой внушаемостью, которая выражается в обсуждении с более «опытными» пациентами симптомов собственного заболевания, методов лечения, следовании их советам. Такая высокая внушаемость снижает дисциплину лечения. Но ее же можно использовать и для повышения его эффективности, так как практически все больные туберкулезом доверяют своему лечащему врачу. В качестве мотивации к лечению и повышения его дисциплины можно использовать и тот факт, что все опрошенные с инфильтративным туберкулезом расценили свое лечение как эффективное. Нереализованное желание получать дополнительно инъекции и процедуры также снижает дисциплину лечения, оно заставляет хроников достаточно широко использовать нетрадиционные методы лечения. Но оно же может быть использовано в качестве средства повышения дисциплины лечения путем назначения, например, различных ингаляций или физиопроцедур с успокаивающим действием. На наш взгляд, пропуски приема препарата, процедур и посещения врача можно объяснить низкой информированностью пациентов о возможности хронизации процесса, развития лекарственной устойчивости микобактерий и возникновением, в связи с этим, дополнительных сложностей в лечении. Для повышения дисциплины лечения необходимо позитивное информационное обеспечение.

Таким образом, проведенное исследование позволило выявить ряд факторов, снижающих дисциплину лечения у больных туберкулезом, но, вместе с тем, выявило факторы, повышающие мотивацию к лечению. Рассмотрены некоторые возможные приемы, способные обеспечить повышение дисциплины лечения.

Выводы

1. У больных туберкулезом имеются депрессивные расстройства, тяжесть которых нарастает с длительностью туберкулезного процесса. Депрессия усиливает сопротивление инструкциям врача, касающимся лечения, в том числе врачебным назначениям.

2. Купирование депрессии повышает дисциплину лечения.

3. Наиболее частыми факторами, снижающими дисциплину лечения, являются: побочное действие противотуберкулезных препаратов, финансовые трудности, осложнения от лечения, болезненность процедур, усталость от длительного лечения и больничного окружения.

4. Страх перед возможными осложнениями терапии, болезненностью процедур снижает мотивацию к лечению и его дисциплину. Для преодоления этого страха требуется разъяснительная работа с маловнушаемыми больными или прямое внушение тем пациентам, которые легко внушаемы.

5. Для уменьшения эмоционального, переживательного компонента боли, связанной с некоторыми процедурами, желательно применять разъяснение, внушение, а также мануальное и аудио- воздействие. Эти мероприятия повышают дисциплину лечения.

6. Оценку собственного лечения как эффективного, доверие к лечащему врачу, стремление к информированности целесообразно использовать для повышения мотивации к лечению.

Литература:

1. Корецкая Н. М. Характеристика впервые выявленного туберкулеза в современных условиях / Т. А. Чернышова, Б. М. Елизаров // Сб. - резюме 7-го нац. конгресса по болезням органов дыхания. - М, 1997: 404

2. Жукова М. П., Пунга В. В. Современные тенденции в эпидемиологии туберкулеза // Сб. - резюме II/ XI/ съезд научно–медицинской Ассоциации фтизиатров. - Саратов, 1994: 122

3. Кучеров А. Л. Туберкулез среди социально отягощенных групп населения // Пробл. туб., 1990 / 6 /: 20-23

4. Шилова М. В. Информативность различных показателей для оценки распространенности туберкулеза // Туберкулез и экология, 1993 / 1 /: 29-33

5. Шилова М. В. Достоверность статистических показателей заболеваемости и смертности от туберкулеза // Туберкулез и экология, 1989 / 1 /: 14-16

6. Корецкая Н. М., Москаленко А. В. Клинико-социальные характеристики больных инфильтративным туберкулезом легких // Пробл. туб., 1997 / 5 /: 15-16

7. Худушина Т. Л. Тенденции в клинико-социальной характеристике вновь выявленных больных туберкулезом легких / М. Г. Маслакова, А. Л. Богуш, Г. В. Федулова // Сб. резюме: II / XI / съезд научно–медицинской Ассоциации фтизиатров. - Саратов, 1994: 43

8. Горбач Л. А. Современный медико-социальный портрет больного туберкулезом органов дыхания // Сб. резюме: II / XI / съезд научно-медицинской Ассоциации фтизиатров. - Саратов, 1994: 16-17

9. Гришко Г. Н. Пути формирования и медико-социальная характеристика контингентов бактериовыделителей противотуберкулезных диспансеров крупного города // Пробл. туб., 1994 / 2 /: 8-10

10. Двойрин М. С. Состав больных туберкулезом – мигрантов и проживающих на других территориях и результаты их лечения / Л. Б. Бальцева, О. К. Комиссар // Пробл. туб., 1989 / 7 /: 3-6

11. Жукова М. П., Пунга В. В. Современные тенденции в эпидемиологии туберкулеза // Сб. резюме II / XI / съезд научно-медицинской Ассоциации фтизиатров. - Саратов, 1994: 122

12. Козленко Л. С. Алкогольная болезнь у больных туберкулезом / С. Л. Козленко, М. А. Скитева, И. Р. Лупатова // Сб. резюме 8-го нац. конгресса по болезням органов дыхания. - М., 1998: LIII. 17

13. Коломиец В. М. Туберкулез в условиях исправительно-трудовых учреждений: особенности распространения и перспективы профилактики / В. Г. Пукинский, А. П. Захаров // Сб. резюме: III / XII / съезд научно-медицинской Ассоциации фтизиатров. - Екатеринбург, 1997: 29

14. Худзик Л. Б. Психическое состояние больных туберкулезом легких и иммунный статус / Л. Э. Панкратова, З. Л. Шульгина / доклад на 2-м Межд. конгрессе «Иммунореабилитация и реабилитация в медицине», Анталия, 6-10 мая, 1996

15. Худушина Т. Л. Тенденции в клинико-социальной характеристике вновь выявленных больных туберкулезом легких / М. Г. Маслакова, А. Л. Богуш, Г. В. Федулова // Сб. резюме: II / XI / съезд научно-медицинской Ассоциации фтизиатров. - Саратов, 1994: 43

16. Панкратова Л. Э. Нарушение психической деятельности впервые выявленных больных туберкулезом легких и факторы, способствующие их возникновению // Сб. резюме: III / XII / съезд научно-медицинской Ассоциации фтизиатров. - Екатеринбург, 1997: 233

17. Толстых А. С. О некоторых психологических особенностях больных туберкулезом // Пробл. туб., 1190 / 8 /: 69-70

18. Melzack R., Wall P. D. Pain mechanism: a new theory // Science, 1965. - Vol. 150. - P. 971-979

ОСОБЕННОСТИ СУБКУЛЬТУРЫ ДОШКОЛЬНИКОВ

М. С. Шумейко г. Павлодар

Сегодня в нашем государстве сложились благоприятные условия для развития образования. Все большую популярность приобретает личностно-ориентированный подход в обучении и воспитании. Согласно Концепции непрерывного образования РК на дошкольной ступени образования необходимо соблюдение таких педагогических условий как:

- Личностно-ориентированное взаимодействие педагога с ребенком;
- Формирование игровой деятельности как важного фактора развития ребенка;
- Создание образовательной среды, способствующей личностному и познавательному развитию дошкольника.

При создании образовательной среды необходимо изучать особенности детской субкультуры, которая существует как особая система значений, представлений, отношений ребенка к окружающей среде, к другим людям и к себе самому. Значение субкультуры для ребенка, ее социо-эволюционный смысл и функции стали ключевыми вопросами в социальной психологии детства. Социальная психология детства представляет собой *междисциплинарную область исследования, рассматривающую детство как особую психосоциокультурную категорию, предметом которой являются отношения, опосредованные совместной деятельностью ребенка с миром, другими людьми (взрослыми и сверстниками), а также закономерности порождения этих отношений, их функционирования и целенаправленного формирования в конкретно-исторической социальной ситуации развития* [*1*].

Категория «детская субкультура» представлена в следующей системе основных категорий и понятий.

Социальная психология детства

Для ребенка его отношение к окружающей действительности, к людям (взрослым и сверстникам) и к себе самому пронизаны эмоциями, субъективными оценками и личностными смыслами. Анализ становления отношений ребенка в социальной психологии детства составляет две взаимодополняющие части: социогенез и онтогенез важнейших для ребенка социальных групп. Социогенетический анализ детства в истории культуры распадается на два направления: первое раскрывает значение института семьи как модели «мира взрослых», а во втором анализируется процесс становления института социализации ребенка – общества сверстников, функционирования детской субкультуры.

Экспериментальные исследования взаимодействия ребенка со сверстниками в контексте игры, общения раскрывают многомерный характер его отношений в детской группе. Эти отношения имеют многоуровневую организацию функционально-ролевых, эмоционально-оценочных и личностно-смысловых

связей между детьми. Система отношений субъекта в социальной действительности, отраженная в его переживаниях и реализуемая им в совместной деятельности с другими является *социальной ситуацией развития.* Социальная ситуация развития – это исток и движущие силы всякого изменения в жизни ребенка [2, 11].

Значение детской субкультуры для ребенка, во-первых, заключается в том, что она предоставляет ему особое психологическое пространство, благодаря которому он приобретает «социальную компетентность в группе равных» [13]. Во-вторых, детская субкультура определяет *зону вариативного развития:* в отличие от культуры взрослых, задающей путь развития ребенка - от простого к сложному, от конкретного к абстрактному. Детская субкультура погружает ребенка в иные логики, готовя его к решению проблемных задач в нестандартных ситуациях [1]. В-третьих, детская субкультура выполняет *психотерапевтическую функцию:* ребенок имеет возможность защиты от неблагоприятных воздействий взрослого мира на его психику. Так, различные варианты игровой психотерапии вошли и в мир взрослых [10] И. С. Кон, среди составляющих субкультуры, указывал на детский фольклор, игровые традиции, которые представляют собой психотерапевтические средства, имеющие многовековую историю. В детской среде сохраняются устные жанры, обряды, традиции - *культурооохранительная функция* [4]. Также детская субкультура выполняет *прогностическую функцию*: М. Мид, изучая механизмы передачи культурных традиций, указала, что решающим механизмом в современной культуре станет конфигуративный тип наряду с префигуративным, где самым значимым будет опыт сверстников, а не родителей и прародителей, который устаревает [7].

Отечественные педагоги вслед за А. П. Усовой отмечали, что уже к 4,5 - 5 годам в условиях детского сада складываются относительно самостоятельные детские сообщества со своими игровыми традициями, нормами и правилами поведения [11, 12]. Михайленко Н. Я. полагала, что одним из важных является вопрос о таких составляющих субкультуры, как отношение дошкольника к сообществам сверстников, школьников, взрослых и предпочтение того или иного сообщества; также характеристика референтных лиц, которые помогают справиться с личными проблемами, с которыми сталкивается ребенок 5 -7 лет [8, 9].

Методика

Для получения представления старших дошкольников о взрослом, школьном, дошкольном сообществах, ценностных ориентациях на переход в будущем в сообщества школьников и взрослых, а также о характере детских проблем и круга лиц, которым ребенок открывает свои проблемы, был использован опрос, включающий два тематических блока, разработанный Н. Я. Михайленко [8, 9].

Опрос проходил индивидуально в форме клинической беседы в ГККП «Ясли – сад № 96» г. Павлодара, директор Беннер Л. И. в сентябре- ноябре 2004 года. Выборку составили 80 дошкольников 5-7 лет старших и подготовительных групп детского сада. В результате опроса были получены следующие данные.

Результаты исследования и их обсуждение

Первые три вопроса интервью были направлены на получение представлений о трех сообществах: взрослом, школьном и дошкольном. На первый вопрос «Что делают взрослые, чем они обычно занимаются?» был получен следующий обзор ответов. «Мир взрослых» для дошкольника, в целом представлен, прежде всего, работой и зарабатыванием денег - 68% от числа всех опрошенных детей («уезжают на работу», «мосты ремонтируют», «лечат зубы», «зарабатывают деньги»); бытом - 56% опрошенных детей («готовят кушать», «стирают», «убирают в квартире»), развлечениями - 31% опрошенных детей («смотрят телевизор», «ходят по ресторанам», «музыку слушают», «играют в карты»), учебой - 9% опрошенных детей («учатся в институте», «папа и мама учат английский язык») «Занятия с детьми» в ответах прозвучали меньше, чем у четвертой части выборки всех участвующих в опросе детей («учат детей», «обучение грамоте проводят»). Многие дети приводили сразу несколько ответов, поэтому процентное соотношение выше 100%. Аналогичный вопрос был задан по отношению к сообществу школьников. Ответы были распределены по следующим категориям. «Мир школьников» связан с ведущей деятельностью - учебой («учатся» - 95% опрошенных дошкольников) и конкретными учебными действиями («делают математику», «занимаются казахским и русским языком», «узнают много о нашей планете» - 40% от числа всех опрошенных дошкольников). Также школьники помогают взрослым (8% от числа всех опрошенных дошкольников), играют (6% от числа всех опрошенных дошкольников), общаются с друзьями (5% от числа всех опрошенных дошкольников), гуляют (5% от числа всех опрошенных дошкольников). По третьему вопросу: «Что делают дошкольники? Чем они обычно занимаются?» были получены следующие данные. В отличие от школьников в представлениях опрошенных детей их сообщество играет (54% опрошенных), ходит в детский сад (41% от числа всех опрошенных дошкольников), занимается и готовится к школе (33% от числа всех опрошенных дошкольников), гуляет (5% от числа всех опрошенных дошкольников).

Таким образом, относительно каждой категории большинство дошкольников дают вполне адекватные, соответствующие объективному положению

дел, ответы. По всем вопросам звучали ответы, которые не попадали в общие категории ответов, и поэтому в статье они не отмечены.

Главными были вопросы, касающиеся сравнительной оценки детьми привлекательности статуса взрослых, школьников и маленьких детей и ориентации дошкольников на переход в другие возрастные группы. На вопрос: «Кем лучше быть: маленьким ребенком, школьником или взрослым?» ответы распределились следующим образом:

- Взрослым - 40 % от числа всех опрошенных детей;
- Школьником - 30% от числа всех опрошенных детей;
- Маленьким ребенком - 30% от числа всех опрошенных детей.

Как оказалось, привлекательность всех трех статусов была количественно приблизительно одинакова. Привлекательность статусов взрослого и маленького ребенка может быть заключена в краткую формулу «свобода действий». Так, 33% всех опрошенных детей отмечали, что взрослым можно смотреть в любое время телевизор, покупать все, что захочется, ездить в другие страны. Маленькие дети, по мнению опрошенных, имеют много «свобод»: можно сколько угодно играть, ходить в садик, гулять, веселиться на праздниках, смотреть мультфильмы. Преимущества статуса маленького ребенка подчеркиваются и через отрицание обязанностей, присущих взрослым и школьникам («не надо ходить на работу», «рано вставать», «школьники уже не играют»). Более привлекательным для детей в статусе школьника является новый образ жизни и умения, которыми старшие дошкольники еще не овладели. Так школьники, в отличие от маленьких детей, «могут получать пятерки», выполнять контрольные, всему научиться и знать ответы на все вопросы и т.п.

Прямые вопросы («Хотелось бы тебе быть взрослым?», «Хотелось бы тебе быть школьником?») существенно изменили реакцию детей. Положительно на первый и второй вопрос ответили уже 75% и 76% испытуемых дошкольников соответственно. Содержание мотивировок положительных ответов в основном сохранилось прежним. Можно предположить, что прямой вопрос, заданный для дошкольников в традиционной форме, вызывает положительный ответ, созвучный ожиданиям взрослых. Хотя не исключено, что преимущество выбора статуса взрослого или школьника можно объяснить пониманием естественного хода событий. Обнаруженные некоторые расхождения между вопросами выбора предпочитаемого статуса являются выражением зрелого понимания неизбежности такого перехода, а также соответствия норм ожидания взрослым. Тем не менее, значительная часть детей сохранила нежелание «быть взрослым» (23% опрошенных детей) и «быть школьником» (15% опрошенных детей). Обоснования отрицательных мотивировок сводятся к стремлению избежать усилий и трудностей («нужно учить уроки, а это долго»), а также с боязнью неуспеха («если опоздаю на работу, меня уволят»). Проявившееся в ответах детей стремление к свободе ведет к выяснению тех ограничений, с которыми сталкивается ребенок. По исследованиям Н. Я. Михайленко, Н. А. Коротковой оказалось, что ограничение свободы является существенной причиной отрицательных переживаний детей [8, 9].

Второй блок вопросов был направлен на выяснение причин переживаний детей и характеристику значимых для ребенка лиц, которым он доверяет свои переживания. Отвечая на вопрос: «Бывает так, что ты сильно огорчаешься или расстраиваешься?», «Из-за чего ты больше всего огорчаешься?» 22% от числа всех испытуемых дошкольников ответили, что расстраиваются из-за запретов родителей («не покупают сладости», «не пускают гулять», «не разрешают играть», «не хочется ложиться спать, а тебя заставляют»). 18% от числа всех опрошенных детей огорчаются из-за ситуации разлуки с близкими, преодолеть которые не во власти ребенка. Также 14% опрошенных детей расстраиваются, когда их наказывают родители, и бьют сверстники. Родители, в основном, наказывают из-за непослушания («мама бьет, когда игрушки разбрасываю», «из-за того, что веду себя неправильно»). 22% опрошенных детей расстраиваются, когда их обижают сверстники и 11% опрошенных детей огорчаются, когда конфликтуют со сверстниками («когда меня обижают в садике и на улице»). Причем конфликты со сверстниками происходят не только в детском саду, но и во дворе, по соседству. 5% опрошенных детей не огорчается никогда. Были и такие ответы, когда ребенок расстраивается по поводу эпизода в мультфильме, где «лиса отбирает хвост у волка».

Таким образом, половина травмирующих ситуаций создаются в семье, в основном, родителями. Потребность в признании, удовлетворение которой наиболее значимо в этом возрасте, не всегда осознается родителями и приводит к созданию травмирующих ситуаций. Не часто, но звучали такие детские ответы, как «боюсь развода», «расстраиваюсь, когда родители ругаются».

В круг значимых проблем не вошли наказания в детском саду. Педагогами ГККП «Ясли - сад № 96» проводится большая работа по созданию положительного эмоционального фона, через организацию жизни ребенка в детском саду. Воспитатели осознают свою социальную миссию обеспечения полноценного воспитания и образования детей. В общении с детьми воспитатели ориентированы на личностное своеобразие каждого ребенка, на установление доверительных, партнерских отношений.

На вопрос «Кому ребенок доверяет свои проблемы?» в порядке уменьшения частоты ответы

были распределены таким образом: маме, папе, другу, воспитателю, бабушке, дедушке, сиблингу, соседу. 15% от числа всех опрошенных детей ответили, что никому не рассказывают о своих проблемах, то есть, не имеют референтных лиц, помогающих снять напряжение. Следовательно, семья для ребенка является наиболее референтной группой в дошкольном возрасте. Но наряду с родителями в качестве референтных лиц у ребенка выступают сверстники. Референтный сверстник необходим ребенку для совместного решения специфических задач, которые он не хочет или не может осуществить с взрослым. В отечественной психологии немало исследований, которые подтверждают, что магистральной линией социализации является личностно значимая деятельность с референтными для ребенка взрослыми и индивидуализация ребенка уже в дошкольном возрасте интенсивно протекает в процессе общения со сверстниками, которые по праву могут быть названы личностно значимыми лицами [3, 5, 6].

Заключение

В данном исследовании представлены результаты изучения особенностей субкультуры дошкольников. Проанализированы такие составляющие детской субкультуры, как представления старших дошкольников о возрастных сообществах, ценностные ориентации на переход в будущем в сообщества школьников и взрослых; референтных лица, участвующие в социализации детей 5-7 лет. Во многом результаты исследования подтверждают уже существующие данные в отечественной психологии, что позволяет говорить о сходствах в представлениях современных дошкольников независимо от регионов проживания в странах СНГ [1, 8, 9]. Результаты данного исследования имеют прикладное значение, в частности, для работы педагогов детских дошкольных учреждений с целью осуществления личностно-ориентированного подхода в рамках Концепции непрерывного образования РК.

Литература:

1. Абраменкова В. В. Социальная психология детства: развитие отношений ребенка в детской субкультуре. - М.: Московский психолого-социальный институт. - Воронеж: «МОДЭК», 2000

2. Выготский Л. С. Психология развития как феномен культуры. – М.; Воронеж, 1996

3. Запорожец А. В. Избранные психологические труды: В 2-х т. – М., 1986

4. Кон И. С. Ребенок и общество. – М., 1988

5. Леонтьев А. Н. К теории развития психики ребенка // Леонтьев А. Н. Проблемы развития психики. – М., 1981. – С. 509–537

6. Леонтьев А. Н. Психологические основы дошкольной игры // Леонтьев А. Н. Проблемы развития психики. – М., 1981. – С. 481–508

7. Мид М. Культура и мир детства. – М., 1988

8. Михайленко Н. Я. К вопросу о современных тенденциях развития дошкольного образования // Дошкольное воспитание. - 2000. - № 6. - С.48-53

9. Михайленко Н. Я., Короткова Н. А. Ориентиры и требования к обновлению содержания дошкольного образования. - М., 1991

10. Рудестам К. Групповая психотерапия. – М., 1993

11. Шаграева О. А. Детская психология. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001

12. Эльконин Д. Б. Психология игры. – М., 1978

13. Harre Rom Social being. Second edition. – Oxford, 1993

ИЗМЕНЕНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ СОТРЯСЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

А. С. Кудайбергенова

Введение

В связи с ростом урбанизации и напряженности современных условий жизни в настоящее время отмечается увеличение частоты нейротравм. По данным ВОЗ за последние 15 лет ежегодно прирост лиц, перенесших ЧМТ, составляет в среднем 2% [1, 2]. По результатам проведенного эпидемиологического исследования выявлено, что в Казахстане ЧМТ ежегодно получают более 40 тыс. человек [3]. По данным Агаевой К. Ф. с учетом средней продолжительности предстоящей жизни, было определено среднегодовое количество лиц с травмой головы в анамнезе и оценена вероятность их накопления. Этот показатель, по данным автора, составляет 22,22 случая на 1000 населения. Среди ЗЧМТ особый интерес представляют гипоксически-травматические повреждения у новорожденных, которые составляют большой процент 75% [4, 5]. Легкая же степень ЧМТ составляет 70-80% всех ЧМТ и чаще страдают лица молодого возраста, наиболее трудоспособного [5]. Однако диагностика бывает затруднена, так как в её основе часто лежат субъективные критерии, неврологическая симптоматика может быть слабо выраженной [6]. А ещё чаще, пострадавшие с этим видом патологии не обращаются за медицинской помощью, пополняя, таким образом, статистически неучтенную армию потенциальных больных. Между тем, после перенесенной ЧМТ, на многие годы могут сохраняться изменения со стороны мозговых оболочек, артерий и вен, причем в большей степени при сотрясении головного мозга, чем при ушибе [6, 7], а также недостаточность функций неспецифических структур, которые впоследствии сказываются на адаптивных возможностях организма таких больных. Частота ЧМТ и процесс накопления среди населения патологических состояний вследствие травмы головы побуждает к более пристальному изучению возможных осложнений в отдаленном периоде. Также, в просмотренной нами литературе, встречается очень мало работ, посвященных исследованию церебральной гемодинамики в ОП ЛЧМТ с использованием данных РЭГ [8], тем более УЗДГ [9, 10].

Возрастные анатомо-физиологические особенности организма порождают качественно новые патологические ситуации после ЧМТ. Реакция мозга и организма в целом на травму различна у лиц разных возрастных категорий, чем во многом и определяются особенности морфологических изменений и клинических проявлений у них как в остром, так и отдаленном периодах ЧМТ.

Одним из последствий поражения срединных неспецифических структур головного мозга после ЧМТ, является дезорганизация системы регулирования кровоснабжения головного мозга, в частности нейрогенного механизма. Механизм поддержания независимого церебрального кровотока включает в себя два регуляторных контура, один из которых воспринимает информацию о сдвигах артериального давления, а другой венозного.

Объекты и методы исследования

В соответствии с классификацией ВОЗ (г. Киев, 1963) и решений симпозиумов (г. Ленинград, 1963 и г. Москва 1965) по возрастной физиологии больные распределены по возрасту следующим образом: лица юношеского возраста (17-20 лет), молодого (21-44 лет), среднего (45-59 лет) пожилого (60-74 лет) и старческого (75-89 лет) были объединены в одну возрастную группу – более 60 лет. В каждой возрастной группе было по 10 наблюдений.

При обследовании больных наиболее часто встречалась жалоба на головную боль, частота которой увеличивалась с возрастом больного. Головная боль, как правило, выражалась в ощущении тяжести, «сжимании клещами», «распирания», с «выталкиванием глазных яблок из орбит», «пульсировании». Головные боли у большинства больных были периодическими. Одним из распространенных жалоб явились быстрая утомляемость, снижение работоспособности, перепады настроения, раздражительность, непереносимость шума, нарушение сна, забывчивость, рассеянность внимания, выраженная метеозависимость. Головокружение носило несистемный характер. Несколько больных указывают на наличие приступов сердцебиения, сопровождающихся ознобоподобным дрожанием, чувством нехватки воздуха, подъемом АД, онемением и похолоданием дистальных отделов конечностей, страхом смерти.

Комплексное клиническое обследование больных, перенесших сотрясение головного мозга, в отдаленном периоде выявило зависимость некоторых проявлений от возраста пострадавших. Дисциркуляторные нарушения (головная боль, тошнота, головокружение) и проявления диэнцефальных дисфункций нарастали по частоте и интенсивности с увеличением возраста больных. У лиц крайних возрастных групп, больше выражено у молодых, чаще отмечались признаки эмоциональной неустойчивости, раздражительности и склонности к эмоциональным аффектам, которые больные «рассказывали» как эмоциональную несдержанность.

При объективном неврологическом осмотре органической патологии у большинства больных не выявлено, отмечается наличие некоторых «микросимптом»: повышение сухожильных рефлексов, глазодвигательных и зрачковых расстройств, асимметрия в зоне ветвей лицевого нерва, признаки вертебробазилярной недостаточности. Частота микросимптомов выше у больных старших возрастных групп. Мозжечковые нарушения также отмечались в основном в 3-4-й группах.

Для оценки влияния Сермиона на состояние церебральной гемодинамики использовали транскраниальную доплерографию на аппарате «Companion III» фирмы Nicolet. Анализировали максимальную (МСК) скорость кровотока в бассейне средней мозговой артерии (СМА), базилярной артерии (БА) в проксимальном и дистальном её сегменте, яремной венах и вене Розенталя. Сопоставлялись индексы пульсации и циркуляторного сопротивления. Проводилась одна из наиболее адекватных методов изучения нейрогенных влияний на мозговое кровообращение – проба с ортостазом. Косвенным признаком затруднения венозного оттока из полости черепа являлось наличие повышения кровотока в бассейнах яремных вен более 42 см/с и вене Розенталя более 20 см/с, наличие локации позвоночных вен в горизонтальном положении больного.

Таблица 1

Показатели мозгового кровотока

Группы обсл.	СМА-Vs (см/с)		БА Прокс. Сегм.	Яремная вена		Кол-во б-х (%) с локацией ПВ в горизонт. положен.	Pi	Ri	Кол-во б-х с ортостат. неуст. (%)
	Прав.	Лев.		Прав.	Лев.				
17-20	91,3+-13	90,8+-13	44+-12	49+-6	43+-6	8	1,19+-0,04	0,69+-0,02	6
21-44	86-+13	83+-13	42+-12	48-+6	42+-6	7	1,09+-0,04	0,68+-0,02	6
45-59	80+-11	73+-11	37+-12	41+-6	37+-6	5	0,96+-0,04	0,63+-0,05	5
Более 60 л.	53+-12	42+-12	33+-12	39+-6	32+-6	4	1,18+-0,06	0,45+-0,14	5

Гемодинамические нарушения у лиц юношеского и молодого возраста выглядели следующим образом: отмечается повышение циркуляторного сопротивления (повышение индексов пульсации и циркуляторного сопротивления на фоне сохраненной, или повышенной максимальной линейной скорости кровотока; без полушарной асимметрии; признаки дезорганизации нейрогенной регуляции мозгового кровотока). Также ярче выражены признаки затруднения венозного оттока из полости черепа (взаимозависимые и взаимопотенциирующие изменения – повышение ВЧГ – ускорение кровотока в вене Розенталя, что обусловлено усилением коллатерального венозного оттока через глубокие вены мозга в результате нарушения венозного оттока с поверхности мозга по мостиковым венам в верхний сгитальный синус).

С возрастом отмечается склонность к снижению максимальной линейной скорости кровотока, с акцентом в БА, снижение индекса циркуляторного сопротивления и повышение индекса пульсации, что больше говорит за присоединение изменений упруго-эластических свойств сосудов. Нарастают признаки полушарной асимметрии; сохраняются признаки венозной дисциркуляции и снижения нейрогенной регуляции мозгового кровотока.

Выводы

Возрастные анатомо-физиологические особенности организма порождают качественно новые патологические ситуации после ЧМТ. Реакция мозга и организма в целом на травму различна у лиц разных возрастных категорий, чем во многом и определяются особенности морфологических изменений и клинических проявлений у них как в остром, так и отдаленном периодах ЧМТ.

Гемодинамические нарушения у лиц юношеского и молодого возраста больше проявляются в виде нестабильности сосудистого тонуса и снижения нейрогенной регуляции мозгового кровотока. Также ярче выражены признаки затруднения венозного оттока из полости черепа. С возрастом отмечается склонность к снижению максимальной линейной скорости кровотока, с акцентом в БА.

Литература:

1. Акимов Г. А. Особенности течения последствий нетяжелых ЧМТ у лиц молодого возраста // Военно-медицинский журнал, 1992. - № 9. - С. 63-64

2. *Агаева К. Ф. Процесс накопления и распространения последствий травмы головного мозга среди населения // Журн. Неврология и психиатрия им. Корсакова, 2001. - Т. 101. - № 5. - С. 46-48*

3. *Бадалян Л. О. Берестов А. И. Головные боли у детей и подростков. - М., 1991, 52 с.*

4. *Блейхер В. М., Крук И. В. Практическая психопатология: Руководство для врачей и медицинских психологов. - Ростов-на-Дону: Феникс, 1996*

5. *Дерябин А. И. Ультразвуковая диагностика ЗЧМТ и инородного тела головного мозга // Автореф. Дис. к.м.н. – Куйбышев, 1976*

6. *Елизарова И. П. Церебральные нарушения у детей, перенесших родовую травму и асфиксию // Ленинград, 1977*

7. *Низамутдинов С. И. Данилов В. И. О новых возможностях доплерографии для контроля церебрального кровообращения // Сб. Современные методы диагностики и лечения. – Казань, 1991. - С. 112-113*

8. *Ромоданов А. П. Диагностика и оказание помощи больным с сочетанной ЧМТ на госпитальном этапе // Методические рекомендации. – Киев, 1989, 12 с.*

9. *Росин Ю. А. Доплерография сосудов головного мозга у детей. - Санкт-Петербург, 2004*

ПРИМЕНЕНИЕ БЕНЗОДИАЗЕПИНОВ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА СКОРОЙ ПОМОЩИ

Л. П. Капустянская, Ш. Т. Игуфарова, А. Н. Корниенко

Обладая широким спектром психофармакологического действия, клинического применения, высокой эффективностью и низкой токсичностью бензодиазепины стали актуальными при лечении как острых, внезапно возникших состояний, так и хронических заболеваний. Значительная распространенность препаратов этой группы также тесно связана с широким спектром их психотропной активности, а именно: эндогенные и пограничные состояния, сопровождающиеся чувством внутреннего напряжения, беспокойства, тревоги, страха, нарушением сна, двигательными возбуждениями при абстинентном синдроме у зависимых от психоактивных веществ, купировании малых и развернутых судорожных приступов; при заболеваниях, сопровождающихся гипертонусом скелетных мышц различной этиологии.

За 50 лет с момента введения первого препарата группы бензодиазепинов (элениум, хлордиазепоксид) ассортимент данных лекарственных средств значительно расширился. Все они обладают сходным фармакологическим действием и отличаются степенью активности того или иного эффекта, что обуславливает их клиническое применение.

Учитывая характер и специфику работы врачей скорой помощи, а именно: лечение и купирование острых, внезапно возникших состояний, требующих немедленного терапевтического эффекта, ограничение времени на вызове, порою отсутствия точных сведений как о больном, так и о его заболевании, наиболее аргументированным является использование классического представителя данной группы психотропных средств - диазепама (реланиум, седуксен, валиум).

Противосудорожная активность этого препарата превосходит остальные средства группы бензодиазепинов в 5-10 раз, угнетающее действие на лимбическую систему – в 2 раза, седативное миорелаксирующее действие – в 4-6 раз, нормализация сна – в 3 раза, оказывает более сильное антидепрессивное действие.

ДИАЗЕПАМ - наиболее быстро всасывающийся препарат при приёме внутрь, с длительным периодом полувыведения, его метаболиты сохраняются в крови в течение 7-21 дней.

Пероральное применение диазепама даёт ожидаемый эффект через 40-50 минут, можно ускорить его при сублингвальном назначении.

При внутримышечном введении действие препарата начинается через 30-60 минут. Предпочтительнее вводить диазепам внутривенно, так как противосудорожный, миорелаксирующий, седативный эффект наступает через 30 сек. - 1,5-2 минуты.

Эти свойства позволяют использовать его при купировании судорожных состояний различной этиологии, при психомоторных возбуждениях в рамках токсических, эндогенных психозах и органическом поражении ЦНС, гестозах различной степени, нормализации сна, алкогольной и наркотической абстиненции с психоневротическими и соматическими проявлениями.

Диазепам расширяет коронарные сосуды, в связи с чем, он назначается при острой коронарной патологии, как вспомогательное средство, наряду с другими специфическими препаратами.

Миорелаксирующее действие диазепама оправдывает его применение на догоспитальном этапе при угрожающем аборте и преждевременных родов.

Максимальная разовая доза зависит от клинических проявлений и степени их тяжести и варьирует от 5-20 мг, максимальная суточная доза у взрослых 60 мг. Рекомендуется снижение дозы детям от 5-20 мг в сутки и пожилым людям (старше 65 лет) до 5-10 мг в сутки.

Противопоказан детям до 1 года, женщинам - в 1 триместре беременности (хотя допустимо применение в данный период беременности, если использование диазепама у матери имеет абсолютное показание и нет более безопасного альтернативного средства), во время кормления грудью.

Таким образом, широкий спектр клинико-фармакологического действия диазепама, преобладание его активности по сравнению с другими бензодиазепинами, быстрое всасывание с длительным периодом полувыведения, относительно низкая токсичность, редко возникающие побочные эффекты, требующие всего лишь снижения дозы, оправдывают применение этого препарата при экстренных состояниях (судороги, психомоторные возбуждения, гестозы, эпистатусы), а также оказание помощи при неврозоподобной симптоматике, абстинентном синдроме, повышенном тонусе гладкой и скелетной мускулатуры, что является частыми причинами обращения больных к службе скорой и неотложной медицинской помощи.

ИСТОРИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКОЙ ПЕРСОНОЛОГИИ

Б. А. Шахметов

Персонология – относительно новая научная дисциплина, имеющая глубокие исторические корни. Живой интерес к различным сторонам человеческого существования, его поведения вполне естественен и закономерен для пытливого разума.

В. Я. Семке (2001) отмечает 3 этапа в истории учения о личности.

1 этап - предыстория персонологии, от древних времен до средних веков и эпохи Возрождения.

2 этап – донаучный период - от средних веков до начала XX века.

3 этап - научный период - от начала XX века до наших дней.

Первый этап имеет свое начало в период расцвета науки и культуры древнего Египта, Месопотамии, Греции и Рима.

Мыслители древности излагали свои взгляды на причины болезней, давали описания человеческой индивидуальности и ее аномалий.

В египетском папирусе Kahum, который относится к XX веку до нашей эры, излагаются сведения о болезненном состоянии, во многом напоминающем клиническую картину современной истерии и возникающей за счет «движения матки». Этой же теории придерживался и Гиппократ (460-377 г.г. до нашей эры), описавший клинические случаи истерии.

Гиппократ (460-377 г.г. до н.э.) выделял людей, находящихся на грани здоровья и помешательства: они не душевнобольные, но гневливы, раздражительны, боязливы или же напротив, замкнуты, нелюдимы, безучастны. Касаясь характеристики меланхолического темперамента, он обращал внимание на преобладание робости, грусти, молчаливости: «страх и печаль, если они долго длятся или не вызваны житейскими причинами, происходят от черной желчи».

Сократ (469-399 г.г. до н.э.) указывал на роль психосоматических взаимодействий. Душевное напряжение оказывает существенное воздействие на тело и приводит к соматической патологии. Им описана роль человеческих потребностей в иерархии, высоте, нравственно-этическом облике, как неотъемлемом компоненте ее структуры. Путь достижения полного человеческого счастья по мнению Сократа - в служении своему призванию и другим людям.

Платон (428-348 г.г до н.э.) заложил основы учения о характерах, дав описания наиболее распространенных типов. Они складываются из трех сторон душевной жизни: сверхчувственной - являющейся чистым познанием; источника мужества с локализацией в груди; низменной части души – являющейся источником всякого рода вожделений. Первый тип Платон считает нормальным - он характеризуется преобладанием высшей стороны души. Второй – тимократический – отличается сильным развитием честолюбия и наклонности к борьбе. Третий – олигархический – скупостью, стяжательством, правда, в сочетании с бережливостью и сдержанностью, демократический – с нравственной неустойчивостью и постоянной сменой чувственных наслаждений, тиранический – с преобладанием самых низших, животных влечений.

Аристотель (384-322 г.г. до н.э.) создал модель «нормы» психического поведения в рамках добродетели, составляющей основную нравственную категорию. Уклонения от нормы (или добродетели) он обозначал как «недостатки», которые близки

современным описаниям различных аномалий личности. Извращение истины в сторону преувеличения – хвастовство, а носитель этого свойства - хвастун. Обманщик: колебания в сторону умаления – суть притворство (притвора отрицает или преуменьшает то, что у него есть). В этой характеристике имеется определенное сходство с современным пониманием истерической личности и ее стремлением к псевдологии. Люди, которым недостает чувствительности к удовольствию, обозначаются как бесчувственные. В отношении к чести и бесчестию обладание серединой – это величавость, избыток ее именуется спесью, недостаток – приниженностью. Аристотель впервые ввел термин «катарсис - облегчающее освобождение человека от пороков», используемый в современных психотерапевтических приемах (психоанализ З. Фрейда, логотерапия В.Франкла, групповая психотерапия И. Ялом и др.).

Второй этап начинается после многовекового застоя Средневековья. Свой вклад в развитие научной мысли внесла Салернская медицинская школа. Арнольд из Виллановы (1250-1313 г.г.) в художественной форме описал типы темпераментов в книге «Салернский кодекс здоровья».

Английский психолог Тимоти Брайт (1550-1615 г.г.) в книге «Трактат о меланхолии» дает клиническое описание различных вариантов болезни.

Психологи и клиницисты пристально изучали «пограничных жителей», т.е. людей, у которых здравый смысл граничит с признаками помешательства.

Знаменитый Ф. Пинель (1745-1826 г.г.) обозначил контуры будущей концепции психопатии – демонстративное аморальное поведение - «мания без бреда». Этим лицам свойственны незначительные повреждения в мыслительной деятельности, заметные извращения чувств и общественная опасность действий. Эскироль (1775-1840 г.г.) называл их «помешанными без нарушения логики».

Немецким психиатром В. Гризингером (1817-1868 г.г.) были описаны состояния с несоразмерным отношением реакций действующим раздражителям, лица с дисгармоническим складом души: «Живые блестящие умы, но поверхностные и не способные к усидчивому труду». Они нетерпеливы и вспыльчивы, не выносят противоречий, погружаются «в облака фантазий и оттуда презрительно смотрят на мир, считая себя с лишком выше него». Русский мыслитель С. Т. Забелин (1777 г.) подчеркивал огромное значение воспитания и просвещения «к самому здравию всего тела».

Весьма важным событием в развитии клинической персонологии была публикация книги А. Кюллера «Современные психопаты» в 1890 г. Публика не подозревает о существовании тысячи видоизменений и оттенков, которые может принять за расстройство ума… Она дрожит от негодования при мысли, что наука считает себя в силах определить ту долю безумия, которая примешана к мудрости Сократа или гениальности Паскаля.

Крупица сумасшествия бывает для некоторых умов равносильно высоким достоинством. Можно без преувеличения сказать – с того дня, как не будет полупомешанных, мир цивилизации погибнет – не от избытка мудрости, а от избытка посредственности.

В целом второй период персонологии завершается внедрением к началу XX века понятий «невроз» и «психопатия».

Третий этап охватывает вековой период, с начала XX века и до настоящего времени. Весьма продуктивной, в тоже время противоречивой, является психоаналитическая концепция Зигмунда Фрейда (1856 – 1939 г.г.). По мнению Дж. Мэссон, его учение изменило «интеллектуальные и эмоциональные контуры века, в котором мы живем». Современники считали, что история цивилизации не знает другого такого феномена «культурного шока», каким предстал миру психоанализ. Он представил сексуальность со всеми проявлениями, чуждыми логике и этике. Люди находятся в состоянии непрерывного конфликта, истоком которого являются неосознаваемые и агрессивные побуждения. Психика – это поле боя между силами инстинкта, рассудка и сознания, отсюда появился термин «психодинамический». Выделены три уровня сознания – сознание, подсознательное и бессознательное. Структура личности включала три компонента. Ид – инстинктивное ядро личности, примитивное, импульсивное, подчиняется принципу удовольствия. Эго – руководствуется принципом реальности, является рациональной частью личности. Суперэго – это моральная часть личности, состоит из двух подструктур: совесть и эго – идеал.

Догмы сексуальности и агрессии, как основной причины человеческого поведения, вызывали чувство протеста у ученых. Пересмотр главных позиций психоанализа привел к созданию новых продуктивных направлений. Это индивидуальная теория личности Альфреда Адлера (1890 – 1937 г.г.). Главный тезис – неотделимость индивидуума от социума, определение стиля жизни (работа, дружба, любовь), личность как архитектор собственной судьбы. Введены понятия «комплекса неполноценности», тренировки функции слабого органа, достижение компенсации дефекта. Стремление к превосходству – является важнейшей мотивационной силой, законом жизни личности.

Следующим «знаменитым бунтовщиком» является Карл Густав Юнг (1875 – 1961 г.г.), он возражал тезису, что мозг – «приложение к половым железам». Аналитическая психология, разработанная им, считает, что индивид мотивирован интрапсихическими силами и образами, уходящими корнями своими в глубь истории эволюции. Были введены понятия интраверсии и экстраверсии, коллективное бессознательное, состоящее из мощных

психических образов – «архетипов» - «первичных людей», под влиянием которых люди реализуют в своей жизни универсальные модели своего родового прошлого. В казахской этнопсихологии – «аруахи» - духи предков, влияющие на жизнь своих потомков.

Одно из новых, перспективных направлений персонологии связано с Карлом Роджерсом (1902 – 1987 г.г.) – гуманистическая психология. В основе концепции лежит утверждение, что человек хороший от природы и в нем заложено стремление к самосовершенствованию. Человек рассматривается как основной творец собственной жизни. Он обладает естественным стремлением к независимости, социальной ответственности, к творчеству и зрелости. Внутренний мир человека в полной мере доступен лишь ему самому, и только субъективный опыт может помочь пониманию поведения. Это реальность, которую психотерапевт должен понять и проанализировать. Ценность отношений является главным звеном концепции К. Роджерса: «Основной барьер, мешающий общению между людьми, эта наша естественная тенденция судить, оценивать, одобрять или не одобрять утверждения другого человека». Личность человека становится единой для нас посредством отношений к другим, в процессе групповой терапии, путем обратной связи, обретается опыт познания себя. Вопрос качества взаимоотношений терапевта и клиента является единственно важным и значимым. Эта терапия центрирована на клиента, т.к. клиент, а не терапевт, отвечает за результат, личностный рост в процессе терапии, за возможность жить более зрелой, богатой и насыщенной жизнью.

Ярким представителем гуманистической психологии является Абрахам Х. Маслоу (1908-1970 г.г.). Весьма интересны и убедительны исследования здоровой личности. Мотивационная сфера образует ряд соподчиненных групп потребностей – физиологическая, в безопасности, в любви, в уважении и самоактуализации. Маслоу утверждает: «Ничто не заменит опыт, совершенно ничто». Нужно научиться высвобождать подавленное, познать свое Я, открыть для себя и других свою величественную натуру. Депривация и фрустрация метапотребностей ведут к психическим расстройствам, которые определяются как метапатология (депрессия, апатия, отчуждение, ненависть, безнадежность, утрата смысла жизни, приобщение к психоактивным веществам и др.).

Весьма интересным является направление, созданное Виктором Франклом (1905-1997 г.г.) – логотерапия. «Логос» - смысл, а цель психотерапии помочь человеку в его поисках смысла жизни, и это борьба за смысл жизни – основа движущей силы человека, в отличие от принципа удовольствия по Фрейду. Экзистенциальная фрустрация может быть причиной ноогенных неврозов, злоупотребления психоактивными веществами.

Акцентирование социально–исторической природы личности характерно для большинства российских психологов. При этом существуют более широкая и более узкая дефиниция личности. С. Л. Рубенштейн (1889 – 1960 г.г.) – рассматривал личность как воедино связанную совокупность внутренних условий, через которые преломляются все внешние воздействия. Ядро личности составляют мотивы сознательных действий, при этом учитываются неосознаваемые побуждения и тенденции. А. Н. Леонтьев (1903 – 1979 г.г.) различает понятия «индивид» и «личность»: «Личностью не родятся, личностью становятся».

Общая психологическая теория личности была создана В. Н. Мясищевым (1893-1973 г.г.). Её основу составляет психология отношений человека. Важнейшим компонентом в оценке личности является динамика ее отношений к действительности. Идея динамики является характерной чертой российской клинической персонологии, и нашла отражение в трудах П. Б. Ганнушкина и О. В. Кербикова. П. Б. Ганнушкин (1875–1933 г.г.) дал динамическую характеристику патохарактерологических проявлений. Между болезнью и здоровьем «существует пограничная область, занятая теми состояниями, которые не могут быть отнесены ни к болезни, ни тем более к здоровью». Его мнение: «Имеет значение лишь общая качественная и количественная оценка психики индивидуума». Психопатии рассматривались как динамические образования (конституциональные или ситуационные типы развития), учитывались три клинических критерия: тотальность эмоционально-волевой дисгармонии личности, нарушение социально-трудовой адаптации, малая обратимость девиаций, сформировавшихся чаще к постпубертатному периоду.

Ученик П. Б. Ганнушкина О. В. Кербиков (1908 – 1965 г.г.) подчеркивал в формировании неврозов и психопатий ведущую роль взаимодействия конституционально-биологических, средовых (микросоциальных) и экзогенно–органических (на ранних этапах развития онтогенеза) факторов. Им изложена патогенетическая классификация психопатий – «ядерные» (конституциональные), «краевые», «нажитые» (патохарактерологическое развитие личности) и «органические». Разработана клинико-генетическая группировка аномальных личностей (возбудимые, тормозимые, истерические, паранойяльные, перверзные, малодифференцированные и «мозаичные» варианты). Описаны варианты динамики психопатий – реакции, развития, фазы, компенсации – декомпенсации, депсихопатизации, психопатического цикла и т.д. При анализе генеза психических заболеваний и алкоголизма обращено внимание на роль психогений.

Новая международная классификация болезней МКБ–10 исключила термины «невроз» и «психопатия» и заменила понятием «расстройство личности», подчеркивая этим важность персонологического подхода с оценкой на синдромальном уровне. И это способствует развитию пограничной психиатрии на стыке ряда научных дисциплин.

С. Фридрик

Здравствуйте, дорогие мои читатели!

Я снова пишу вам. Я – психотерапевт. И моя Работа – людям помогать. Я вижу, работая с людьми, что далеко не каждый человек спрашивает себя: «Зачем я живу?». Раньше мне было грустно оттого, что многие «не ведают, что творят». И обижают других, и сами обижаются, и страдают сами и заставляют страдать других. Сами же создают мрак своих страданий и перестают видеть жизнь. Я сама тоже когда-то страдала, сама не видела, сама избавилась от своих страданий. Я увидела – что это возможно. И раз я сама смогла, значит, многие смогут. Раз я себе смогла помочь, значит, многим другим могу помочь. Новая Форма Работы, которую я делаю вместе с Анной Барг, гораздо шире, чем просто психотерапия. Поэтому так и называется. Задача наша с Анной общая: людям помогать. Я добавила одно слово для Новой Формы Работы:

И ВИДЕТЬ,
И СЛЫШАТЬ,
И ЧУВСТВОВАТЬ,
И ДЕЙСТВОВАТЬ,
И ЖИТЬ.

Вам видно – не «или, или», а «и, и, и…». Это – безграничные возможности наши…

Я жила в Казахстане, шесть лет я живу в России. Лет пять назад я в Челябинске открывала свой Центр, и написала для него слова как почувствовала: «Рассвет духовности России». Но Центр мой тогда не по силам мне был, и я его вскоре закрыла. Теперь я вижу – было не время. Я тогда и не знала толком, зачем он мне. Просто чувствовала. Теперь ЗНАЮ. Всему свое время. И слово «рассвет» не подходит сейчас – ДЕНЬ НАЧАТ. Тогда я сама не знала точно – что такое «духовность». О ней говорят и пишут многие люди разных общественных направлений, а не конкретно, туманно. На уровне чувств, а чувства наши словами сказать невозможно. Кто загадками говорит, тот сам их не разгадал. Я не люблю говорить загадками, мне всегда нужна ясность. **Пока я не вижу, я не знаю. Когда увидела – мне ясно.** Я теперь увидела. И теперь вам многое могу показать из того, что видно мне глазами. Многие увидят. И не случайно я переехала в Россию, когда время пришло: **моя Работа – для России.** Центр свой я открою теперь в Москве. Теперь я ЗНАЮ свою Задачу. Земля наша – живая целостная система. Высшие Божественные Законы одинаковы и для государств, и для народов. Помогая конкретным людям, я помогаю России. Я не могу быть равнодушной к судьбе России, это теперь МОЯ ЛИЧНАЯ СУДЬБА. Я здесь живу, сейчас это МОЙ ДОМ. Сама я в паспорте украинка, отец у меня белорус, у мамы украинки немецкая фамилия. Я с двух лет жила в Казахстане, детство и юность мои прошли в Караганде. Я чувствую себя дочерью казахских степей, когда я бываю в Казахстане. В России этого нет. Здесь другое подобие. **Внутри я не ощущаю никакой национальности**. Я говорю и думаю по-русски. Русскоговорящих людей много на Земле. Из Австралии мне написала женщина, из Парижа сейчас приехала ко мне женщина, из Нью-Йорка была у нас с Анной женщина. Наша ведь Земля маленькая, ей тоже больно сейчас. Как и людям, на ней живущим.

Я сначала просто захотела снова написать вам в рассылку. Я теперь не для науки пишу ведь - для людей. Мне нравится. Смотрю – пишется и пишется. Смотрю - из одного возникает другое, и каждое – важное. И вижу теперь, что это пишется моя книга. Я знала, что ее напишу, только не знала когда. Я же жизнь свою не планирую. Живу, как живется. А ждать и терпеть не могу. Я не хочу ждать, пока я ее напишу полностью и опубликую. Кто знает, когда это случится? У меня дел много. А одно долго мне надоедает делать. Я пишу по наитию. Заставлять себя не люблю. Я хочу, чтобы вы видели то, что вижу я. Буду вам показывать, что будет готово. Сейчас покажу лишь треть того, что уже написано за эти два дня. Смотрите.

Для духовного развития России

О времени России говорят многие. Да, эпоха Водолея пришла, обновление России идет. **Это всем видно**. **Россия** – уже не четыре буквы **СССР**. Живое слово **Россия** и мертвая аббревиатура **СССР**. **Разницу эту видят все,** многие чувствуют ее по звучанию этих слов. Слово «**Россия»** в душе отзывается, а «СССР» ухо режет. ДУХ Государства Российского жив, не сломлен. Сейчас он пока еще силу не набрал свою. Много было испытаний во мраке прошлого столетия. В тяжелых **испытаниях** ДУХ крепнет. **Россия прошла их**. Больно, тяжело, но выжила, выстояла. И продолжает жить. И начала исцеляться, стала расцветать совершенно по-новому, как никогда еще не было. Смотрите внимательнее – это уже видно. **И ее полный расцвет – впереди.** Мы с вами живем в это время. Это **нам с вами возрождать полностью** СИЛУ ДУХА РОССИЙСКОГО.

Сам ДУХ не возрождается, не нужно мистики - люди ДУХ в себе несут. С неба не упадет нам ВОЗРОЖДЕНИЕ ДУХА РОССИИ. «Небеса» - это ловушка. Делами людей Россия наша крепнет и крепнуть будет. Нашими с вами делами**. Не нужно верить в это, нужно делать это.** Не нужно ждать, когда это произойдет. Само по себе ничего не происходит. **Нам с вами нужно делать и делать.** Дел в России много несделанных. Много важных дел еще нам еще предстоит сделать.

Духовное развитие страны определяется духовным развитием **каждого** человека этой страны. **Людям нужно видеть** четкие и ясные ориентиры «**духовности»** и «**без духовности».**

Нужно знать, что такое **ДУХ**, что такое **«духовное развитие»** и **«духовное не развитие».**

И каждый – сам выберет, каким ему быть. Невозможно заставить развиваться духовно, невозможно «прививать», «насаждать» духовность, невозможно ей научить. **Ее может развивать в себе только лишь сам человек по своему собственному желанию.** Выбор каждого человека уважаем. **Каждый сам ответственен и сам платит за свой выбор.**

Миры человека

Их два – ВНУТРИ И СНАРУЖИ.

ВНУТРИ каждого человека – его внутренний мир.

У кого-то – богатый (БОГатый, Богатый), кого-то – убогий (уБОГий, уБогий).

СНАРУЖИ – такой же мир, как и внутри, либо богатый, либо убогий.

Вам **видна** разница?

БОГатый человек – САМ делает, а **уБОГий – просит у Бога**: помоги, сделай за меня.

У богатого человека – своя полная ответственность за все свои действия.

У убогого человека – ответственны, виновны все вокруг за все, что с ним происходит.

ПУТЬ ДУХОВНОГО РАЗВИТИЯ – путь личной ответственности за все свои события в своей жизни. **ДУХ – это ДЕЙСТВИЕ свободной Души.** С каждым своим действием человек приобретает опыт и силу. **Душа крепнет Духом, когда человек действует в желаемых для себя направлениях, живет по своей душе, как его душа подсказывает.**

Свое действие всегда **можно менять.**

Сделал так, почувствовал – нравится. Хорошо.

Сделал иначе, почувствовал – не нравится. Тоже хорошо – я сделал, я и переделаю.

ПОЛНАЯ СВОЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПЕРЕД СОБОЙ, ПЕРЕД СВОЕЙ СОВЕСТЬЮ.

«Какой же я БЫЛ дурак!» - хлопок ладони по лбу, радостное озарение-осознание, ведущее в жизнь. Именно так набираемся ума-разума, на своем живом опыте, а не на чьих-то поучениях извне. Только ограниченный своим умом человек думает, что уж он-то умнее других, что он-то прав. «Правота» это только лишь справа. А слева – нет. К ПРАВУ «правота» отношения не имеет.

Эти люди в первую очередь **спрашивают с себя, они требовательны сначала к себе.** Им всегда помогает их СО-ВЕСТЬ. **С вестью к своей душе** они живут. Совесть в Душе человека? Да. Бог в Душе человека? Да. ГОЛОС СОВЕСТИ – ЭТО ГОЛОС БОГА. Они честны сами с собой, поэтому их слово – дорого стоит. **Жить против своей совести невозможно** для них. Их совесть не замолкает, они внимательно ее слушают**. Они слышат Бога и Бог их слышит.** Их жизнь трудна, но результаты ее прекрасны. Их жизнь богата событиями. Они СЕБЕ преданы через свою СОВЕСТЬ, поэтому других людей не предают. Их могут предать, они – никогда. Им бывает больно, но обиды и зла они не таят. Они говорят, если им что-то не нравится, ругаются. Они прощать способны. Они благодарны судьбе, Богу за все происходящее. Трудности они преодолевают самостоятельно, становясь сильнее, радостью делятся с другими. Они дорожат своей жизнью, поэтому дорожат жизнью других людей. Они сами любят жизнь, а не требуют, чтобы жизнь их любила. Они уважают себя, поэтому уважают судьбу других людей. Они не позволяют другим унижать себя, поэтому сами не унижают других людей. Им противно (против души) всякое унижение. У них нет стремления подавлять других, так как они не любят, когда подавляют их. Манипулировать ими – это небо красить. Им противна фальшь манипуляций, они всегда способны прямо спросить: «Что ты хочешь от меня?», а этот простой вопрос разрушает любую манипуляцию. Ими управлять невозможно, им это крайне неприятно, а сами они не управляют, а правят, руководят. Они – прекрасные правители, руководители, не подавляющие, а процветающие. Власть им нужна не для подавления других людей, а для достижения великих целей. Она им дает полномочия для простора их творческой разносторонней деятельности. Они делают свое любимое дело для себя, прежде всего, им это нравится. Поэтому их дело много пользы приносит другим людям. Они зарабатывают деньги. Кто способен работать, тот всегда заработает. Жизнь для них бесценна, деньги для них – это возможность жить удобно, красиво, в комфорте, чтобы хорошо отдыхать и много работать, делая свое любимое дело.

Они любят подарки, особенно – дарить. Они не воруют, потому что душе их противно брать чужое. Они точно знают, чего хотят, они говорят об этом прямо. Их не смущает, что кому-то их слова не нравятся. Они себя не станут уважать, если ради какого-то мнения будут молчать. Они способны себя защитить сами, не требуют защиты от других. Важным из них посылается ВЫСШАЯ ЗАЩИТА, так как известно, что их могут пытаться уничтожать. Им Бог помогает, так как они помогают людям. Они не воюют за себя, за свое место, просто уходят. А за других они держат битву и побеждают. Для себя они просить не станут, будут сами достигать, не надеясь на чью-то помощь. А другим – помогут сами, а если не их компетенция – пойдут за других просить, и требовать. Они не дают в обиду других людей и сами людей не обижают. Потому что они знают, как это больно. Кто сам страдал, тот стремится не причинить страданий другим людям.

Они говорят всей жизни «ДА», поэтому они могут легко сказать при необходимости: «Нет, я не стану это делать». Им противно против себя, против своей души и совести действовать. Они сами любят, жизнь с нелюбимыми людьми для них невозможна. Если они разлюбили, они говорят об этом и уходят. Им «раздел имущества» не нужен. Они не цепляются за вещи, когда любовь ушла. Они заработают. Они не боятся рисковать, меняя направления своей жизни, поэтому их жизнь так разнообразна. Они открыты навстречу жизни, камней за пазухой не держат. Они радуются удачам и успеху других людей. Они и сердятся, и негодуют, смеются от всей души, улыбаются всегда только искренне, грустят и печалятся всей душой, слез своих не стыдятся, просто иногда их плачут. От горя они либо умирают, либо сильнее становятся и продолжают жить достойно. Они преодолевают свое горе, помогая другим преодолеть их горе. Горя вокруг них становится меньше. Они проживают каждое мгновение своей жизни. Их лица добрые, одухотворенные, открытые, они излучают внутренний свет их души. Над ними годы не властны, красота их с возрастом не увядает, а расцветает. Дух творит форму. Им радостны новые перемены в жизни, их радуют новые возможности новых времен, их радуют их благодарные дети, они не оставляют своих родителей без помощи. Они не зря живут свою жизнь. Им жить все время интересно и радостно. Их жизнь – творческий полет, песня их души. Эти люди честны, надежны, живут достойно.

Рядом с ними – всегда хорошо, радостно, нелегко, но очень интересно. С ними не может быть пустого разговора «как дела, погода сегодня хорошая». Им некогда тратить время и силы на пустое, не интересное для них.

Вы встречаете таких людей. Вы и сами можете стать такими. Каждый волен выбрать, каким быть.

ПУТЬ ДУХОВНОГО НЕРАЗВИТИЯ – «весь мир вокруг ответственен за мои неудачи и за мое недовольство. Это мир вокруг меня недружелюбен или даже враждебен, он меня не любит, он меня не понимает, он меня использует, он мною манипулирует, он меня подсиживает, он меня выгоняет, он меня достает, он мне маленькую зарплату платит, он меня обижает, он мне жить не дает, он меня стесняет, он меня бросает, он меня раздражает, он меня бесит, он меня ненавидит» и т.д.

ЗДЕСЬ – ПОЛНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ от других людей, от обстоятельств.

НЕВОЗМОЖНО развиваться самому, так как весь мир «мешает».

Здесь либо стремление подавить, заставить, принудить мир измениться. ПРИНУЖДЕНИЕ – ЭТО ДУХОВНОЕ НЕРАЗВИТИЕ. Либо - бессилие перед миром, бессильное бездействие, так как действия мира менять невозможно.

Возможны ТОЛЬКО внутренние личные перемены, и тогда меняется мир вокруг. **Попытки менять только лишь мир вокруг всегда приводят к ссорам, конфликтам, войнам.** Как можно поменять действия другого человека без принуждения? СВОИ – ДА. А его – как? Как заставить его не раздражать меня? Как его заставить меня полюбить? Как заставить его меня уважать? Он же нагло спрашивает: «А за что?»…

Такие люди в первую очередь **спрашивают с других, они требовательны только к другим**. **Поэтому у них нет СВОЕГО внутреннего ориентира**, им не слышен голос их СО-ВЕСТИ, так как их внимание не внутрь себя, а наружу – к другим людям. А ГОЛОС СОВЕСТИ, БОГА МОЖНО СЛЫШАТЬ ТОЛЬКО В СВОЕЙ ДУШЕ. По радио его не услышишь (Это не оправдание, а **объяснение** бессовестных действий некоторых людей). Сначала они перестают **слушать** свою совесть, но она говорит и говорит с каждым из нас. Появляются муки совести, она ведь не умолкает. МУКИ СОВЕСТИ мучительны. И БОГ ВНУТРИ ЭТИМИ МУКАМИ МУЧАЕТ-СЯ (СЕБЯ). Он же не может покинуть этого человека. **Это и есть тот ад,** о котором говорят люди, точно не зная, где он находится. ОН В ДУШЕ НАШЕЙ. Никакого другого ада «на небесах» не существует. «Небеса» - это ловушка. Это **сам человек обрекает БОГА на ад** внутри себя. **Никак не наоборот.**

Муки совести мучительны, поэтому через время люди перестают **слышать** голос своей совести. Чтобы не было так мучительно больно. Боль притупляется, становится привычным внутренним беспокойством. Маются эти люди своим беспокойством, нет никакого покоя их душе. Ведь голос БОГА внутри звучит постоянно, а они его уже не слышат. Так, создав сами себе беспокойство, они постоянно чувствуют дискомфорт внутри, вечно их кто-то их беспокоит (то дети, то супруги, то подчиненные, то политика, то погода – все). А не знают, **КТО** это к ним достучаться хочет. ЕМУ они двери закрыли. И когда исчезает для них голос совести, **исчезает для них и сама совесть и Бог.** ТОЛЬКО ДЛЯ НИХ. **Чего они не слышат, то для них не существует**. И напрасно им звать Бога, когда они перестали сами слышать Его Голос, голос совести. Бог их тоже не слышит теперь. **Как он им поможет, если и Он перестал их слышать? Человек слышит и БОГ СЛЫШИТ. Человек перестал слышать – и БОГ ПЕРЕСТАЛ СЛЫШАТЬ.**

Он продолжает говорить человеку внутри: **«Слушай и услышишь».** Но…уже не слышат Его. Бессовестные люди ходят по земле. Они становятся бездушными. Утратив свой внутренний ориентир, они теряются среди окружающих людей, теряют свое собственное мнение, свои собственные убеждения. Они уже не способны быть честны сами с собой, так как людей вокруг много, а чье мнение

главнее, им трудно определить. Часто они выбирают ориентиром мнение «вышестоящего». Поэтому **их слово ничего не стоит**, они одним говорят одно, а другим – совершенно другое. Часто их слово расходится с делом. Думают одно, подразумевают другое, говорят третье, забывают, кому, что когда говорили, поэтому часто лгут без всякого стеснения. Возмущаются, если ложь их обнаружена, требуют доказательств – сами-то не уверены. Кто сам уверен, тому нечего доказывать, и незачем клятвы давать - достаточно сказать. Жизнь без совести. Да. Такая жизнь тоже трудна, и результаты ее некрасивы, даже уродливы. Их жизнь в привычных событиях, скучна, все приедается. Даже самая дорогая одежда, еда, мебель и все прочее, не приносит радости. Изобилием снаружи не заполнить пустоту внутри. Снаружи лишнее задавит в свое время. Они **СЕБЕ не преданы** через свою СОВЕСТЬ, так как ее голоса для них уже нет. Поэтому и друзей у них нет настоящих, они любого легко предадут. Даже свою мать. Когда им больно, тут же хотят отомстить, даже если человек нечаянно наступил на ногу. Если не могут сразу ответить, затаят и обиду, и зло в душе. Они молчат о затаенном, стремятся скрыть свои истинные чувства за натянутой улыбкой. Они не говорят прямо, если им что-то не нравится, не ругаются, соблюдают приличия. Они прощать не способны. Они злопамятны, не помнят добра. «Иваны, родства не помнящие». Они не благодарны людям, судьбе, Богу за все происходящее. Способны лишь обижаться, сетовать, проклинать, клеймить и ругать, искать извне врагов, недоброжелателей, завистников. Трудностей они избегают, стремятся взвалить их на плечи других, обижаются и негодуют, когда другие отказываются тащить их на себе. «Беспомощные» требуют и обязывают всех вокруг, чтобы весь мир им помогал. Они взывают к жалости, милосердию других, к сочувствию, к взаимовыручке, не придавая значения, что сами руку утопающему не протянут, а в воду за ним прыгать - плавать не умеют. Они сами клянутся, что в трудную минуту помогут другим. Только настоящие трудности – всегда у них самих, у других так, чепуха. Да и неспособны они видеть уже, когда другим нужна помощь. Обещания их часто пустые, много чего обещают они другим, забывают сами свои слова. Они делятся с другими только своими трудностями, проблемами, так как у них нет радости в жизни. Замена радости – осколки чувств, кайф, острота ощущений, к которым они стремятся. Причем, хотят, чтобы удовольствий у них было больше, чем у других. Соперничество постоянное. Зависть. Они очень дорожат только своей жизнью, боятся ее потерять, им наплевать на жизнь других людей. Они не способны сами любить жизнь, потому что страх не дает возможности любить по-настоящему. Но они требуют, чтобы жизнь их любила. Они потеряли уважение к себе, поэтому неуважительно относятся к другим людям. Требуют уважения к себе от других за чины, регалии, за свои седины, а сами не уважают судьбу других людей. Они позволяют другим унижать себя, поэтому сами стремятся унизить и оскорбить других людей. У них есть стремление подавлять других, так как внутри у них – жесткое подавление своей совести. Они стремятся к власти. Им нужны полномочия для ограничения свободы других, для подавления, так как внутри у них много своих ограничений. Хоть маленький, но портфель им нужен. И тогда «каждый суслик – агроном». Личной ответственности избегая, сидя при должности, требуют взятки не стесняясь. Причем, за «продвижение бумаги» получают заработную плату, такая бумажная работа не может дорого стоить – бумага ведь легкая, писать умеют очень многие люди. Для них это естественно - брать, давать они не любят, а дарить не способны. Они не хотят зарабатывать деньги, хотят их брать. Или отнимать. Деньги для них могут быть дороже человеческой жизни, жизнь других людей для них обесценена. Они могут убить за деньги. Они могут воровать, так как чужое взять для них не противоестественно. «Кайфуют», что взяли чужое. И никакие заповеди не запретят им это, так как внутри у них нет своего запрета, запрета своей совести. Бюджетные денежные потоки привлекательны для них. Им всегда нужно денег больше, чем необходимо для жизни. Придумывают разные комбинации, манипуляции, приватизации. Они стремятся управлять другими людьми, так как чувствуют свою зависимость от них, и ненавидят их за это. Они манипуляторы, думающие одно, говорящие другое, делающие третье. Очень ненадежные в жизни, так как утратили главный внутренний ориентир – свою совесть. Их мысли, чувства, действия разбалансированы, одно не соответствует другому. Они утрачивают свою цельность, становятся фрагментарными, расщепленными на множество ролей, которые они играют в своей жизни. В этих ролях они теряют свою подлинность. Они работают и делают то, что им самим делать не нравится, то, что они вынуждены делать ради пищи и крова над головой или ради привилегий. При этом говорят, что обстоятельства их вынуждают это делать, что они делают это ради других, не ради себя. Свое дело не любят, нет и пользы людям от них, часто - вред. Они недовольны недостаточным количеством денег, плохими людьми, плохим начальством, правительством. Тихо так недовольны, исподтишка. Или громко, с трибуны, объединившись в «команды», «партии», самостоятельно ведь боятся. Для них главный аргумент «большинство голосов», голоса своей совести ведь не слышно. Они часто сами точно не знают, чего хотят, так как запутались между мнениями окружающих людей, утратив свой внутренний ориентир. Поэтому им трудно прямо сказать, чего же они хотят. Очень ненадежные в любой работе, так как безответственны. Перекладывают

ведь свою ответственность направо и налево, ищут вокруг виновных. Они боятся, вдруг их слова кому-то не понравятся, думают об «общественном мнении» и сами для себя его «формируют». А его – общественного-то мнения и нет, иллюзия, химера. Общество из людей состоит и каждый человек думает по-своему, у каждого – свое мнение. Они свое мнение не высказывают вслух, соглашаются с мнением вышестоящих, критикуя мнение нижестоящих. Они всегда правы, часто воюют с инакомыслием, не признавая за другими людьми права на их правоту. Они не станут защищать другого, так как предатели по своей природе и боятся за свою жизнь. Им нравится обижать и унижать других людей. Потому что неспособны в прямом разговоре сами себя отстоять, боятся открыто высказать свое мнение. Они сами мучаются и хотят, чтобы другие мучались, желательно посильнее их. Им легче, когда другим хуже. Они не говорят жизни «ДА», можно услышать слова: «Нет, мне это нравится», «Нет, ужасно красиво». Соглашаясь с другими, утратив себя, им трудно сказать в нужную минуту жестко: «НЕТ, я не стану это делать». Боятся привилегий лишиться, поэтому вынуждены соглашаться с другими. Они сами не любят, жизнь с нелюбимыми людьми для них возможна, сами они равнодушны. Но им очень нужно, чтобы их любили. Они позволяют себя любить, требуют любви к себе. Благодарными за любовь быть они не способны. Пытаются за деньги любовь покупать, зная, что купленное тело к любви никакого отношения не имеет. За это и проституцию презирают, сами ее создавая. Они боятся рисковать, боятся потерять стул или кресло, в котором сидят, из которого берут, боятся жизненных перемен, поэтому их жизнь так однообразна, привычна и скучна. От скуки нужны развлечения, острота ощущений. Осколочные, фрагментарные адреналиновые встряски вместо чувств. Увлеченно трудиться и радостно отдыхать ведь уже не умеют. Они сдерживают себя, прячут свои настоящие чувства, злятся и негодуют часто внутри, чтобы другие не заметили. Они закрыты от жизни, не принимают ее такой, какая она есть. Сами мучаются от нее и мучают других. Много камней за пазухой накопили они, тяжел им этот груз. Вот и бросают эти камни тайком в спину другим, да лучше ночью из-за угла, чтобы не уличили. Они злятся удачам и успеху других людей. Смеяться уже разучились, зажаты внутри, не смеются – насмехаются, ухмыляются, хихикают, скалят зубы. Смех их звучит или дробным хихиканием, или громким гоготом, а не хохотом от души. От горя своего они стремятся причинить горе другим людям. И горя вокруг них становится больше. Они не проживают каждое мгновение своей жизни, они комкают свою жизнь, боясь думать «иначе», говорить открыто, боясь открыто злиться, ненавидеть, любить, действовать. **Их лица не излучают свет давно померкнувшей совести**, они недобрые, с годами они несут на себе некрасивую печать их внутреннего содержания – бездушности, недовольства, внутренней озлобленности, уныния. Черты их утрачивают былую привлекательность. Дух творит форму. Они боятся старости. Жизнь словно мимо проходит. Когда же, наконец, я стану счастливым? Раньше было - с понедельника, с покупки машины, с женитьбы, с должности… А все – мимо и мимо. Жизнь прошла, а словно не жили…И ведь ничего хорошего словно и не было, нечего вспомнить. «Когда мы были молодыми - вот тогда было время» - снова находят они оправдание своей бесполезной жизни. Не они сами ее так жили, а сначала родители их были виноваты, потом «время было тяжелое, политика правительства была плохая, дети выросли неблагодарные, да и молодежь нынче не та, и государство нынче снова не то». Все – не то. Вся их жизнь – тяжелое бремя, мука сплошная, что в ней хорошего? Эти люди не честны сами с собой, не надежны, не живут, а существуют.

Вы встречаете и таких людей. Может быть, вы и сами сейчас такие. Но выбор за вами. Оставаться вам такими или менять себя и свою жизнь. Выбор дан всем людям. Не нужно бояться выбирать.

Выключатель свет выключает, темноту включает. Так?

Если в душе нашей **Свет совести** померк, что появилось в душе? Да, тЬма бездушия.

Природа не терпит пустоты. Когда нет света – есть темнота. Когда Света нет – есть тЬма. Свет в душе нашей сразу не выключается, он меркнет долго, постепенно.

Постепенно же и тЬма поселяется в душе. Бояться нечего – можно вовремя это почувствовать у себя и **захотеть снова зажечь Свет своей души. Захотеть снова слушать свою совесть.** Будет нелегко вернуть свой Свет, но ВОЗМОЖНО.

Ведь когда свет приходит, темнота просто исчезает. Наоборот не бывает.

ЭТО НУЖНО ЗНАТЬ, чтобы сделать каждому свой выбор.

Теперь вы знаете.

Не спешите никого осуждать. Всем нам нелегко. **Различайте просто.**

Пока достаточно. Продолжение будет.

С любовью и уважением,

Фридрик Светлана

ПАМЯТИ АЛЕКСЕЯ ДЕРИЕВА

Медленно кружат осенние листья
Опускаясь на мокрую землю
Мастер ушел

Николай Жарков

Ушел друг. Удивительно добрый и безотказный человек, к которому можно было обратиться с любой просьбой. Случилось так, что Лёша (так мы все его называли) был первым из тех, благодаря кому я начал узнавать, что такое психотерапия. Таким он и останется в памяти. Добрый друг. Первый учитель.

Владимир Борисовский

Время, по большому счету, измеряется не часами и минутами, а жизнями живущих людей. И их памятью об ушедших.

Твое время, Леша, теперь продолжается памятью о тебе и о том, как изменился мир, когда ты его оставил.

Что вспоминается сразу, «в лет?». Конечно, наши многочасовые «тусовочные» марафоны на декадниках, где ты, Леша, был душой компании без всяких кавычек. Твои психотерапевтические анекдоты, рассказы о первых красноярских гештальт-сессиях в лицах, когда присутствующие буквально падали на пол от смеха, твое участие в неповторимых курсантских импровизациях, и, конечно же, хит на все времена – «чучалярим»… Это была какая-то непрерывная («необъявленная», как выражается один наш коллега) психотерапия для профессионалов – преподавателей, которой мы все дорожили чрезвычайно, и которая теперь, к большому сожалению, уходит из ткани декадников. А многочасовые дебаты по поводу новых идей в психотерапии, а соревнование в стиле «хокку» до утра в перемешку с песнями, где ты «зажигался» стихами, мелодией и какой-то своей внутренней музыкой.

Со временем она слышится все более отчетливо – твоя неповторимая внутренне - музыкальная тема сочетания мастерства, экспрессии, незаурядного артистического темперамента, затаенной боли, огромного человеческого тепла, щедрости и обаяния.

Я помню, как ты дорожил людьми (они отвечали тебе тем же) и событиями. Видимо отсюда твое увлечение видеосъемкой. Только поэтому и осталось много уникальных видеосвидетельств об удивительном времени почти стихийной становлении психотерапии в России и Казахстане.

Помню наш разговор после того, как я впервые посмотрел один из твоих фильмов, снятый в Костанае. Тогда я наугад позвонил в Новосибирск уже не надеясь застать тебя на работе, но застал и сказал все что думал и чувствовал в этот момент. Ты больше молчал, но и молчать можно по разному, и я понял как важно для тебя, когда те, кто соприкасается с твоим трудом видят и чувствуют, что ты хотел сказать… Вот это твоя знаменитая присказка: «этого (мгновения, события) не будет больше никогда…». Ты остро чувствовал уникальность и скоротечность прекрасных композиций бытия и пытался сказать об этом людям – пусть запомнят и продлят этому скоротечному прекрасному мигу жизнь.

Ибо память живущих людей способна останавливать время бытия. И уж конечно, наша память способна продлевать время бытия тех, кто создает эту память. Создает со-бытия. Создает жизнь.

Александр Катков

Лёшенька, я все помню. Помню, мои первые декадники в Кустанае в качестве курсанта. Когда я, уже опытный психотерапевт советской школы с восхищением смотрел на твоё изящное исполнение Эриксоновских штучек. И потом я не однократно убеждался в твоей правоте, что психотерапевт должен работать играючи, легко и непринуждённо. Я помню, как ты встретил меня, задыхающегося с разрывающей болью в груди на Новосибирском вокзале, как, используя обаяние своей личности, всеми правдами и неправдами устраивал меня в клинику для операции. Я отчётливо помню, как через 3 дня после операции, придя в сознание первым, что я увидел, была твоя улыбающаяся физиономия в дверях реанимационной палаты. Я хорошо помню, как потом у тебя дома по вечерам под водочку ты проводил мне личную психотерапию по возвращению к жизни и к профессии. И с той поры ты постоянно присутствуешь и в моей жизни и в моей работе. Мне нравятся твои шутливые терапевтические интервенции. Мне нравятся твои удивительно характерные фонограммы, которые звучат в моей клинике. Лёшенька, я всё помню.

Иван Левченко

Алексей Дериев отличался самым высоким профессионализмом, любовью к пациентам,кристальной честностью и добротой. Он искренний и преданный друг для многих из нас. Он был психотерапевтом единого реестра профессиональных психотерапевтов Европы, автором метода дозированного употребления средств вызывающих зависимость.

Он был и останется нашей совестью.

Все коллеги, пациенты и друзья, знающие Алексея глубоко скорбят по поводу этой невосполнимой утраты!

Скорбим вместе с родным братом Алексея – Анатолием, родными и близкими умершего.

Виктор Макаров

Очень печально, что так случилось с Алексеем Дериевым. Об Алексее Яковлевиче можно говорить сколько угодно долго. Говорить, как о замечательном докторе – ученом и практике, блестящем психотерапевте – авторе многих профессиональных методик, яркой творческой личности – певце, музыканте, актере, танцоре, писателе, мудром собеседнике, прекрасном рассказчике, любящем и заботливом сыне, внимательном брате, надежном друге.

Учиться психотерапии можно по книгам, на семинарах, проходя личную терапию, а можно – общаясь с такими людьми, как Алексей Дериев. Во всех фундаментальных руководствах по психотерапии в отношении личности, занимающейся психотерапией, буквально сказано, что психотерапевт должен обладать таким же набором качеств, что и другие члены группы, но у него должны быть сильнее выражены те качества, которые принято считать положительными. Вот эти качества: уравновешенность, рассудительность, зрелость, сила Я или сила Эго (харизматичность), умение подчинять себе окружающих, высокий порог возникновения тревоги, восприимчивость, интуиция, уверенность в себе, энтузиазм, умение убеждать, эмпатия, богатое воображение, решительность, желание помочь людям, терпимость к фрустрации, терпимость к неопределенности, ум. Алексей очень любил юмор, и сам мог красиво шутить. Наверняка, услышав эти «квалификационные требования» пошутил бы: «Да ребята, это, действительно все – правда, и это, действительно все про меня, хотя и перечислена *только* ***малая часть***». И, конечно же, произнес бы свою, ставшую крылатой, фразу: «Но это неважно».

Алексей был всеобщим любимцем. На любом декаднике, в любой компании, если какое-то время он отсутствовал, тут же звучали вопросы: а где Дериев, Вы не видели Алексея?, а то и просто кричали хором: Леша ты где?! И когда появлялся Алексей, сразу все становилось на свои места: атмосфера заполнялась Лешей. На павлодарском декаднике в 2000 году Алексею была присуждена неформальная номинация: ЛУЧШИЙ ИЗ НАС. Алексей действительно был лучшим. Он был всеобщим любимцем, но для этого он ничего не делал специально. Он просто был самим собой, он просто был добрым, хорошим человеком, зрелой самодостаточной личностью.

Думая об Алексее Яковлевиче Дериеве, на сердце приходят слова Велимира Хлебникова: когда умирают солнца, они гаснут, когда умирают кони, они плачут, когда умирают люди, о них поют песни. Жизнь Алексея Дериева и была его песней, как говорил сам Леша – песней психотерапевта.

Для меня Алексей был и остается очень близким и значимым человеком. Он очень много хорошего сделал для меня лично, для моей семьи, близких мне людей.

Я очень многому научился у тебя, дорогой мой друг Леша! Большое тебе спасибо и низкий тебе поклон. Мне очень печально, что так случилось, я помню о тебе. Твой друг

Юра Россинский

ПРО АЛЕКСЕЯ ДЕРИЕВА И ПСИХОТЕРАПИЮ

Мастер от жизни устал… Мастер ушел отдыхать…

Я была рядом с Алексеем Дериевым последние пять суток этой его земной жизни…

Также тихо было в их новом с Анатолием доме… Алексей уходил тихо… Он еще узнал меня, когда я приехала. Так совпало, не знаю, то ли я успела, то ли меня он дождался… Через сутки он уже не приходил в себя. Был и здесь и не здесь, видел и наш мир и иные просторы… Когда я приехала, рядом с ним уже был Ангел, молодой, красивый, спокойный… Он ждал. Толик еще надеялся на улучшение, он очень хотел, чтобы Леша просто пожил в новом доме, ни о чем не думая, просто был бы вместе с братом и радовался уютному красивому дому. Долгие годы разлуки братьев уже позади. Только жить бы да радоваться… Не пришлось. Мне было трудно сказать Анатолию сразу, что скоро Леша уйдет. Через сутки Толя и сам все понял, сам увидел, что ему снова одному оставаться… Снова надолго, на всю оставшуюся жизнь…

На Толика невозможно было смотреть, когда он просил Лешу не спешить, гладил его по руке и тихо плакал…

Когда я говорила с Лешей, уезжая, его Душа уже была спокойна. Я все сделала, что могла, и что должна была сделать для Леши. Уже два Ангела были возле него. Оставалось только ждать. Мне ехать уже было время. Я говорила ему, и он меня слышал. «Лешенька, я все сделала. Ты будь спокоен и ни о чем не волнуйся. Нам с тобой в путь отправляться. Мне ехать пора. В добрый путь и мне, и тебе (здесь он вздохнул глубоко.) Ты отдыхай, родной. Мне еще много предстоит сделать в этой жизни. Я все сделаю, а ты спокойно отдыхай. Мы с тобой встретимся, и ты это знаешь. Все самое трудное, самое плохое уже позади. Следующая твоя жизнь будет легкой и радостной, я тебе обещаю. Ты знаешь меня, я всегда держу свое слово. Прости меня. Прощай.». Я сама удивилась, откуда взялись мои последние слова. Мы с Лешей не обижали никогда друг друга, мы с ним друг друга берегли, как могли. Но после этих слов мне было легко уходить от Алексея.

Я уже ехала в поезде, когда Толик позвонил мне. Леша умер через 4 часа после моего отъезда, в 00.30 времени Новосибирска 16 октября 2005 года. Он прожил 54 года, до дня рождения двух месяцев не дожил.

Вечером в воскресенье в Перми мне ребята сказали, что пришла рассылка лиги, в понедельник дома уже я увидела текст – о кончине Алексея, от 16 октября.

Толику я позвонила, телефон в его доме ожил после смерти брата. Звонили многие люди, в том числе и психотерапевты, в том числе и те, кто говорил не раз при мне о своей любви к Алексею Дериеву, в том числе и те, кто считали себя друзьями Леши… Леша давно не слышал их голосов.

Я написала Виктору Викторовичу, что вернулась от Алексея, поблагодарила за его сердечные слова в рассылке.

Он мне ответил: «*Света! Алексей просветлённый человек. Большая редкость в нашем мире, нашей профессии.».*

Я ответила ему: «Да, Виктор Викторович! БОЛЬШАЯ РЕДКОСТЬ В НАШЕМ МИРЕ, В НАШЕЙ ПРОФЕССИИ.»

Это и странно для нашей профессии...

Хотя... Просветленные люди долго не живут.

Путь к свету мало кто выбирает осознанно...

Леша ДУШОЙ жил. Не знал он, что он просветленный...

Света».

Странное что-то то ли в нашей профессии, то ли в людях самих… Не знаю. МОЯ ИСТОРИЯ С АЛЕКСЕЕМ ДЕРИЕВЫМ, написанная мною недавно, есть на моем сайте http//fridrik.narod.ru. Мне написали многие. Простые человеческие слова из души про Алексея были сказаны многими людьми. Виктор Викторович сразу же откликнулся. Психотерапевты написали очень немногие. Как это ни странно.

Внутри каждого человека звучит голос его совести, голос Бога внутри. У каждого человека совесть своя. И Бог внутри каждого – Тот, Которого этот человек создает. Всему есть место под Солнцем. Не обязательно грустить о том, что Алексей Дериев болен. Можно и радоваться его болезни. Кому – что. У кого какая совесть. Каждый сам со своим живет. И КАЖДЫМ СВОИМ ДЕЙСТВИЕМ КАЖДЫЙ ЧЕЛОВЕК САМ СОЗДАЕТ СВОЮ СУДЬБУ.

В Новосибирске мне Анатолий Дериев сказал: «Я видел телепередачу о психотерапии. Оказывается, психотерапевты живут до 55 лет. Алексею 54 года…»

Я не знаю статистику продолжительности жизни психотерапевтов, мне известна статистика хирургов.

НО Я ТОЧНО ЗНАЮ, ЧТО ПСИХОТЕРАПИЯ ОЧЕНЬ НЕБЕЗОПАСНА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ПСИХОТЕРАПЕВТОВ. Синдромы сгорания и угасания – далеко еще не все. И синдром просветления, и алкоголизация, и соматические заболевания, и несчастные случаи – все это на пути профессионалов психотерапевтов. Все это со мной БЫЛО, все это я сама прошла. Я ЭТО ПО СЕБЕ ЗНАЮ. Я могу рассказывать только то, о чем я сама знаю не из книг и не понаслышке. КАК СОХРАНЯТЬ СВОЕ ЗДОРОВЬЕ ПСИХОТЕРАПЕВТУ – такую работу я делаю, показываю и рассказываю коллегам все, что знаю и умею сама.

Среди тех, с кем вместе мы много лет назад начинали свой путь в современной психотерапии, нет уже Александра Малышева из Нижнего Новгорода, Андрея Дорошенко из Красноярска, Павла Бутенко из Павлодара, Алексея Дериева. Все они ушли из жизни молодыми, все они были и остаются для тех, кто их помнит, сильными и талантливыми психотерапевтами, яркими и творческими людьми. Все они зарабатывали на жизнь психотерапией, много работали с клиентами.

Много лет назад на еще совсем новом для всех нас пути психотерапии я почуяла, что нужно искать какие-то способы своей защиты. **Как себя защищать в работе с клиентом?** Этот вопрос возник у меня в самом начале. **Кто несет в себе нападение, тому нужна защита. Что внутри, то снаружи.** Я тогда несла, вот и искала способы защиты. **Высшая защита** – **незащищаемость**. Это теперь я знаю. НИКТО ВЕДЬ НЕ НАПАДАЕТ. В психотерапии способы защиты ищут в начале работы многие. С этим вопросом я обращалась к Андрею Дорошенко, первому встреченному мною в жизни гештальт-терапевту. Андрей мне сказал, как защищается в работе он. Мне его способы не подходили. Это были способы снятия напряжения после работы. Александр Малышев показывал свою работу, но о способах защиты во время работы он мне не мог сказать. НИКТО ИЗ НАС ТОГДА ИХ НЕ ЗНАЛ. Я чувствовала, как устаю, истощаюсь во время работы, поэтому продолжала их искать, продолжала спрашивать у профессионалов. Нифонт Долгополов, тоже гештальтист из Москвы с удивлением спросил меня: «Как ТЕБЕ защищаться?». И я услышала. Сама стала ограничивать количество клиентов в день. Больше двух было невозможно. Я года три работала так, как мне было комфортно.

И лишь Алексей Дериев очень просто в трех словах мне объяснил **первое и главное** – не влезать в «рубашку» клиента. «Как?», - спросила я. «Ты просто посмотри на клиента, увидь все – лицо, позу, какой он. Увидела – и ты уже не присоединена.». И ВСЕ. И с этого я начала выздоравливать. Я тогда увлеченно занималась гештальт-терапией. Мне стало полностью ясно главное требование Фредерика Перлза: «Гештальт-терапевт должен быть пустым, непредвзятым». Пустота внутри – это та самая пустота-наполненность просветленных. К ней тоже можно прийти, если поставить перед собой задачу. Это непросто и не скоро, но возможно. БЫТЬ ПУСТЫМ, СВОБОДНЫМ от своего личного отношения к клиенту «нравится – не нравится», от своих целей к клиенту «помочь ему», «получить его деньги», быть пустым от мнений, от мыслей, от оценок, от диагнозов, от своих личных чувств, ВИДЕТЬ И СЛЫШАТЬ все, что происходит с клиентом, делать все, что необходимо в работе с этим человеком. Потом была моя встреча с Ошо, по описанию его близких, соматически не здоровым просветленным человеком. Потом я увидела Станислава Грофа, красивого семидесятилетнего молодого мужчину. Все это – путь в профессии психотерапевта. В нашей профессии невозможно стоять на месте, и на пенсию мы не уходим.

НЕЛЬЗЯ СМЕШИВАТЬ СВОЕ И ЧУЖОЕ В ОРГАНИЗМЕ. ОТ ЭТОГО И БОЛЕЗНИ. ЭТО ТЕПЕРЬ УЖЕ МОИ СЛОВА. ПРОСТЫЕ И ЯСНЫЕ. Про это я много примеров людям в своей книге «МОЕ У МЕНЯ» показывать буду. **Я очень хочу, чтобы здоровых и высокопрофессиональных психотерапевтов было много.** В нашей стране работы для всех психотерапевтов хватит на всю жизнь.

Мне сейчас 46 лет, я физически абсолютно здорова. А до 30 лет у меня были некоторые серьезные диагнозы. МЕНЯ СПАСЛО ТО, что я ВЕРЮ СЕБЕ, СВОИМ ГЛАЗАМ И УШАМ, СВОИМ ЧУВСТВАМ И ЖЕЛАНИЯМ больше, чем словам других людей. А диагнозы это лишь «метки для меток». Когда человек САМ ХОЧЕТ, он способен избавиться от любого диагноза.

Как-то в Кургане на декаднике мы с Алексеем делали совместную работу. Я работала на своей ленте, Алексей на своей ленте рассказывал курсантам, ЧТО ИМЕННО я делаю. Это было очень удобно для обучения, так как во время клиентской работы я не прерывалась на объяснения. «Хочешь разрушить метафору, объясни ее». А на следующее утро объяснения Алексея очень хорошо усваивались слушателями. Мы с Алексеем делаем не НЛП, а нейролингвистическое РАСПРОГРАММИРОВАНИЕ, сказала я тогда одному из курсантов. В каждом человеке есть заложенные в него когда-то чужеродные для него программы. Именно они и вызывают со временем расстройства здоровья, жизненные нарушения. Их необходимо убрать, пусть человек сам создает для себя ту программу, которая подходит именно ему.

Меня спросил тогда кто-то из слушателей, медитирую ли я? «Зачем? Я живу осознанно» - ответила я. Со словами «осознание», «медитация» много запутанного. Даже какие-то тексты трансовые медитациями называют. Что это такое? Ошо назвал медитацию осознанностью. Быть включенным в жизнь, внимательным к жизни, любить и радоваться жизни. Вот и вся медитация. Я добавляю к ней НЕПРЕРЫВНОЕ ДЕЙСТВИЕ, НЕ СТОЯНИЕ НА МЕСТЕ.

ТЕЧЕНИЕ РЕКИ. ТАМ ГДЕ ВОДА СТОИТ, ОБРАЗУЕТСЯ БОЛОТО. ТОЖЕ ЖИЗНЬ, ТОЖЕ СВОЕ ЖИВОЕ ЦАРСТВО – ЛИЛИИ, КУВШИНКИ, ОСОКА, ЛЯГУШКИ, ЦАПЛИ, ВОДЯНЫЕ КРЫСЫ, ТОЖЕ СВОЙ ЗАПАХ ТУХЛОЙ ВОДЫ И СЕРОВОДОРОДА, СВОЯ ТИНА, ГРЯЗЬ, В МАЛЫХ ДОЗАХ ЦЕЛЕБНАЯ, А В ИБЫТКЕ ЗАСАСЫВАЮЩАЯ.

Каждый человек сам может выбрать, быть в его жизни реке или превратить ее в болото. КОМУ ЧТО НРАВИТСЯ.

Остановка происходит у человека тогда, когда он говорит себе и чувствует: Я ДОСТИГ. Совершенства в своем методе ли, положения ли, статуса ли, количества денег ли, да чего угодно. Когда человек начинает пожинать плоды или почивать на лаврах. И С ЭТОГО МОМЕНТА НЕТ ДВИЖЕНИЯ ВПЕРЕД, есть много разных действий, много хлопот по удержанию достигнутого, но ЭТО УЖЕ ОСТАНОВКА.

КОГДА ЕСТЬ ОЩУЩЕНИЕ, ЧТО Я ЕЩЕ НИЧЕГО НЕ СДЕЛАЛ В СВОЕЙ ЖИЗНИ, ЕЩЕ МНОГОЕ ХОЧУ СДЕЛАТЬ, ЕЩЕ МНОГОГО Я НЕ ЗНАЮ, ЕЩЕ МНОГОЕ Я ХОЧУ УЗНАТЬ - ЭТО ДВИЖЕТ ЧЕЛОВЕКА ВПЕРЕД. Это – спираль развития. Остановка – замкнутый круг.

В профессии психотерапевта работают не техники, не методы – работает каждый терапевт своим собственным организмом. И лучше знать изначально, что путь в нашей профессии – через тернии к звездам. Не к собственной звездности, а в безграничность. Когда терапевт работает каким-то методом, он ограничивает себя рамками этого метода. Своим клиентам он, конечно же, высокопрофессионально помогает. Но здесь две ловушки для такого психотерапевта. Он ограничен сам в своей внутренней реальности и ограничен круг его клиентов, кому подходит именно только этот метод. Его личная внутренняя реальность – лишь этот метод. Любые ограничения внутри приведут со временем к нарастанию внутреннего напряжения и к расстройствам в здоровье или в жизни. Будет взрыв – либо внутрь, либо наружу. Все методы психотерапии имеют свои показания и противопоказания. Терапевт ограничен и в способе заработать на жизнь, если он работает в какой-то одной модели психотерапии. Можно вполне безопасно преподавать в ВУЗЕ. Но когда терапевт постоянно работает с клиентами, лучше для него самого расширять свой профессионализм, обогащая себя новыми знаниями и новыми способами работы.

Картинка из жизни.

О ЖЕНЩИНЕ И ЕЕ СТРАХЕ ЗВОНИТЬ ПО ТЕЛЕФОНУ:

Мы работали на декаднике в Екатеринбурге. Была моя лента, Алексей сидел в круге, далеко сбоку от меня. На стул передо мной села женщина, Алексей ее видел тоже сбоку. Она сказала: «Я боюсь звонить по телефону. Даже чтобы узнать, где проходит декадник, я не смогла позвонить, мне пришлось уйти из дома, ехать в другой конец города, чтобы узнать всю информацию о декаднике. Я здесь уже посетила занятия одного психотерапевта, там я все для себя сделала. Он вчера уехал, у меня еще остался страх звонить по телефону. Я хочу здесь от него избавиться»

Я: «А кто звонит вместо тебя из дома, когда это сильно необходимо?»

Она: «…Муж…».

Я: «Когда ты хочешь уйти от своего мужа?»

Она, вспыхнув, замолчала. Через паузу: «Мне достаточно».

В перерыве она подошла ко мне и сказала: «Теперь я все сделала. Спасибо».

Алексей был просто поражен: «Как ты так сразу в точку попала? Я слушаю, что за нелепый страх, телефонного аппарата, что ли?». Я ему объясняю: «Леша, ты же сбоку сидел, поэтому ты не видел всю картинку. А я не только слышала, но и видела все – клиентка ведь передо мной. Она вспомнила про мужчину-психотерапевта, он ей понравился, жаль, что он вчера уехал, говорило ее лицо. О муже она вспомнила совсем с другим лицом. И все.».

Леша часто удивлялся: «Как ты видишь все? Я вот не вижу – я дискретный». В тот раз я сказала ему: «Ты, Алексей, **думаешь**, что ты не видишь. Это ведь ты меня научил когда-то смотреть всю картинку и не присоединяться к клиенту». Он меня услышал. С тех пор он себя «дискретным» больше не называл.

Как-то Алексей сказал мне: «Света, женщина-психотерапевт – это нонсенс. Ты – исключение», - засмеялся он. «У меня фамилие такое – не женское», - сказала я.

Дважды я слышала от моих клиентов слова: «Ты не женщина, ты – психотерапевт». В Перми и в Новосибирске. Это были молодые парни, перенесшие на меня свою несостоятельность в отношениях с женщинами их жизни. Один психотерапевт как-то сам о себе так сказал: « Я не мужчина, я психотерапевт». Алексей часто вспоминал мой ответ в Новосибирске: «НЕТ. Я – ЖЕНЩИНА-ПСИХОТЕРАПЕВТ», говорила я оба раза ребятам. В нашей работе необходимо четко знать, «кто я » – женщина или мужчина. Чтобы не возникало ненужных, мешающих ЧИСТОТЕ работы состояний влюбленности-привязанности

в паре «психотерапевт - клиент». Я была клиенткой у очень многих профессионалов, видела работу очень многих. Мужчины работают из головы все же больше, я работаю больше изнутри, от сердца, из чутья. Мне Алексей как-то сказал: «Света, нет метафоры для клиента, придумай ее». Я видела, как мастерски Леша придумывал своим клиентам подходящие метафоры про надутые шины автомобиля для снятия внутреннего напряжения, про растворение сахара в стакане – для растворения желчных камней, про удаление ножницами ненужных кадров из отснятой пленки. Я честно пыталась придумывать из головы метафоры, у меня ничего не получалось – я вспоминала придуманные Лешей метафоры или метафоры Милтона Эриксона, пыталась их использовать, но это не годилось к моим клиентам. Я УБЕДИЛАСЬ, ЧТО ВСЕ СЛУЧАЕТСЯ В ЖИЗНИ ОДИН ТОЛЬКО РАЗ, повторить невозможно, повторы – это лишь бледная копия чего-то. Я увидела, что мне легко вспомнить что-то похожее - из жизни ли картинку, из моей работы ли. Придумывать я не способна, такого таланта мне Бог не дал. Все мои метафоры в работе примерно такие «Однажды я работала с клиенткой или с клиентом…» или «Однажды я видела или слышала…».

ИНТУИЦИЯ – то, что есть у меня. Я ВНИМАТЕЛЬНО СМОТРЮ И ВИЖУ. Все очень просто. Многие говорят об интуиции, подразумевая НЕЧТО эфемерное, мистическое, загадочное. «Внутреннее чутье, догадка, проницательность, основанная на предыдущем опыте»,- есть такое определение интуиции. А само слово от латыни очень простое – СМОТРЕТЬ И ВИДЕТЬ. (intueri – внимательно смотреть). И все. ВСЯ ИНТУИЦИЯ. Любой психотерапевт, **кто сам захочет,** может легко стать интуитивным, ведь психотерапия без интуиции как сухой пресный сухарь во рту застревающий. НЕВКУСНО, хотя чем-то может быть и полезно. **Любой профессионал может ЯСНО ВИДЕТЬ. Для этого нужно просто ВНИМАТЕЛЬНО СМОТРЕТЬ. И БЫТЬ НЕПРЕДВЗЯТЫМ. ПУСТЫМ.** НЕ ОБДУМЫВАТЬ ПРОИСХОДЯЩЕЕ, ПОДГОНЯЯ ПОД СВОИ ЗНАНИЯ. НЕ БЫТЬ В ТИСКАХ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ КАКОГО-ТО МЕТОДА, КАКОЙ-ТО ФИЛОСОФИИ, КАКОГО-ТО УЧЕНИЯ. Ясно видеть глазами – вот и все ясное видение. Незачем пугаться этого слова. Через глаза видящие поступает в организм вся информация. Через не видящие – не поступает. Видеть можно только когда светло. В абсолютной темноте глазам не видно. Поэтому ВИДЯЩИЕ ЛЮДИ видят свет. Не видящие люди свет не видят. Алексей был видящим. Те, кто его знают, могут вспомнить **как** смотрели его глаза в работе с клиентом. Как он утилизировал и вздох клиента, и побежавшую слезу. Это может делать только видящий терапевт.

Очень много подарков людям Алексей сделал в своей жизни. Он любил дарить, ничего не требуя взамен.

Его очень простая небольшая уникальная книга психотерапевта-практика «Купи меня. Книга о гипнозе» вышла в 1999 году, мы с ним вместе стали продавать свои книжки впервые на Павлодарском декаднике в августе. Какой Алексей сам легкий человек, так же легко, смешно написана его книга. Читать ее и учиться по ней – одно удовольствие. В его книге есть его «песни психотерапевта», и правила их исполнения, и его истории из практики, его рассказы о тонкостях терапии в трансовом состоянии. Шикарная книга. Я научилась у Алексея очень многому. Быть очень внимательной к своим словам, слышать **каждое** свое слово, говорить широко и размыто, давая клиенту простор для его выбора. Научилась утилизировать все происходящее, свободно пропускать сквозь себя все посторонние звуки, не вникая в речь многословных клиентов. Научилась получать четкую заявку от клиента, возвращать ее обратно в очищенном виде. Мне были в подарок знаменитые слова Алексея: «Если Вы хотите сделать свою речь мертвой, почаще говорите слово «как бы». Именно через них я спустя годы стала различать живые и мертвые слова, стала работать с живой информацией Вселенной. Именно Алексей подарил мне основы той психотерапевтической гомеопатии, которую я теперь делаю. Через Алексея я увидела, как происходит включение и отключение проверяющего ума, какими способами причиняется вред человеку, увидела, как можно помочь каждому желающему избежать любое скрытое чужеродное вредное воздействие. Благодаря его названию «песни психотерапевта», я стала исполнять свои песни, не повторяясь в их текстах. Он подарил мне свои слова: «Не нужно решать свои личные проблемы за счет клиента и за его же деньги». Есть в его текстах гениальные слова о скрытом смысле и скрытом смысле скрытого смысла, об умении помнить и умении не помнить. Сам Алексей именно этим «умением не помнить» и помогал себе, так как в его внутренней реальности оно было. Ему проще было не помнить, чем помнить все, что может не нравится. Причем, это происходило у Леши очень легко, он действительно быстро забывал многое. Я так не умею, я не забываю пока не сделала, не сказала, не закончила дело полностью. Я просто все до конца проживаю и действую. Чтобы мусор в теле не накапливался, я говорю все свои слова вовремя, что думаю, то и говорю. Иначе я заболею. Когда человек думает одно, а говорит совсем другое – он рано или поздно обязательно заболеет. Все что не сказано, остается в теле. Мне лично для моего здоровья необходимо быть пустой. Когда я пуста, во мне и рождается новая книга, новые мои способности, новые интересные идеи. А иначе откуда? Из старого мусора многолетнего невозможно хорошему родиться. Память – это чистая функция ума, не помнить – это из памяти ума вытесненное, но в теле

своем сохраненное. Если бы мы помнили все неприятное, что было с нами в нашей жизни, у нас просто не было бы возможности жить. Все, что пришлось нам умом забыть, осталось в нашем теле и хранится и накапливается в нем до какого-то критического уровня. Этот неприятный груз неприятностей с годами все больше и больше, ум о них забыл, а тело тяжелеет и заболевает. Лучше (и это вполне возможно) проживать все свои чувства полностью и своими действиями своевременно освобождаться от груза неприятностей. Так лучше и для души, и для тела, и для здоровья, и для жизни. Естественно это делать лучше так, чтобы другие люди не страдали вокруг. ПОСКОЛЬКУ ВЕРНЕТСЯ ВСЕ ИСТОЧНИКУ В СВОЕ ВРЕМЯ.

У всех своих ушедших из жизни коллег я чему-то научилась. У Александра Малышева я научилась много лет назад выходить из манипуляций, чего бы мне это ни стоило. Он проводил в Кустанае в 1994 году свой странный тогда для меня гештальт-тренинг «постройте свою проблему молча». Меня удивило, что участники действительно строили скульптуры «своих проблем». Саша запретил выходить из круга, запрет был жестким «нельзя выходить раньше, иначе умрете». Когда очередь дошла до меня, я просто расставила всех участников на первоначальные места. После меня следующий опять стал возводить пирамиду из нас. Это мне скоро надоело, я пару раз всех рассаживала, ну, хватит уже. После меня – снова гора из тел. После того, как меня в центре фигуры чьей-то проблемы перевернули вниз головой, я забрала свою сумку и ушла, разозленная: «Я лучше сдохну, чем дам себя вертеть в разные стороны». После того декадника я впервые месяц пролежала. Сначала была злость на Сашу - «вот ведь заякорил». Во сне я тогда увидела слова для себя «Психотерапия – это от лукавого», решила бросить психотерапию на-фиг. Проживая свой «тупик» (я шла тогда путем гештальт-терапии), достаточно тяжелый, я почувствовала, что живу и знаю, что выживу. Решила, что пора не спрашивать других тренеров, о чем сама не знаю толком, а работать на декадниках самой, и самой искать ответы на свои вопросы. Я в то время работала через ум, умственно, от ума лукавого. Поэтому и сон такой увидела тогда. Гештальт-терапию я выбрала, благодаря Андрею Дорошенко, в его исполнении я увидела ее впервые. И много лет она была моей внутренней реальностью. Тупики мои были тяжелы и мучительны. Но каждое такое проживание силу мне добавляло. Какой ценой, правда. Но тогда я другого пути не знала. Встреча с холотропным дыханием у меня была еще впереди. Александру Малышеву я после своего первого тяжелого тупика была благодарна именно за его жесткие слова: «Я не умерла, выжила. Сила есть». И стала я тренером на следующем декаднике в Кустанае. Павел Бутенко из Павлодара был нашим с Алексеем другом. В этом человеке я видела беззаветную преданность Ученика Алексею, у которого Павел научился работать (тех, кто себя учениками называл немало я видела, а благодарных по-настоящему и преданных Учеников знаю только двух.). Душевное благородство, кристальная чистота его Души, скромность, безграничная доброта и верность семье, дружбе, делу. Такое, к сожалению, редко встречается в жизни.

Особо хочу сказать о т.н. ресурсных состояниях. Алексей Дериев первый показал мне трансперсональную, «сквозь ум» терапию. Его простая и эффективная работа с телом клиента, без требования «осознай», «я говорю это не тебе, а твоему телу, оно меня слышит, наше тело очень мудрое, оно помнит нас во все мгновения жизни, оно помнит нас, когда мы были довольны собой и слышали какие-то приятные слова людей». Я удивилась очень – так я не смотрела. Вечное недовольство собой меня как-то вело вперед, желание стать лучше, свободнее внутри, чище душою, мне помогало стремиться и двигаться вперед. Я увидела, что я тоже бываю иногда довольна собой… Мне тогда нужно было увидеть и это. И все же использование так называемых «ресурсных состояний» в психотерапии ИСЧЕРПЫВАЕТ внутреннюю силу человека. Это мы с Анной Барг проверили два года назад на себе. Я как-то давно и сразу чувствовала, что в дне сегодняшнем мне силы не дает приятное воспоминание из моего прошлого. Видела, и на своих клиентах, что это работает кратковременно. А почему, мне стало ясно недавно лишь. НЕЛЬЗЯ ИЗ СВОЕЙ СТАРОЙ СИЛЫ ДЕЛАТЬ СИЛУ НОВУЮ. ЗАЧЕМ С МЕСТА НА МЕСТО ОДНО И ТО ЖЕ ПЕРЕНОСИТЬ? НЕ НУЖНО СЕБЯ ИСЧЕРПЫВАТЬ. ПУСТЬ ИЗ НОВОЙ СЛАБОСТИ РОДИТСЯ НОВАЯ СИЛА. ТОГДА ВСЯ СИЛА ЧЕЛОВЕКА РАСТЕТ С КАЖДЫМ ЕГО НОВЫМ ДЕЙСТВИЕМ В НОВОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ. Когда психотерапевт с клиентами часто использует такую работу с «ресурсными состояниями», он волей-неволей сам себя и исчерпывает. Клиент пришел и ушел, а терапевт живет в своей внутренней реальности постоянно. Если терапевт много работает с клиентами, если работа с клиентом не его хобби в свободное от основной какой-то работы время, то необходимо пополнять свой сундучок с инструментами, как говорил Леша. К разным клиентам подходят самые разные методы работы. Алексей очень много работал с клиентами. Использовал и ресурсные состояния, и умение не помнить, и делал трансовое дыхание, найдя способ не включаться самому в процесс, когда клиент дышит в наушниках. Но во время интенсивного терапевтического дыхания из человека всегда выходит внутреннее напряжение, накопленный внутри мусор струится или темными струйками или прорывается в разном виде, вплоть до т.н. темных сущностей.

Именно такая работа самая небезопасная для ведущих ее. Именно в такой работе психотерапевту необходимо быть пустым, необходим свой внутренний СВЕТ, чтобы не брать на себя чужое. Станислав Гроф описал, например, свою работу с клиенткой, из которой выходило «нечто», искажались до неузнаваемости черты ее лица и пр. Он в это время просто сам стал СВЕТОМ, себя и клиентку окружил СВЕТОМ. Все вышло и в СВЕТЕ ИСЧЕЗЛО. Я в своей работе видела и делала много подобного. Экзорсизм для трансперсонального психотерапевта вполне возможен при отсутствии у него страха. СВЕТ - ЭТО ЛЮБОВЬ. Темнота и страх в СВЕТЕ исчезают полностью. Я говорю лишь о том, что я сама проверила на себе и в своей работе. Что такое трехчасовая дыхательная сессия холотропного дыхания я хорошо знаю. Я много дышала их в течение двух лет с 1999 года. Сама год делала с людьми классическое холотропное дыхание, потом стала делать трансперсональные трехдневные интенсивы Новой Формы Работы. С ноября 2002 г. по август 2004 г. мы с Анной Барг провели 61 интенсив. Эти цифры о многом говорят сами за себя.

Именно поэтому я удивляюсь, что **просветление действительно редкость в нашей профессии.** БЕЗ СВЕТА невозможно работать, например, в интенсивной терапии с дыханием. В умственной, аналитической психотерапии можно. Ум наш придумывает несуществующую реальность, он там плутает-путает, где глазами не видно. Можно думать и с закрытыми глазами о чем угодно, хоть о проблемах, хоть о духовном развитии, хоть о планах на завтра или на год вперед, о любых благих намерениях. Уму свет и не нужен.

Психотерапевту любого направления всегда поможет простое правило самосохранения – СВОЕ ЛИЧНОЕ ЗДОРОВЬЕ ПРЕЖДЕ ВСЕГО. Нельзя терять свое здоровье, чем и как тогда жить и работать?

Я много лет в профессии, и на своем собственном опыте убеждена, что психотерапевт должен быть здоров, красив и богат. Молодым, начинающим профессионалам необходимо это знать в начале пути. Мы шли вслепую почти, искали сами, шишек много набили. Каждому из нас бить свои шишки, конечно. Но кое-чего можно избежать. Быть внимательным к себе самим изначально. **Лучше увидеть свет далеко идущего автомобиля, чем увидеть его перед своим носом, угодив под его колеса. Тогда есть возможность сесть в этот автомобиль и ехать в нем в новые путешествия…**

А СВЕТ УВИДЯТ ВСЕ. На мой взгляд, все же лучше ЗАХОТЕТЬ К СВЕТУ, чем увидеть его неожиданно… Но каждый сам выбирает. Здесь чужой опыт не поможет.

МОЕ У МЕНЯ
Светлана Фридрик
24 октября 2005 г.

РЕЗЮМЕ

К ВОПРОСУ О ВЗАИМОСВЯЗИ НЕКОТОРЫХ СИМПТОМОВ И ФАКТОРОВ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ С ПОГЛАЖИВАНИЯМИ

В. М. Волобаев

Сложность проблемы эмоционального выгорания до сих пор не позволяет установить характер специфических связей между многообразными проявлениями синдрома эмоционального выгорания и вызывающими его факторами. Несмотря на то, что выгорание не научный конструкт, а всего лишь метафора, в настоящее время оно удостоено диагностического статуса. Под «выгоранием» понимается состояние физического, эмоционального и умственного истощения, проявляющееся в различных профессиях. Этот синдром включает в себя: эмоциональную истощенность, деперсонализацию и редукцию профессиональных достижений. Цель проведенного нами исследования заключалась в попытке определить соотношения между поглаживаниями, и основными симптомами и факторами выгорания. С учетом факторов приводящих к синдрому эмоционального выгорания и его основных симптомов была разработана анкета, при помощи которой, методом случайной выборки, было обследовано 143 педагога школ г. Ульяновска.

ТЕТУРАМОВЫЙ ПСИХОЗ

Г. Т. Бектаева, К. С. Туракулова

С 1947 года по настоящее время тетурам прочно вошел в наркологическую практику как один из наиболее эффективных средств для создания так называемого «химического барьера» против алкоголя. По химическому строению тетурам является тетраэтилтиурамдисульфидом, который задерживает окисление алкоголя в организме на фазе ацетальдегида, блокируя фермент ацетальдегидроксидазу, способствуя переходу ацетальдегида в уксусную кислоту. Поэтому прием алкоголя на фоне действия тетурама ведет к увеличению концентрации ацетальдегида в крови, что проявляется острой токсической реакцией. В ходе применения тетурама, как одного из сенсибилизирующих средств к алкоголю, также возникали различного рода побочные явления, среди которых наиболее серьезным осложнением является тетурамовый психоз. Данное состояние возникает при применении больших доз тетурама. Естественно, в первые годы применения тетурама широко распространилось мнение, что без сочетания с алкоголем, сам тетурам безвреден. Но практика показала обратное.

О СЛУЧАЕ НЕЙРОСИФИЛИСА У АКЦЕНТУИРОВАННОЙ ЛИЧНОСТИ

Е. К. Данияров, В. И. Шушкевич, Г. З. Уразгалиева, М. Т. Касимова, Г. М. Кирьякова

В статье проанализирован случай из медицинской практики, описывающий клинику нейросифилиса у акцентуированной личности.

Рекомендован обращать внимание на лиц из т.н. группы риска, особенно у личностей, сочетающих эпилептоидную тяжеловестность с маниакальной подвижностью.

ПРИМЕНЕНИЕ СТ. 98, 108 УК РК – «УБИЙСТВО, СОВЕРШЕННОЕ В СОСТОЯНИИ АФФЕКТА» И «ПРИЧИНЕНИЕ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ В СОСТОЯНИИ АФФЕКТА»

Г. М. Кудьярова, А. Ж. Кудайбергенова

Согласно ст. 98 УК РК – Убийство, совершенное в состоянии внезапно возникшего сильного душевного волнения (аффекта), вызванного насилием, издевательством или тяжким оскорблением либо иными противозаконными или аморальными действиями (бездействием) потерпевшего, а равно длительной психотравмирующей ситуацией, возникшей в связи с систематическим противоправным или аморальным

поведением потерпевшего, - наказывается ограничением свободы на срок до трех лет, или арестом на срок до шести месяцев, или лишением свободы на срок до трех лет.

Основные сложности, связанные с судебно-психологической оценкой аффекта, обусловлены тем, что в новом Уголовном кодексе Республики Казахстан, принятым 16 июля 1997 года, содержится ряд изменении, значимых для практики судебно-психологической и комплексной судебной психолого-психиатрической экспертиз, - и особо важное значение имеет новая редакция ст. 98 УК РК, касающейся квалификации так называемых «аффективных» преступлений, т.е. преступлений, совершенных виновным под влиянием выраженных эмоциональных реакций. Актуальность дифференцированного правового подхода к оценке таких правонарушений не вызывает сомнений – криминологи отмечают, что число убийств, совершенных в состоянии «сильного душевного волнения» увеличивается в последние годы опережающими темпами, и связывают это с ростом противозаконных посягательств на правомерно ведущих себя граждан.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ИКСЕЛ» (МИЛНАЦИПРАНА) В ЛЕЧЕНИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

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

Депрессивные расстройства относятся к одному из наиболее распространенных видов психической патологии, протекающей как на непсихотическом, так и на психотическом уровнях. Несмотря на то, что депрессия является психическим расстройством, большая часть случаев проявившейся депрессии не попадает в поле зрения психиатра. И хотя современная психиатрия располагает довольно эффективными средствами терапии депрессивных расстройств, начатое лечение, не всегда бывает достаточно адекватным. Каждый из антидепрессивных препаратов обладает своими особенностями спектра психотропной активности, которые обязательно должны учитываться в процессе терапии. Теория патогенеза развития депрессии предполагает дисбаланс серотонина норадренергических систем мозга, в развитии депрессии задействованы практически все известные нейрометаболические механизмы. Клиническую картину скорее определяет преобладание нарушений в той или иной нейромедиаторной системе. Из этого следует, что появление новых групп антидепрессантов, обладающих селективным действием на нейрональные структуры головного мозга, позволило более дифференцированно подходить к терапии депрессивных расстройств. Одним из таких антидепрессантов является препарат «Иксел» (милнаципран), который появился сравнительно недавно в арсенале психофармакологических средств, применяющихся психиатрами Казахстана.

КОАКСИЛ В ТЕРАПИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ

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

Современная психиатрия располагает довольно эффективными средствами терапии депрессивных расстройств. Однако не все больные получают лечение антидепрессантами. Не вызывает сомнения тот факт, что причина этого кроется в трудностях диагностики, особенно в лёгких и атипичных случаях. Но и в тех случаях, когда лечение проводится, оно не всегда бывает достаточно адекватным. Каждый из антидепрессивных препаратов обладает своими особенностями спектра психотропной активности, которые обязательно должны учитываться в процессе терапии.

Нами было проведено клиническое исследование препарата «Коаксил». Коаксил является представителем трициклических антидепрессантов сложной химической структуры. Как следует из литературных источников: данный препарат обнаружил отчётливые тимоаналептический и анксиолитический эффекты без лишней седации. По данным параметрам его скорее относят к группе антидепрессантов сбалансированного действия. И так как по силе тимоаналептического действия он уступает классическим трициклическим антидепрессантам, его основным показанием к применению служат не резко выраженные тревожные состояния различного генеза, в том числе в гериатрической и соматической практике. С учётом этих данных нами была проведена оценка эффективности тимоаналептического и анксиолитического действия препарата.

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

А. А. Марашева

Основная проблема заключается не в количестве получаемой информации о психоактивных веществах, а в качестве и особенности восприятия данной информации, в зависимости от сформированности свойств антинаркотической устойчивости у детей. Особенностью формирования свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости в младшем школьном возрасте является их тесная связь с условиями воспитания и характеристикой межличностных отношений в семье ребенка с прямой зависимостью рисков вовлечения в потребление психоактивных веществ со степенью деструктивности семьи.

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ И ПЕРЦЕПТИВНОЕ ВОСПРИЯТИЕ ТЕЛЕПРОГРАММ СТУДЕНТАМИ, НАХОДЯЩИХСЯ В СОСТОЯНИИ НАРКОЗАВИСИМОСТИ. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ.

С. В. Персиянцева

Целью проведенного исследования является анализ влияния индивидуально-психологических особенностей наркозависимых студентов на восприятие телепередач. Опираясь на существующие в психологической науке теоретические положения и анализ реальной ситуации, в условиях телевизионного просмотра, нами рассматривалась гипотеза о существовании связи между наркотической и телевизионной зависимости.

СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ЛИЧНОСТИ В НАРКОЛОГИИ

Б. А. Шахметов

Сложное, но реальное и конкретное понятие личности имеет социально-психологическую и материальную, биологическую, нейрофизиологическую основу. Она включает в себя понятия – генотип, фенотип, темперамент, характер, тип высшей нервной деятельности, способности, направленность и др.

Любая личность при всей своей сложности и неповторимости имеет общее для всех людей строение, включающее в себя четыре составные части. Это социально-обусловленные свойства и качества – мировоззрение, направленность интересов, моральные характеристики. Во-вторых – биологически обусловленные параметры – задатки, инстинкты, темперамент и др. В-третьих – особенности отдельных психических процессов. И, в-четвертых – опыт, накопленные знания, навыки, умения и привычки. Разумеется, не все черты личности равнозначны, но наиболее существенным является взаимосвязь всех черт в единое целое.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Н. М. Бекенова

Цель исследования - выявить начальные признаки расстройств поведения личности не превышающие «порога допустимого» для реализации личностно-ориентированной психопрофилактики, где личные проблемы стимулируют подростка к позитивной активности (творчеству, достижениям).

ОБЩИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ В ДИНАМИКЕ СОСТОЯНИЯ, ПОВЕДЕНИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЛЮДЕЙ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ С ВИТАЛЬНОЙ УГРОЗОЙ. ДЕБРИФИНГ. ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСТРАДАВШИХ. ЧАСТЬ 1.

М. М. Решетников

В публикации определены основные аспекты состояния, поведения и деятельности людей в процессе и после экстремальных ситуаций с витальной угрозой, связанных с одновременной утратой близких (особенно родственников и детей) и намечены основные направления профилактической, терапевтической и реабилитационной деятельности специалистов, а также приведены некоторые данные, позволяющие планировать расчет сил и средств для осуществления всего комплекса специальных мероприятий.

ДЕТИ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ В ОБЩЕМ РЕЖИМЕ ДЕТСКОГО САДА

М. С. Соковнина

В этой статье речь пойдет о детях, которые зачастую оказываются наиболее трудными для воспитателей детских садов. Они создают наибольшее количество проблем, как для себя самих, так и для своих родителей, для детей в группе и для воспитателей. Как правило, в каждой группе детского сада находится 1-2 таких ребенка, но есть и несколько других, у которых проблемы выражены мягче, но тоже требуют внимания. По данным различных исследователей таких детей в популяции не менее 30 процентов.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИСЦИПЛИНЫ ЛЕЧЕНИЯ И МОТИВАЦИИ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Е. В. Сухова, В. Н. Барсуков, М. Ю. Гнездилова

Вопрос о психологических аспектах дисциплины лечения и мотивации выздоровления больных туберкулезом легких в литературе не отражен. Целью проведенного исследования явилось изучение факторов, снижающих дисциплину лечения больных туберкулезом и возможностей повышения мотивации к лечению. Было проведено обследование 244 больных с инфильтративным и фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, находящихся на стационарном лечении, взятых методом сплошной выборки, жителей Самарской области, в возрасте от 22 до 56 лет. Применялись тест Бека и специальная анкета, состоящая из 34 утверждений (рационализаторское предложение Самарского военно-медицинского института). Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью программы SPSS, 12.0 версии. Результаты показали, что у больных туберкулезом имеются депрессивные расстройства. Их выраженность коррелирует с длительностью течения туберкулезного процесса. Наиболее частыми факторами, снижающими дисциплину лечения больных туберкулезом, являются: побочное действие противотуберкулезных препаратов, финансовые трудности, осложнения от лечения, болезненность процедур, усталость от длительного лечения и больничного окружения. Страх перед возможными осложнениями терапии, болезненность процедур также снижают дисциплину лечения. Для преодоления страха требуется разъяснительная работа с маловнушаемыми больными или прямое внушение тем пациентам, которые легко внушаемы. Для уменьшения эмоционального, переживательного компонента боли, связанной с некоторыми процедурами, желательно применять разъяснение, внушение, а также мануальное и аудио- воздействие. Оценку собственного лечения как эффективного, доверие к лечащему врачу, стремление к информированности возможно использовать для повышения мотивации к лечению.

ОСОБЕННОСТИ СУБКУЛЬТУРЫ ДОШКОЛЬНИКОВ

М. С. Шумейко

Представлены результаты эмпирического изучения особенностей субкультуры дошкольников. В исследовании, проведенном на выборке из 80 испытуемых, получены результаты, подтверждающие, что, во-первых, особенности субкультуры дошкольников в основном сходны независимо от регионов проживания в странах СНГ. Во-вторых, анализируются такие составляющие детской субкультуры, как представления старших дошкольников о возрастных сообществах, ценностные ориентации на переход в будущем в сообщества школьников и взрослых; референтные лица, участвующие в социализации детей 5-7 лет.

Ключевые слова: «детская субкультура», «социальная психология детства», «образовательная среда», «возрастные сообщества», «ценностные ориентации», «референтные лица».

ПРИМЕНЕНИЕ БЕНЗОДИАЗЕПИНОВ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА СКОРОЙ ПОМОЩИ

Л. П. Капустянская, Ш. Т. Игуфарова, А. Н. Корниенко

За почти пятидесятилетнее существование бензодиазепины не потеряли своей актуальности в терапии как острых, так и хронических заболеваний. Наряду с сердечно-сосудистыми и НПВ препаратами бензодиазепины считаются самой часто назначаемой группой препаратов.

Высокая эффективность, быстро наступающий терапевтический результат после введения их больному, низкий процент побочных действий доказали оправданность их применения в условиях оказания экстренной медицинской помощи.

ИСТОРИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКОЙ ПЕРСОНОЛОГИИ

Б. А. Шахметов

Персонология – относительно новая научная дисциплина, имеющая глубокие исторические корни. Живой интерес к различным сторонам человеческого существования, его поведения вполне естественен и закономерен для пытливого разума. В данной статье описаны 3 этапа в истории учения о личности.

SUMMARY

TO A QUESTION ON INTERRELATION OF SOME SYMPTOMS AND FACTORS OF EMOTIONAL BURNING WITH EFFLEURAGES

V. M. Volobaev

Complexity of the problem of emotional burning does not allow to establish character of specific connections between diverse displays of the emotional burning syndrome and factors causing it. In spite of the fact that burning not scientific construct, and only a metaphor, now it is awarded with the diagnostic status. «Burning» is understood as the condition of a physical, emotional and intellectual exhaustion shown in various trades. This syndrome includes: emotional weakness, depersonalization and reduction of professional achievements. The purpose of the research carried out by us consist in attempt to define a ratio between effleurages, both the basic symptoms and factors of burning. In view of factors resulting in the emotional burning syndrome and its basic symptoms the questionnaire was developed, and with the help of it 143 teachers of schools of Ulyanovsk was surveyed with the method of casual sample.

THE DESULFIRAM PSYCHOSIS

G. T. Bektaeva, K. S. Turakulova

Since 1947 on present time the desulfiram has strongly come in narcological practice as one of the most effective means for creation so-called «a chemical barrier» against alcohol. On a chemical structure the desulfiram is tetraethylsulphide which detains oxidation of alcohol in an organism on an acetaldehyde phase, blocking enzyme acetaldehyderoxydaze, promoting transition of acetaldehyde in an acetic acid. Therefore reception of alcohol on a background of action of the desulfiram conducts to increase of concentration of acetaldehyde in blood that is shown with sharp toxic reaction. During application of the desulfiram as one of sensibilizer to alcohol, also there were a various sort by-effects among which the most serious complication is the desulfiram psychosis. The given condition arises at application of the big dozes тетурама. Naturally, in the first years of application of the desulfiram the opinion was widely distributed, that without a combination to alcohol, the desulfiram is harmless. But practice has shown the opposite.

ABOUT A CASE OF NEUROSYPHILIS AT ACCENTUATED PERSONALITY

E. K. Daniyarov, V. I. Shushkevich, G. Z. Urazgalieva, M. T. Kasimova, G. M. Kiryakova

In the article the case from the medical practice, describing clinic of neurosyphilis at accentuated personality is analysed.

Is recommended to pay attention on persons from so-called group of risk, it is especial at the persons combining epileptogenic heaviness with manic mobility.

APPLICATION OF ITEMS 98, 108 OF CRIMINAL CODE RK - «MURDER ACCOMPLISHED IN AFFECT» AND «CAUSING OF HARM TO HEALTH IN AFFECT»

G. M. Kudyarova, A. Zh.Kudaibergenova

According to the item 98 of criminal code RK - Murder accomplished in a condition of suddenly arisen strong emotional excitement (affect), caused by violence, mockery either the heavy insult or other illegal or immoral actions (inactivity) of the victim, and equal long psychologic traumatic situation which has arisen in connection with regular illegal or immoral behavior of the victim, - is punished by restriction of freedom for the term of till three years, or arrest for the term of about six months, or imprisonment for the term of till three years.

The basic complexities connected to a judicial-psychological estimation of affect, are caused by that the new Criminal code of Republic of Kazakhstan, accepted on July, 16, 1997, contains a number of changes, significant for practice judicial-psychological and complex judicial psychological-psychiatric examinations, - and new edition of the item 98 of criminal code RK, concerning qualification of so-called «affective» crimes, i.e. the crimes accomplished guilty under influence of expressed emotional reactions has especially important value. The urgency of the differentiated legal approach to an estimation of such offences does not cause doubts - criminologists mark, that the number of the murders accomplished in a condition of «strong emotional excitement» is increased last years with outstripping rates, and connect it to growth of illegal encroachments on legally behaving citizens.

APPLICATION OF PREPARATION «EXEL» IN TREATMENT OF DEPRESSIVE DISORDERS

G. M. Kudyarova, B. B. Dzharbusynova, V. S. Boiko

Depressive disorders concern to one of the most widespread kinds of the mental pathology preceding both on non psychotic, and on psychotic levels. In spite of the fact that depression is mental disorder, the most part of cases of the shown depression does not get in sight the psychiatrist. And though the modern psychiatry has rather effective means of therapy of the depressive disorders, it happens that the begun treatment is not always adequate enough. Each of antidepressive preparations has the features of a spectrum of psychotropic activity which necessarily should be taken into account during therapy. The theory of a pathogeny of development of depression assumes disbalance of serotonin in noradrenergic brain systems, all known neurometabolic mechanisms are involved in development of depression practically. The clinical picture is defined faster with prevalence of disturbances over this or that neuromediator system. This implies, that occurrence of new groups of the antidepressants having selective action on neuronal brain structure, has allowed approaching to therapy of depressive disorders more differentially. One of such antidepressants is preparation «Exel» which has appeared rather recently in an arsenal of psychopharmacologic means used by psychiatrists of Kazakhstan.

COAXIL IN THERAPY OF ANXIOUS-DEPRESSIONS

G. M. Kudyarova, B. B. Dzharbusynova, V. S. Boiko

The modern psychiatry has rather effective means of therapy of depressive disorders. However not all patients receive treatment with antidepressants. The fact does not cause doubt, that the reason of it is covered in difficulties of diagnostics, especial in easy and atypical cases. But also when treatment are carried out, it not always happens adequate enough. Each of antidepressive preparations has the features of a spectrum of psychotropic activity which necessarily should be taken into account during therapy.

We carried out clinical research of preparation «Coaxil». Coaxil is the representative of tricyclic antidepressant of complex chemical structure. As follows from references: the given preparation has found out distinct thymoanaleptic and anxiolytic effects without superfluous sedation. On the given parameters of it they carry it to group of antidepressants of the balanced action. And as on force of thymoanaleptic effect it concedes to classical tricyclic antidepressants. In view of these data we carried out an estimation of efficiency of thymoanaleptic and anxiolytic actions of the preparation.

THE SOCIAL-PSYCHOLOGICAL ASPECT INFLUENCING FORMATION OF PROPERTIES OF ANTINARCOTIC RESISTANCE AT CHILDREN OF YOUNGER SCHOOL AGE

A. A. Marasheva

The basic problem consists not in quantity of the received information about psychoactive substances, and in quality and feature of perception of the given information, depending on formation of properties of antinarcotic resistance at children. Feature of formation of properties of psychological health - antinarcotic resistance at younger school age is their close connection with conditions of education and the characteristic of interpersonal relations in family of the child with direct dependence to risk of involving in consumption of psychoactive substances with a degree of destructiveness of families.

EMOTIONAL AND PERCEPTIVE PERCEPTION OF TELEPROGRAMS BY THE STUDENTS WHO HAS DRUG ADDICTION. PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION.

S. V. Persiyantseva

The purpose of the carried out research is the analysis of influence of individual-psychological features of drug addicted students on perception of telecasts. Basing on theoretical positions existing in a psychological science and the analysis of a real situation, in conditions of television viewing, we considered a hypothesis about existence of connection between drug and television dependence.

THE STRUCTURAL ANALYSIS AND PSYCHOSOMATIC MODEL OF THE PERSON IN A NARCOLOGY

B. A. Shahmetov

Complex, but real and the concrete concept of the person has social-psychological and material, biological, neurophysiologic basis. It includes concepts - a genotype, a phenotype, temperament, character, type of higher nervous activity, ability, an orientation etc.

Any person at all complexity and originality has the common structure for all people, including four components. It socially-caused properties and qualities - outlook, an orientation of interests, moral characteristics. Second - biologically caused parameters - inclinations, instincts, temperament etc. Thirdly - features of separate mental processes. And, fourthly - the experience, the saved up knowledge, skills and habits. Certainly, not all features of the person are equivalent, but the most essential is the interrelation of all features in a single whole.

THE PSYCHOLOGICAL FACTORS OF BEHAVIOUR DISORDERS OF ADOLESCENTS

N.M. Bekenova

The purpose of the researching is to reveal the first signs of behavior frustration of the individual no more “threshold of permissible” for the realization of individual-oriented psychological prevention where the personal problems stimulate the juvenile to the positive activity (creativity achievements).

THE COMMON LAWS IN DYNAMICS OF A CONDITION, BEHAVIOR AND ACTIVITY OF PEOPLE IN EXTREME SITUATIONS WITH VITAL THREAT. DEBRIFING. THE REMOTE CONSEQUENCES AND REHABILITATION OF VICTIMS. PART 1.

M. M. Reshetnikov

In the publication the basic aspects of a condition, behavior and activity of people in process and after extreme situations with the vital threat are determined, connected to simultaneous loss of relatives (it is especial relatives and children) and the basic directions of preventive, therapeutic and rehabilitation activity of experts are planned, and also some data are given, allowing to plan calculation of forces and means for realization of all complex of special actions.

CHILDREN WITH A LUCK ATTENTION SYNDROME IN THE COMMON MODE OF A KINDERGARTEN

M. S. Sokovnina

In this article the question is children who frequently are the most difficult for tutors of kindergartens. They create the greatest quantity of problems, both for themselves, and for the parents, for children in group and for tutors. As a rule, there are 1-2 children in each group of a kindergarten, but there are and a little others at which problems are expressed more softly, but demand attention too. According to various researchers there are not less than 30 percents of such children in a population.

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF DISCIPLINE OF TREATMENT AND MOTIVATION OF RECOVERY OF CONSUMPTIVES

E. V. Suhova, V. N. Barsukov, M. Ju. Gnezdilova

The question on psychological aspects of discipline of treatment and motivation of recovery of consumptives in the literature is not reflected. The purpose of the carried out research was studying the factors lowering discipline of treatment of patients with tuberculosis and opportunities of increase of motivation to treatment. Inspection of 244 patients with infiltrating and fibrocavernous tuberculosis, being in the hospitalization, taken with a method of continuous sample, inhabitants of the Samara region, in the age of from 22 till 56 years was carried out. Beck's test and the special questionnaire consisting of 34 statements (the efficiency proposal of the Samara military-medical institute) were applied. Statistical processing of the received results was carried out with the help of program SPSS, 12.0 versions. Results have shown, that patients with tuberculosis have depressive disorders. Their expressiveness correlates with duration of current of tubercular process. The most often factors lowering discipline of treatment of patients with tuberculosis are: collateral action of antitubercular preparations, financial difficulties, treatment complications, morbidity of procedures, weariness from long treatment and a hospital environment. Fear before possible complications of therapy, morbidity of procedures also reduce discipline of treatment. Overcoming fear needs explanatory work with suggestibless patients or direct suggestion to those patients who are easily inspired. For reduction emotional, suffering pain multiplier connected to some procedures, it is desirable to apply an explanation, suggestion, and also manual and audio-influence. An estimation of own treatment as effective, trust to the attending physician, aspiration to knowledge are possible to use for increase of motivation to treatment.

PECULIARITIES OF THE PRESCHOOLER`S SUBCULTURE

M. S. Shumeiko

The empirical study results of the preschooler's subculture peculiarities are introduced in the present article. The research work undertaken with the help of 80 probationers gives the results confirming that, firstly, preschooler's subculture peculiarities are mainly similar regardless of the region of residence in the countries of Commonwealth of Independent States. Secondly, such parts of the children's subculture are analyzed as the elder preschoolers' idea about age groups, value orientations for going on to the communities of schoolchildren and adults in the future; reviewers, involved in the socialization of 5-7 year-old children.

Key words: «children's subculture», «social psychology of childhood», «educational environment», «age groups», «value orientations», «reviewers».

CHANGES IN CEREBRAL HEMODINAMIC AT PATIENTS IN THE REMOTE PERIOD OF CONCUSSION OF A BRAIN IN DIFFERENT AGE GROUPS

A. S. Kudaibergenova

In the given work was investigated efficiency of therapy of 40 patients with concussion of a brain by electroelimination of «Sermion». Patients of both groups were comparable on character of complaints, age, clinical displays of disease. Inspections were spent before and past of course of treatment.

APPLICATION OF BENZODIAZEPINE IN PRACTICE OF AMBULANCE DOCTOR

L. P. Kapustyanskaya, Sh.T.Igufarova, A. N. Kornienko

For almost fifty years' existence of benzodiazepine have not lost the urgency in therapy both sharp, and chronic diseases. Alongside with cardiovascular preparations benzodiazepines are considered with the most frequently nominated group of preparations.

High efficiency, quickly coming therapeutic result after introduction to the patient, the low rate of collateral actions have proved correctness of their application in conditions of emergency medical aid.

HISTORICAL DYNAMICS OF CLINICAL PERSONOLOGY

B. A. Shahmetov

Personology is rather new scientific discipline having deep historical roots. Alive interest to the various sides of human existence, his behavior is quite natural and natural for inquisitive reason. In given article 3 stages in a history of the doctrine about the person are described.

БИБЛИОГРАФИЯ К ЖУРНАЛУ «ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ» ЗА 2005 ГОД

РЕДАКТОРСКИЕ СТАТЬИ

Аканов А. А. История здравоохранения суверенного Казахстана: ошибки, уроки и перспективы. – Т. 11. - № 1, 2005

Аканов А. А. Кластеры и инновационные технологии в медицине. – Т. 11. - № 2, 2005

ПСИХОТЕРАПИЯ

Александрович А. В. Об особом интимном эмоциональном контакте между пациентом и врачом в психотерапии больных шизофренией. – Т. 11. - № 1, 2005

Волобаев В. М. К вопросу о взаимосвязи некоторых симптомов и факторов эмоционального выгорания с поглаживаниями. – Т. 11. - № 4, 2005

Едигенова М. Б., Сандыбаева Р. К. Сравнительное изучение эффективности различных психотерапевтических методов в комплексе лечения больных с органической патологией мозга. – Т. 11. - № 1, 2005

Зуева Е. А. Роль семейного психотерапевта на этапе перехода семьи от диады к триаде. – Т. 11. - № 2, 2005

Каган В. Е. Психотерапия: миссия понимания и понимание миссии. – Т. 11. - № 4, 2005

Катков А. Л. Миссия психотерапии в контексте идеи Нового Времени. – Т. 11. - № 2, 2005

Кузьминых Н. В. Телесное выражение переживаний в работе с образом по методу символдрамы. – Т. 11. - № 1, 2005

Лаврова Н. М., Лавров В. В. Системно-информационные аспекты преодоления семейных кризисов. – Т. 11. - № 2, 2005

Николаев В. М., Петрова Е. В., Петров О. А. Когнитивно-поведенческая терапия больных с алкогольной зависимостью. – Т. 11. - № 3, 2005

Потапова Т. Ф. Теоретические аспекты и практический опыт проведения группового психоанализа. – Т. 11. - № 2, 2005

Ротов А. В. Пятнадцатилетний опыт успешной психокоррекции избыточного веса. – Т. 11. - № 2, 2005

Садальская Е. В. Кататимно-имагинативная психотерапия (символдрама) в работе с пациентами, страдающими бронхиальной астмой. – Т. 11. - № 1, 2005

Свидро Н. Н. «Караоке-тренинг» - метод психотерапии. – Т. 11. - № 2, 2005

Сгибов В. Н. Региональные проблемы психотерапии. – Т. 11. - № 1, 2005

Семенова А. И. Теоретические предпосылки гомеопатического психоанализа. – Т. 11. - № 1, 2005

Семкина Е. И. Практическое применение игровых методик в коррекции межличностных отношений у людей среднего возраста. – Т. 11. - № 2, 2005

Уваров Е. А. Использование тенденции к самоактуализации клиента при системно-синергетическом подходе. – Т. 11. - № 2, 2005

Шахметов Б. А. Психотерапия психосоматических расстройств. – Т. 11. - № 1, 2005

ПСИХИАТРИЯ

Алимов У. Х., Рустамов Х. Т. Об информативности некоторых факторов прогноза выраженности психических расстройств, обусловленных эпилепсией. – Т. 11. - № 2, 2005

Алимов У. Х., Ахмедов С. А. Особенности и профилактика общественно опасных действий больных умственной отсталостью. – Т. 11. - № 2, 2005

Бектаева Г. Т., Туракулова К. С. Тетурамовый психоз. – Т. 11. - № 4, 2005

Бирюков В. Е., Дусумов Б. С. Невменяемость в судебно-психиатрической практике. Судебно-психиатрическая оценка основных нозологических единиц. Краткие статистические данные по ВК обл. СПЭК. – Т. 11. - № 2, 2005

Быкова С. А., Русина Е. Ю. Экспериментально-психологическое исследование нарушений социальной адаптации больных шизофренией. – Т. 11. - № 1, 2005

Бойко В. С. Деонтология в судебно-психиатрической практике. – Т. 11. - № 3, 2005

Данияров Е. К., Шушкевич В. И., Уразгалиева Г. З., Касимова М. Т., Кирьякова Г. М. О случае нейросифилиса у акцентуированной личности. – Т. 11. - № 4, 2005

Едигенова М. Б., Сандыбаева Р. К. Анализ структуры органических психических расстройств у сотрудников системы МВД. – Т. 11. - № 3, 2005

Жаркова Н. В. Анализ современных тенденций в психиатрической помощи. – Т. 11. - № 3, 2005

Жаркова Н. В. Дифференциация психиатрической помощи по группам «экономического риска». – Т. 11. - № 3, 2005

Жаркова Н. В. Экономические аспекты лечения шизофрении. – Т. 11. - № 3, 2005

Кудьярова Г. М., Джарбусынова Б. Б., Бойко В. С. Применение препарата «Иксел» при лечении депрессивных состояний в инволюционном возрасте. – Т. 11. - № 3, 2005

Кудьярова Г. М., Кудайбергенова А. Особенности комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы (КСППЭ) несовершеннолетних. – Т. 11. - № 3, 2005

Кудьярова Г. М., Кудайбергенова А. Ж. Применение ст. 98, 108 УК РК – «Убийство, совершенное в состоянии аффекта» и «Причинение вреда здоровью в состоянии аффекта». – Т. 11. - № 4, 2005

Кудьярова Г. М., Джарбусынова Б. Б., Бойко В. С. Применение препарата «Иксел» (милнаципрана) в лечении депрессивных расстройств. – Т. 11. - № 4, 2005

Кудьярова Г. М., Джарбусынова Б. Б., Бойко В. С. Коаксил в терапии тревожно-депрессивных состояний. – Т. 11. - № 4, 2005

Любченко М. Ю., Базяк Ю. И. Значение психиатрического и психотерапевтического образования в формировании мировоззрения врача. – Т. 11. - № 1, 2005

Марашева А. А. Клинико-психопатологический аспект, влияющий на формирование свойств антинаркотической устойчивости в младшем школьном возрасте. – Т. 11. - № 3, 2005

Мусинов С. Р. К проекту отраслевой программы «Психическое здоровье населения Республики Казахстан» на 2005-2010 года. – Т. 11. - № 2, 2005

Оспан Т. Б., Каирбаева С. В., Макиев Х. Д. Опыт применения препарата золофт в лечении различных форм депрессий. – Т. 11. - № 1, 2005

Паксютов В. И., Зарипова Н. И., Зуева Л. Ф. Динамика аутистических проявлений в ходе терапии. – Т. 11. - № 1, 2005

Русина Е. Ю., Столяревская С. А. Исследование закономерной нарушения мыслительной деятельности у больных шизофренией. – Т. 11. - № 4, 2005

Русина Е. Ю., Столяревская С. А. Экспериментально-психологическое исследование нарушений социальной адаптации больных шизофренией. – Т. 11. - № 4, 2005

Терещенко Е. В. Психологическая помощь психиатру. – Т. 11. - № 2, 2005

Тургинбаева А. Н. Социально-возрастной и психологический аспекты качества жизни сельских больных эпилепсией. – Т. 11. - № 1, 2005

Шахметов Б. А. Два клинических случая психосоматических расстройств. – Т. 11. - № 3, 2005

НАРКОЛОГИЯ

Арыстанова В. С., Ибатов А. Н. Использование отвара из корня и корневищ левзеи сафлоровидной для купирования алкогольного абстинентного синдрома. – Т. 11. - № 2, 2005

Арыстанова В. С., Ибатов А. Н. Опыт сочетанной фито- и психотерапии больных алкоголизмом с хронической патологией внутренних органов. – Т. 11. - № 2, 2005

Жантасова С. Психологическое консультирование подростков с использованием виртуальных диагностических и коррекционных возможностей в работе с зависимостью от ПАВ. – Т. 11. - № 1, 2005

Лукьяненко Ю. В., Лукьяненко Е. Ю., Вязовой П. П., Котин А. В., Казакова А. В. Аспекты аддиктивной медицины в Республике Казахстан. – Т. 11. - № 1, 2005

Марашева А. А. Клинико-психологический аспект, влияющий на формирование свойств антинаркотической устойчивости у детей младшего школьного возраста. – Т. 11. - № 3, 2005

Марашева А. А. Социально-психологический аспект, влияющий на формирование свойств антинаркотической устойчивости у детей младшего школьного возраста. – Т. 11. - № 4, 2005

Новикова С. А. Личностные особенности больных табачной зависимостью. – Т. 11. - № 1, 2005

Персиянцева С. В. Эмоциональное и перцептивное восприятие телепрограмм студентами, находящихся в состоянии наркозависимости. Психотерапевтическая коррекция. – Т. 11. - № 4, 2005

Россинский Ю. А., Нуралиев Б. Ж., Алтынбекова Г. И. Мотивации аддиктивного поведения у больных опийной наркоманией (сравнительный анализ субъективной оценки). – Т. 11. - № 3, 2005

Солтангазинова З. Б. Рациональная психотерапия при алкоголизме. – Т. 11. - № 1, 2005

Шахметов Б. А. Структурный анализ и психосоматическая модель личности в наркологии. – Т. 11. - № 4, 2005

ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

Абзалова Р. Социально-психологические проблемы коррекции девиантного поведения подростков в условиях ПМСП. – Т. 11. - № 1, 2005

Бекенова Н. М. Биологические, психологические и социальные основы в генезе поведенческих расстройств у подростков. – Т. 11. - № 1, 2005

Бекенова Н. М. Психологические факторы расстройств поведения у подростков. – Т. 11. - № 4, 2005

Вичкапов А. В. Особенности дифференциальной диагностики тревожных расстройств, коморбидных с гипертонической болезнью и изучение влияния адаптационного образа болезни надиагностически-терапевтический маршрут пациента. – Т. 11. - № 2, 2005

Джарбусынова Б. Б. Ещё немного о социофобии. – Т. 11. - № 2, 2005

Ермолаева Т. В. «Экстремальное существование» в семье: преступник и жертва. – Т. 11. - № 1, 2005

Имангазинов С. Б., Тотина И. К. Сравнительное изучение уровня невротизации и психопатизации у ВИЧ-инфицированных. – Т. 11. - № 1, 2005

Калиева Ж. Д. Современные проблемы диагностики психических расстройств при хирургических вмешательствах (обзор литературы). – Т. 11. - № 1, 2005

Кириллов И. О., Алборова Е. С. Программы помощи сотрудникам на предприятиях. – Т. 11. - № 1, 2005

Ковшова О. С. Факторы психической дезадаптации подростков с артериальной гипертонией. – Т. 11. - № 1, 2005

Реуцкая И. Е. Проблемы психологического сопровождения сотрудников оперативных подразделений органов внутренних дел (аналитический обзор). – Т. 11. - № 1, 2005

Решетников М. М. Общие закономерности в динамике состояния, поведения и деятельности людей в экстремальных ситуациях с витальной угрозой. Дебрифинг. Отдаленные последствия и реабилитация пострадавших. Часть 1. – Т. 11. - № 4, 2005

Стрельченко А. Б. Психологические аспекты восстановительной медицины. – Т. 11. - № 1, 2005

Соковнина М. С. Дети с синдромом дефицита внимания в общем режиме детского сада. – Т. 11. - № 4, 2005

ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Джарбусынова Б. Б. Социальная фобия как расстройство качества жизни. – Т. 11. - № 2, 2005

Руженков В. А., Тужилова М. Б., Рычкова О. В. Дезадаптивные стратегии поведения в конфликтной ситуации подростков, лишенных родительского попечительства, как «симптомы-мишени» для психологической коррекции. – Т. 11. - № 2, 2005

Сухова Е. В., Барсуков В. Н., Гнездилова М. Ю. Психологические аспекты дисциплины лечения и мотивации выздоровления больных туберкулезом легких. – Т. 11. - № 4, 2005

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

Новикова М. Ю. О работе врача-психолога в сфере родовспоможения. – Т. 11. - № 2, 2005

Путимцева Н. Г. Личностная тревожность: содержательный анализ опасений и страхов современного школьника. – Т. 11. - № 2, 2005

Россинский Ю. А., Россинская О. В., Нуралиев Б. Ж. Взаимосвязи некоторых характеристик психологического здоровья с агрессивными и эгрессивными формами поведения у подростков мужского пола. – Т. 11. - № 3, 2005

Соковнина М. С. Криминализация разговорной речи: психологические, педагогические и социальные аспекты проблемы. – Т. 11. - № 2, 2005

Соковнина М. С. Профилактика неуспеваемости в начальной школе. Дети с синдромом дефицита внимания. – Т. 11. - № 3, 2005

Шумейко М. С. Особенности субкультуры дошкольников. – Т. 11. - № 4, 2005

ИНФОРМАЦИЯ, ОБЗОРЫ

Кудайбергенова А. С. Изменение церебральной гемодинамики у больных в отдаленном периоде сотрясения головного мозга в разных возрастных группах. – Т. 11. - № 4, 2005

Капустянская Л. П., Игуфарова Ш. Т., Корниенко А. Н. Применение бензодиазепинов в практике врача скорой помощи. – Т. 11. - № 4, 2005

Пак Т. В. Проблема эффективности психотерапии (литературный обзор). – Т. 11. - № 3, 2005

Шахметов Б. А. Историческая динамика клинической персонологии. – Т. 11. - № 4, 2005

ДИСКУССИОННАЯ ТРИБУНА

ДИСКУССИЯ О МИССИИ ПСИХОТЕРАПИИ

Бурно М. Е. О роли-назначении Психотерапии в сегодняшней и завтрашней жизни. – Т. 11. - № 3, 2005
Попов Л. М. Психотерапия как отрасль психологии. – Т. 11. - № 3, 2005
Прохоров А. О. Реплика по поводу «миссии психотерапии». – Т. 11. - № 3, 2005
Сибгатуллина И. Ф. Транскультуральная миссия психотерапии. – Т. 11. - № 3, 2005
Стенограмма профессорской конференции. – Т. 11. - № 3, 2005
Тукаев Р. Д. К вопросу о миссии психотерапии. – Т. 11. - № 3, 2005
Хусаинова Н. Ю. Миссия психотерапии в контексте национально-политических и социально-психологических проблем (на примере Татарстана). – Т. 11. - № 3, 2005
Ядринкин В. О психотерапии, рационализме, иррационализме, миссии и миссионерстве (размышления психотерапевта по материалам апрельского 2005 года номера П.П.Г.). – Т. 11. - № 3, 2005

ПИСЬМА

Фридрик С. – Т. 11. - № 3, 2005
Фридрик С. – Т. 11. - № 4, 2005

ПАМЯТИ АЛЕКСЕЯ ДЕРИЕВА

Жарков Н. – Т. 11. - № 4, 2005
Борисовский В. – Т. 11. - № 4, 2005
Катков А. – Т. 11. - № 4, 2005
Левченко И. Память сердца. – Т. 11. - № 4, 2005
Макаров В. – Т. 11. - № 4, 2005
Россинский Ю. – Т. 11. - № 4, 2005
Фридрик С. Про Алексея Дериева и психотерапию. – Т. 11. - № 4, 2005

Подписано в печать 24.11.2005 г. Формат 60x90 1/8. Бумага офсетная.
Гарнитура Times New Roman. Усл. печ. лист. 8,75. Усл. изд. лист 14.
Тираж 500 экз. Печать RISO.
Отпечатано в РГКП «Республиканский Научно-практический Центр
медико-социальных проблем наркомании».
140001, Республика Казахстан, г. Павлодар, ул. Кутузова, 200, тел. (3182) 57-29-39.