

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

Том IX

№ 2

2003

Москва-Павлодар

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

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

**Журнал основан в 1995 году
Адрес редакции: Казахстан, г. Павлодар, ул. Кутузова, 200.
Телефон (факс): 8(3182) 57-29-40
E-mail: neovitae@pisem.net**

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХОТЕРАПИЯ

УЧРЕДИТЕЛИ:

Профессиональная
Психотерапевтическая
Лига

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

Том IX
№ 2
2003 год

выходит
4 раза в год

<i>Быков С.И., Быкова-Григорьевских И.В., Ургина Ю.А.</i>	
Ментальный дизайн и прикладная мифология. Дальнейшее развитие лингвистического подхода в психотерапии	9-10
<i>Букаева С.К., Нургазина А.З., Кощегулова Р.М.</i>	
Психотерапевтическое воздействие арт-терапии	10-15
<i>Букаева С.К., Нургазина А.З., Кощегулова Р.М.</i>	
Арт-терапевтическое направление психотерапии	15-20
<i>Давыдова Г.</i>	
Развитие рефлексивной культуры подростков в психологическом консультировании	20-23
<i>Клышикова Е.Н.</i>	
В чем опасность инфантильных стратегий поведения женщины с лидерским потенциалом	23-25
<i>Корабельникова Е.А.</i>	
Использование сновидений в диагностике и терапии невротических расстройств у детей	25-26
<i>Коваленко А.Н., Есельсон С.Б.</i>	
Тема судьбы в работе с клиентами	26-28
<i>Когай О.С., Моторыкин В.М., Муханбетина М.А., Лапина Т.П.</i>	
Психотерапия в комплексе лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки	29-31
<i>Суатбаев Н.Р.</i>	
Web-сайт «Поддержка». Психологическая помощь в Интернет.	31-32
<i>Титова В.В.</i>	
Психотерапия подростков с химической зависимостью	32-39
<i>Ходорева Т.В.</i>	
Опыт лечения пациенток, переживших смерть детей	39-41
<i>Хропова Г.А.</i>	
К проблеме интеграции психотерапевтических методов	41-42
<i>Хропова Г.А.</i>	
Роль СПК в регуляции агрессии в норме и патологии (на модели алкоголизма)	43-44

ПСИХИАТРИЯ

<i>Адылов Д.У.</i>	
Клиническое и экспериментально-психологическое обследование целителей с возбудимым радикалом личности	45-49
<i>Адылов Д.У.</i>	
Дифференциальная диагностика психозов с психотическими проявлениями и измененным состоянием сознания у целителей	49-54
<i>Измаилова Н.Т., Илешева Р.Г.</i>	
Клинические особенности шизофрении, осложненной гашишной интоксикацией, и ее проявления в детско-подростковом возрасте	54-57
<i>Негай А.П., Сарсенова Р.О., Ким В.В., Хан А.А.</i>	
Особенности течения туберкулеза и психических заболеваний при их сочетании	57-59

<i>Негай А.П., Сарсенова Р.О., Писчатская А.Г., Жубатканаева А.Ж.</i>	
К вопросу о «Системе открытых дверей»	59-60
<i>Негай А.П., Макашева Н.П., Курегенов Т.И., Даужигитов Т., Ким О.В.</i>	
Психические расстройства у больных пеллагрой по материалам Кызылординской областной психоневрологической больницы за 2000-2002 годы	60-61
<i>Новикова М.</i>	
Судебно-психологический аспект работы	61-67
<i>Оспан Т.Б., Байханова Т.Р., Жолдыбаева Ж.С.</i>	
О суицидологической ситуации в г. Экибастузе с 1996 по 2002 г.г.	67-68
<i>Пак Л.Л., Кубаева Р.М., Назаров З.А., Пак В.Л., Можаев В.А., Мусенова Ж.К., Тлеугарин К.Т.</i>	
К вопросу профилактики общественно опасных действий психически больных	68-70
<i>Пак Л.Л., Кубаева Р.М., Можаев В.А., Мусенова Ж.К., Назаров З.А., Пак В.Л.</i>	
К вопросу принудительного лечения психически больных	70-71
<i>Рузгис М.В.</i>	
Проблемы семейной дисгармонии в нарциссических парах	71-72
<i>Шахметов Б.А.</i>	
Организация психиатрической помощи Костанайской области. Цели и задачи.	73
<i>Шайхысламова Н.К., Оспан Т.Б., Лободенко А.Г., Аманова Ж.Ш., Кошсанова Ж.Т.</i>	
Диагностика начальных проявлений малопрогредиентной психопатоподобной шизофрении в подростковом возрасте (клинический, экспериментально-психологический судебно-психиатрический аспекты)	74-77

НАРКОЛОГИЯ

<i>Горышева О.В.</i>	
Метод суррогатного замещения (по преодолению табако-зависимости)	78-79
<i>Макаров В.В., Колесов В.П., Коньков Е.М., Гафуров Ф.З</i>	
Терапия субдепрессивных состояний у зависимых от алкоголя больных Витагам-Рулином в комбинации с амитриптилином	79-83
<i>Маращева А.А.</i>	
Отношение детей младшей возрастной группы к проблеме наркомании. (Гендерный аспект)	83-86
<i>Сарсенова Р.О., Писчатская А.Г., Жубатканова А.Ж.</i>	
Сосудистые и соматогенные психозы, возникшие на фоне хронического алкоголизма и особенности лечения алкогольных психозов у больных пожилого возраста	86-87
<i>Толстикова А.Ю.</i>	
Психопатологические аспекты тревоги и фобии у больных с зависимостью от психоактивных веществ	87-89
<i>Шушкевич В.И.</i>	
О психосоматическом подходе в комплексной терапии алкогольной зависимости в условиях городской поликлиники	90-91

ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

<i>Корабельникова Е.А.</i>	
Психолингвистические особенности больных с невротическими расстройствами	92-96
<i>Мусабалинова Н.Б., Оспанова Ж.А.</i>	
Трудности дифференциальной диагностики психических нарушений при эндокринных заболеваниях	96-98
<i>Негай А.П., Сарсенова Р.О., Алиева А.С., Дон М.А.</i>	
Анализ по суицидам по Кызылординской области за 2001 год и 1 квартал 2002 года	98-99
<i>Россинский Ю.А., Алтынбекова Г.И., Каражсанова А.С., Нургазина А.З.</i>	
К вопросу об исследовании копинг-стратегий в пограничной психиатрии и наркологии	100-103

ДИСКУССИОННАЯ ТРИБУНА

<i>Троицкий А.Ф.</i>	
Оправдание к статье “Феномен бессознательного предвидения...”, напечатанной в журнале, том 7, № 3	104
<i>Резюме</i>	105-118

VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

TABLE OF CONTENTS

FOUNDERS:	PSYCHOTHERAPY
Professional Psychotherapeutic League	<i>Bykov S.I., Bykova-Grigor'evskih I.V., Urgina Ju.A.</i> Mental design and applied mythology. The further development of the linguistic approach in psychotherapy 9-10 <i>Bukaeva S.K., Nurgazina A.Z., Koshchegulova R.M.</i> Psychotherapeutic influence of art therapy 10-15 <i>Bukaeva S.K., Nurgazina A.Z., Koshchegulova R.M.</i> Art therapeutic direction of psychotherapy 15-20 <i>Davydova G.</i> Development of reflective culture of teenagers in psychological consultation 20-23 <i>Klyshnikova E.N.</i> In what danger of infantile strategy of behavior of the woman with leader potential 23-25 <i>Korabel'nikova E.A.</i> Use of dreams in diagnostics and therapies of neurotic disorders at children 25-26 <i>Kovalenko A.N., Esel'son S.B.</i> Theme of destiny in work with clients 26-28 <i>Kogai O.S., Motorykin V.M., Muhanbedina M.A., Lapina T.P.</i> Psychotherapy in a complex of treatment of a stomach ulcer and a duodenal gut 29-31 <i>Suatbaev N.R.</i> Web-site «Support». Psychological service in the Internet 31-22 <i>Titova V.V.</i> Psychotherapy of teenagers with chemical dependence 32-39 <i>Hodoreva T.V.</i> Experience of treatment women, who have ached children death 39-41 <i>Hropova G.A.</i> To a problem of integration of psychotherapeutic methods 41-42 <i>Hropova G.A.</i> Role of SOC in regulation of aggression in norm and a pathology 43-44
RPSE «Republican Research-and-Practical Center of Medical-Social Drug Addiction Problems»	PSYCHIATRY
Volume IX № 2 2003 Published 4 times in a year	<i>Adylov D.U.</i> Clinical and experimental-psychological investigation healers with an excitable radical of personality 45-49 <i>Adylov D.U.</i> Differential diagnostics of psychoses with psychotic manifestations and the changed condition of consciousness at healers 49-54

<i>Izmailova N.T., Ilesheva R.G.</i>	
Clinical features of the schizophrenia complicated with hashish intoxication, and its manifestations at young age <i>Negai A.P., Sarsenova R.O., Kim V.V., Han A.A.</i>	54-57
Features of current of a tuberculosis and mental diseases at their combination <i>Negai A.P., Sarsenova R.O., Pischatkaya A.G., Zhubatkanova A.Z.</i>	57-59
To a question on «Open Doors System» <i>Negai A.P., Makasheva N.P., Kuregenov T.I., Dauzhigitov T., Kim O.V.</i>	59-60
Mental disorders at patients with pellagra on materials of Kyzylorda regional psychoneurologic hospital in 2000-2002 <i>Novikova M.</i>	60-61
Judicial-psychological aspect of work <i>Ospan T.B., Baihanova T.R., Zholdybaeva Z.S.</i>	61-67
About suicide situations in Ekibastuz from 1996 till 2002 <i>Pak L.L., Kubaeva R.M., Nazarov Z.A., Pak V.L., Mozhaev V.A., Musenova Z.K., Tleugarin K.T.</i>	67-68
To a question of prevention of socially dangerous actions of mentally ill patients <i>Pak L.L., Kubaeva R.M., Mozhaev V.A., Musenova Z.K., Nazarov Z.A., Pak V.L.</i>	68-70
To a question of compulsory treatment mentally patients <i>Ruzgis M.V.</i>	70-71
Problem of family disharmony in autophilia couples <i>Shahmetov B.A.</i>	71-72
The organization of psychiatric service in Kostanai region <i>Shaihyslamova N.K., Ospan T.B., Lobodenko A.G., Amanova Z.S., Kozhanova Z.T.</i>	73
Diagnostics of initial manifestations of continuous sluggish schizophrenia at teenagers	74-77

NARCOLOGY

<i>Gorysheva O.V.</i>	
Method of substitute replacement <i>Makarov V.V., Kolosov V.P., Kon'kov E.M.</i>	78-79
Therapy of depressions at patients dependent on alcohol with Vitagam-Rulinom in a combination with amitriptyline <i>Marasheva A.A.</i>	79-83
The attitude of children of younger age group to a problem of drug addiction <i>Sarsenova R.O., Pischatkaya A.G., Zhubatkanova A.Z.</i>	83-86
The vascular and somatogenic psychoses which have arisen on a background of chronic alcoholism and feature of treatment of alcoholic psychoses at patients of advanced age <i>Tolstikova A.Ju.</i>	86-87
Psychopathological aspects of alarm and phobia at patients with dependence from psychoactive substances	87-89

Shushkevich V.I.
On psychosomatic approach in complex therapy of
alcoholic dependence in conditions of a city polyclinic 90-91

BOUNDARY PATHOLOGY

Korabel'nikova E.A.
Psycholinguistic features of patients with neurotic
disorders 92-96

Musabalinova N.B., Ospanova Z.A.
Difficulties of differential diagnostics of mental
disturbances at endocrine diseases 96-98

Negai A.P., Sarsenova R.O., Alieva A.S., Don M.A.
The analysis on suicides in Kyzylorda region in 2001
and 1 quarter of 2002 98-99

*Rossinsky Ju.A., Altynbekova G.I., Karazhanova A.S.,
Nurgazina A.Z.*
To a question on research of coping strategy in
boundary psychiatry and narcology 100-103

DISCUSSION TRIBUNE

Troitskiy A.F.
Refutation to the article “Phenomena of unconscious
prevision...” published in journal, value 7, №3 104

Summeries 105-118

ПСИХОТЕРАПИЯ

МЕНТАЛЬНЫЙ ДИЗАЙН И ПРИКЛАДНАЯ МИФОЛОГИЯ. ДАЛЬНЕЙШЕЕ РАЗВИТИЕ ЛИНГВИСТИЧЕСКОГО ПОДХОДА В ПСИХОТЕРАПИИ.

С.И.Быков, И.В.Быкова–Григорьевских, Ю.А.Ургина

Коротко о существе метода. Методологической базой метода выступает суггестивная лингвистика – раздел психолингвистики, разработанный И.Ю.Черепановой (1986–1997). Сам метод является научным развитием прикладных аспектов суггестивной лингвистики применительно к психотерапии в различных ее моделях, а также в различных социальных контекстах – политика, реклама, бизнес, консультирование с целью создания уникальной идеи, разработки и проектирования целостной идеи-концепции, экспертизы и сопровождение вплоть до полного воплощения в жизнь.

Личность в рамках л.п. в п. рассматривается с позиции понимания личностной мифологии А.Ф.-Лосева – «Миф есть в словах данная чудесная личная история... Личность, история и слово – диалектическая триада в недрах самой мифологии. Это диалектическая триада в недрах самой мифологии, структура самого мифа» и психолингвистических идей В.В.Налимова – «Личность – интерпретирующий сам себя текст, способный к самообогащению, чтобы стать многомерным, и способный к агрегированию с другими текстами».

В процессе работы с индивидуальными мирами группа исследователей пришла к возникновению осознанной необходимости в создании другого типа текстов – мета-текстов, подчиняющихся тем же самым закономерностям, что и индивидуальные мифы, проявляющих другой аспект личности – ее внешне направленную активность. В настоящее время создано более 250 текстов, из которых 30 – мета-тексты.

Таким образом, индивидуальный миф стремится выражать уникальный внутренний мир героя, его Миссию, его внутренний план, а мета-текст, стремится выразить внешнюю (социальную) активность героя, его дело, внешний план, возможности и способы реализации Миссии человека в широком социальном контексте, обеспечивая сохранность глубоко индивидуального и уникального.

Сохраняя все особенности личного мифа, как то, сам процесс создания и осознания в среде специально подготовленной группы специалистов психотерапевтов и психологов, литераторов и журналистов (волонтеров), мета-текст отличается большей отрешенностью, большей абстрактностью для стороннего наблюдателя. Т.е. он значительно менее индивидуален и пишется, как правило, в третьем лице, единственном числе, имеет мужской род

и выражает-отражает Дух. Тогда как базовый (индивидуальный миф) текст точно отражает мужской или женский род героя и, являясь как бы более телесным, ощущенным, отражает скорее материальное.

Кроме того, возникают изменения в вопросах процедуры. На создание мета-текста герой заказчик приглашает либо своего ближайшего компаньона по делу, либо иного глубоко доверительного человека.

Далее приводятся два текста – базовый и мета, молодой женщины - предпринимателя в возрасте 30 лет, обратившейся в группу с психологическими проблемами эзистенциального уровня.

Текст № 1 (личный миф)

СВЕТЛНА

Одной встречать рассвет
движение в траве
туманная прохлада
первый луч
тепло и солнце
всё оживает
Она творит потоки струй
они сливаются и расширяются
вбирая всё вокруг
всё чище, ярче
проявляются
прозрачность
чистое тепло
движение вовнутрь
Она источник света
всё цветет вокруг

Текст № 2 (мета-текст)

ВЕЕР МИРА

Лёгкое и тёплое начало
слияние двух материй
дух
приходит в мир
вокруг неясно
цена и первый шаг
мир открывает
дарит образ
движение волны
и погрузиться

слиться
стать
родиться
его питают, помогают
Он растёт и расцветает
и заполняет, вовлекает
усиливается, обновляет
и раскрывает
веер
меры мира

(на основе мета-текста в настоящее время создана целостная программа развития предприятия, которым руководит данная женщина)

Базовый текст отчетливо раскрывает одиночество человека в мире, мета-текст же скорее выражает акт сопития с миром и в результате чего обра-зуется некий третий – Дитя.

Произошли дополнения в процедуру реализации метода. Она теперь состоит из трех больших этапов: (1) мифопоэтический (творчество, иррациональное, интуитивное, нелинейное, спонтанное, поэтическое, правополушарное), (2) мифопрагматический (анализ структурный и содержательный, логическое, линейное, левополушарное, проект, план, программа) и (3) этап сопровождения. Первый этап - процесс собственно-го создания мифа, достаточно подробно описан-ный в литературе. Второй этап – процесс осмысле-ния мифа в конкретной реальности с приведением в соответствие с текущими событиями жизни ге-роя. Даётся подробный текстовый анализ симво-лики мифа в различных культурных традициях Запада и Востока, от древности до наших дней. Описывается семантическое пространство текста. Третий этап – действие по реализации и текущее

сопровождение - согласование с героем трансфор-мированного в проект мета-текста.

Мифопоэтический этап ближе к Востоку. На-сыщенный символикой при этом глубоко абст-рактный текст буквально просится быть в гени-альной коллекции текстов Лао-Цзы. Мифопраг-матический этап стремится к рациональности Запада, с насыщением текстов схемами, описа-тельными (интерпретативными) и структурны-ми моделями.

Метод по природе своей глубоко экологичен. Он позволяет человеку, опираясь на свое подлинное, проверенное временем, а не на чуждое, привнесен-ное из вне, пусть даже интересное, оригинальное, выделить и описать свое глубоко личное – свой внутренний мир, найти главные точки соприкос-новения с миром внешним и создать эффективную модель своего развития.

Таким образом, базовый миф выражает миссию человека, мета-текст стремится выразить способы и формы реализации миссии в мире природы, в мире людей.

Литература:

1. Психотерапевтическая энциклопедия. Изд-е 2-е, перераб. и доп. под редакцией Б.Д.Карвасар-ского, СПб.: «Питер», 2000. - С. 320 – 322.
2. Черепанова И.Ю. Текст как основа психоте-рапевтического метода верbalной мифологизации личности // Теоретические и прикладные аспекты риторики, стилистики и культуры речи – Екатерин-бург, 1995. - С. 64 – 65.
3. Лосев А.Ф. Диалектика мифа. М.: - «ЭКС-МО-ПРЕСС», 1930. - 239 с.
4. Налимов В.В. Вероятностная модель языка. 1979.
5. Мелетинский Е.Н. Поэтика мифа, 1995. 202 с.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ АРТ-ТЕРАПИИ

С.К.Букаева, А.З.Нургазина, Р.М.Кошегулова

г. Павлодар

Арт-терапевтическое направление психотера-пии – это метод лечения посредством художе-ственного творчества. Основная цель арт-тера-пии состоит в гармонизации развития личности через развитие способностей самовыражения и самопознания.

«Художественная работа клиентов пропитана самовыражением. Оно несет и передает смыслы. Именно в нем мы обнаруживаем потенциальный источник изменений в процессе терапии. Само-выражение – это присущая человеку потребность

изображать в индивидуальной манере чувства и мысли, представление о том, кто он есть или кем стремиться быть. В случае арт-терапии самовыра-жение происходит через искусство» (М.Бетенски).

При этом выделяются следующие основные факторы психотерапевтического воздействия в арт-терапевтическом направлении психотерапии:

- Фактор художественной экспрессии;
- Фактор психотерапевтических отношений;
- Фактор интерпретаций и вербальной обрат-ной связи (А.И.Копыгин).

В ходе проведения психотерапевтических сессий с наркозависимыми пациентами, мы отметили, что именно эти факторы психотерапевтического воздействия арт-терапии определяют ее эффективность.

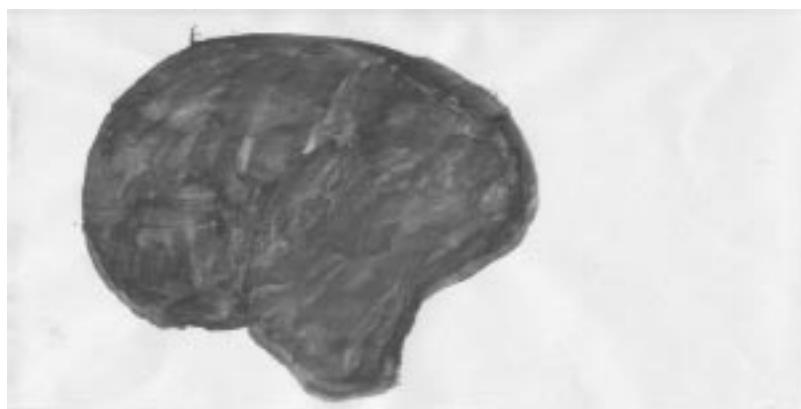
Фактор художественной экспрессии

Фактор художественной экспрессии связан с выражением чувств, потребностей и мыслей клиента посредством его работы с различными изобразительными материалами и создания художественных образов. В ходе этой работы клиент проходит несколько этапов:

1. Этап подготовки и соответствующей «настройки» на изобразительную деятельность;
2. Этап «выплёскивания» чувств;
3. Этап постепенной трансформации хаотичной художественной экспрессии в более сложную изобразительную продукцию (символические образы) с постепенным осознанием клиентом его психологического содержания.

Ниже приведены рисунки наркозависимых пациентов, иллюстрирующие этапы арт-терапевтической работы.

Рисунок 1
«Злость»



Ярким примером этапа «выплёскивания» чувств, является рисунок 25-летнего пациента с алкогольной зависимостью. Темой занятия было - «Настроение». При обсуждении почти все участники сессии безошибочно «угадали» настроение пациента, назвав – «Злость, ярость». Как выяснилось потом, непосредственно перед занятием, пациент вступил в конфликт. Очень важно, также то, что в процессе арт-терапии он утилизировал отрицательные эмоции.

Этап постепенной трансформации хаотичной художественной экспрессии в более сложную изобразительную продукцию (символические образы) с постепенным осознанием клиентом его психологического содержания является наиболее значимым из этапов художественной экспрессии. Тем более что усиление «символического» характера работ в динамике арт-терапевтических сессий является одним из важных критериев положительной динамики, говорящее о повышении уровня осознанности клиентом своих переживаний.

Рисунок 2
«Моя душа»



Тема занятия: «Моя душа».

Пациент с наркотической зависимостью (20 лет), изобразил себя в виде моря у подножия горы. Горные реки, спускающиеся с вершины - это его семья (мать, отец, сестры). Далее, в процессе обсуждения,

он объяснил, что горные реки «кристально чисты», они его «питают своей чистотой, любовью». Пациент осознал, что семья является его опорой, что там он должен черпать силы, в борьбе со своей зависимостью.

Рисунок 3
«Сердце»



Рисунок 12-летнего пациента с зависимостью от табака. Тема занятия была, отражение прошлого, настоящего и будущего. Мальчик нарисовал большое красное сердце, в которое сверху молотком вколачивалась сигарета. После некоторого раздумья он зачеркнул молоток и пририсовал к сигарете щипцы, которые как он объяснил «спасут сердце». Позже он подрисовал медицинскую сумку, еще 15 минут после раздумий, он дорисовал в углу следующую картинку: на реанимационной кровати лежит больное «сердце», к которому подключена капельница. Еще одна трогательная деталь: возле кровати он изобразил больничные тапочки.

Следующий фактор психотерапевтического воздействия арт-терапии - **фактор психотерапевтических отношений**.

Фактор психотерапевтических отношений, в настоящее время, рассматривается в качестве одного из наиболее значимых факторов психотерапевтического воздействия, независимо от конкретной модели или формы психотерапии (Фицджеральд, 2001).

А.И.Копытин фактор психотерапевтических отношений в арт-терапии связывает со следующими функциями психотерапевта:

- Созданием атмосферы высокой терпимости и безопасности, необходимой для свободного выражения клиентом своего внутреннего мира;
- Структурированием и организацией деятельности клиента, фокусировкой его внимания на изобразительной работе;
- Установлением с клиентом эмоционального резонанса (раппорта), необходимого для взаимного обмена чувствами, образами и идеями;
- Использованием психотерапевтом различных интервенций, призванных оказать клиенту эмоциональную поддержку, фасilitировать выражение им своих чувств и мыслей и помочь ему в осознании содержания изобразительной продукции и ее связи с особенностями личности, проблемами и системой отношений.

Психотерапевтические отношения в арт-терапии имеют свою динамику и особенности, что отражает стадийный характер процесса художественной экспрессии.

Например, наглядна данная динамика в трех работах одного пациента с алкогольной зависимостью.

Рисунок 4

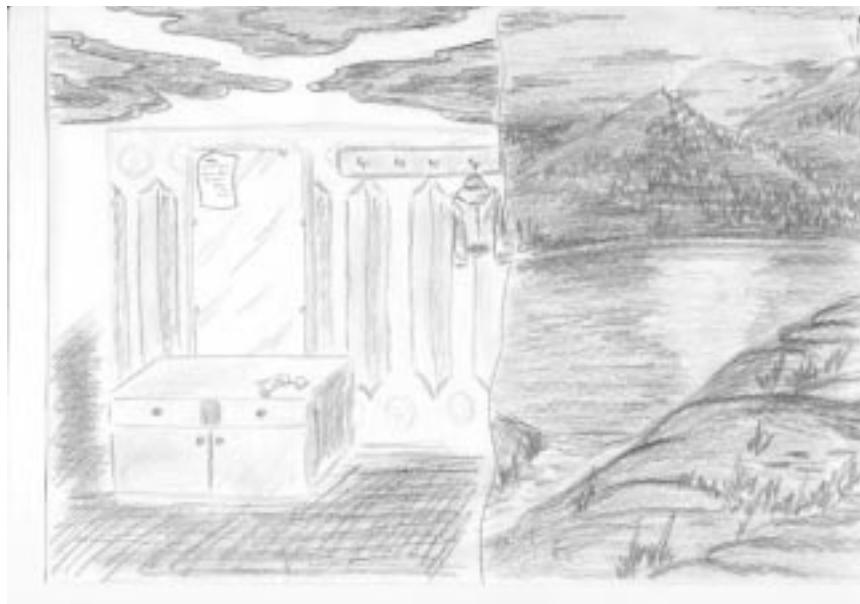
«Свободная тема»



Это был один из первых дней пребывания пациента в Центре. Эмоциональный фон Дмитрия В. был снижен. От обсуждения своего рисунка он отказался.

Рисунок 5

«Одно из самых неприятных и приятных воспоминаний в вашей жизни»



Пятое занятие: Эмоциональный фон пациента спокоен, он готов к свободному самовыражению своего внутреннего мира, арт-терапевтом установлен с клиентом эмоциональный резонанс, необходимый для взаимного обмена чувствами, образами и идеями. В фазе обсуждения Дмитрий рассказал об одном из самых неприятных дней в его жизни: в тот вечер, прия

домой после работы, он не застал жену дома. Она оставила короткую записку о решении расторгнуть брак и ключи от дома. Приятное воспоминание – это поездка в Баян-Аул с любимой женщиной. «Почти все лето было дождливым, но именно в те пять дней, когда я поехал с любимым человеком в Баян-Аул природа подарила нам чудесные солнечные дни».

«Ваше будущее»



Одно из последних занятий. С пациентами обсуждался вопрос будущей жизни, после выписки из Центра. Пациенты делились друг с другом, в чем они будут черпать свои силы, чтобы противостоять своей зависимости, насколько они готовы к полноценной, трезвой жизни.

Дмитрий В.: эмоциональный фон спокоен, настроение ровное. Строит позитивный жизненный сценарий. Сформирован внутренний локус контроля.

В обсуждении рисунка говорил о душе, о духе.

Пациент твердо настроен на трезвый образ жизни, уверен в своих силах.

Третий фактор – это фактор интерпретации и вербальной обратной связи

Интерпретация и вербальная обратная связь являются третьими основными факторами психотерапевтического воздействия в арт-терапии.

Интерпретация и вербальная обратная связь не отделимы от психотерапевтических отношений и реализуются главным образом посредством «диалога» клиента и психотерапевта. Основная задача интерпретации и вербальной обратной связи заключается в том, чтобы помочь клиенту в осознании различных содержаний своего внутреннего мира и их связи со своими проблемами и системой отношений.

Примером интерпретации и обратной вербальной связи может служить следующий рисунок.

«Дом»



Тема занятия: «Дом, семья». Обсуждалась роль родного дома, семьи в жизни каждого. Пациент с наркотической зависимостью нарисовал странный дом, висящий в воздухе. При просьбе разъяснить, он затруднился в ответе, предположив, что видимо вначале хотел изобразить дом на пригорке.

В процессе сессии с пациентом выяснилось, что на протяжении трех долгих лет наркотической зависимости он не поддерживал связи с родителями, живущими в соседнем городе, даже не поддерживал телефонную связь.

В процессе интерпретации и обратной вербальной связи и арт-терапевт и клиент пришли к выводу, что «парящий дом» – это утерянная связь с родным домом, со значимыми близкими людьми.

В конце курса лечения в Центре, пациент вернулся к данной теме и высказал твердое решение, прежде всего, вернуться в отчий дом с покаянием.

В результате опыта проведения групповой арт-терапии мы отметили следующую динамику у пациентов: при проведении обратной связи после каждой сессии пациенты, как правило, отмечают улучшение настроения, чувство удовлетворения от проделанной работы, особенно, когда в результате нее «осознали что-то новое в себе, в своей душе». После курса арт-терапевтических сессий большинство пациентов отмечают устойчивое повышение самооценки, формирование позитивной «Я-концепции», осознание своего опыта жизни, повышение поведенческой и когнитивной гибкости, облегчение процесса коммуникации, улучшение его социального функционирования, развитие творческого потенциала.

Арт-терапевтический творческий процесс является источником новых позитивных переживаний, связанных с изучением и реализацией творческой экспрессии, рождает новые креативные потребности, создает благоприятные условия для развития произвольности и способности к саморегуляции.

АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ

С.К.Букаева, А.З.Нургазина, Р.М.Кошегулова

г. Павлодар

Конец XX века и начало XXI века в жизни нашей страны, а также всего постсоветского пространства характеризуется значительными изменениями во всех сферах жизни. Как отмечает В.В.Макаров: "Изменить направление движения жизни значительно легче, чем изменить мировоззрение, ментальность народа, что приводит к психологическим срывам, психической дезадаптации и расстройствам". Данная ситуация делает актуальной широкое применение психотерапии в нашем обществе, при этом адаптируя мировой опыт психотерапии к условиям нашей культуры.

Среди множества методик мне хотелось бы выделить арт-терапию, как сравнительно новый, но достаточно эффективный метод. "Арт-терапия полностью соответствует все возрастающей потребности современного человека в мягком, экологическом подходе к его проблемам, неуспешности или неполной самореализации" (Макаров В.В., 2001).

Арт-терапевтическое направление психотерапии насчитывает в своей истории всего несколько десятилетий. В Европе основателями арт-терапевтического направления признают Adrian Hill и Herbert Read. Именно A.Hill в 40-50 годы XX века первым ввел в европейский обиход понятие «арт-терапия», активно популяризовал ее в средствах массовой информации, создавал художественные студии для пациентов в лечебных учреждениях. Следуя его

примеру, создали студии в различных клиниках Edward Adamson, Rita Simon, Irene и Gilbert Champernowne и другие.

В 1960-1980 начали создаваться первые профессиональные объединения, первые центры арт-терапевтического образования, в некоторых странах арт-терапия была зарегистрирована как самостоятельная специальность.

Особенно серьезные изменения в истории арт-терапии произошли в конце XX века в связи с политическими и экономическими изменениями в мире. Улучшились условия для качественного профессионального обмена. Впервые в истории встал вопрос о внедрении единых стандартов профессиональной подготовки и практике на пространстве Европейского Союза. В настоящее время арт-терапевтическое направление психотерапии обладает достаточно солидной теоретической базой. Особен-но надо отметить вклад в ее развитие психодинамического, гуманистического и трансперсонального подходов.

Проблемы, связанные с развитием арт-терапии в Казахстане являются частью проблемы отечественной психотерапии в целом. Трудность же заключается в том, что наша страна не имеет еще своей арт-терапевтической школы. Первые обучающие программы по арт-терапии на постсоветском пространстве начали создаваться совсем недавно,

качество их также различно. Растет также потребность объединения арт-терапевтов в профессиональные ассоциации. Одна из первых общественных объединений такого рода - Санкт-Петербургская Арт-терапевтическая Ассоциация, созданная в 1997 году, председателем которой является к.м.н. А.И.Копытин, сделавший большой вклад в развитие арт-терапии в России, автор первых русскоязычных трудов в этой области, он является также редактором журнала арт-терапии «Исцеляющее искусство».

“Арт-терапия обладает очевидными преимуществами перед другими – основанными исключительно на вербальной коммуникации – формами психотерапевтической работы”. “Она использует “язык” визуальной и пластической экспрессии. Это делает ее незаменимым инструментом для исследования и гармонизации тех сторон внутреннего мира человека, для выражения которых слова малопригодны” (А.Копытин, 1999 г.).

Далее имеют значение следующие преимущества арт-терапии:

- ее универсальность, доступность: практически каждый человек, способный держать кисть или карандаши может участвовать в арт-терапевтическом процессе и при этом совсем не обязательно обладать какими-либо художественными навыками
- это, в основном, невербальный вид общения, т.е. при затруднении словесного выражения своих переживаний, при работе с людьми с психическими нарушениями, с детьми, это наиболее приемлемый метод
 - продукт арт-терапевтической работы - это уникальная возможность для исследования бессознательного, обходя «цензуру сознания»
 - являясь средством свободного самовыражения и самопознания, арт-терапия имеет «инсайт-ориентированный» характер
 - произведения изобразительного искусства могут храниться, что позволяют их использовать для оценки динамики состояния, могут являться объектами для исследований
 - арт-терапевтическая работа способствует раскрытию творческого потенциала человека, особенно при использовании мультимедийной формы, где помимо изобразительного искусства используются также музыка, драма, поэзия, танец.

В классификации форм арт-терапии можно выделить следующие ее формы: клиническую, психодинамическую, гуманистическую, трансперсональную и другие. Существуют два основных варианта работы: индивидуальная и групповая. Особо надо отметить необходимость в соответствующей подготовки арт-терапевта.

Творческое самовыражение в ходе проведения арт-терапии чревато взрывным высвобождением сильных эмоций. При этом отсутствие твердого и опытного руководителя некоторые члены группы могут оказаться буквально раздавленными своими

чувствами. Индивиды с психотическими расстройствами, всегда готовые вернуться к своему раннему травмирующему опыту, зачастую проявляющиеся в символической форме в процессе художественного творчества, могут оказаться неспособными интегрировать и осмысливать свои подсознательные переживания. (Champernowne, 1970-1971).

Групповые методы в настоящее время более распространены, благодаря тому, что являются более «экономичными», позволяют развивать ценные социальные навыки, и обладают также другими достоинствами присущими групповой психотерапии.

Существует несколько вариантов групповой арт-терапии:

1. Студийная открытая (преимущественно неструктурированная);
2. Аналитическая;
3. Тематически-ориентированная.

Для того чтобы художественное выражение имело терапевтический эффект, оно должно быть частью тщательно продуманной программы или общегрупповой задачи. Как минимум, оно должно предусматривать возможность верbalного сопровождения неверbalной творческой деятельности. (Киль Рудестам «Групповая психотерапия»). Поэтому, более приемлемой для меня представляется тематически-ориентированный вариант групповой арт-терапии, которая предусматривает большую степень структурированности.

Сессии структурируются не только за счет тем, но и за счет этапности проведения.

Различают следующие этапы:

1. Введение и «разогрев» (10-25% времени сессии)
2. Этап изобразительной работы (30-40% общего времени сессии)
3. Обсуждение и завершение сессии (35-40 % общего времени сессии).

Как отмечает Копытин («Основы арт-терапии», 1999), тематически-ориентированную группу отличает то, что она придает значение как социальным факторам, влияющим на работу ее участников, так и действию внутренних исцеляющих факторов, связанных с неосознаваемыми психическими процессами и креативностью.

Ниже представлен план 10 дневной сессии групповой арт-психотерапии.

Занятие № 1.

1. Введение: «Знакомство».

«Давайте будем по очереди называть свое имя и сразу же не задумываясь, любое слово на начальную букву имени, при этом показывая это слово каким-нибудь жестом. Следующий по кругу, прежде чем назвать свое имя назовет имена предыдущих, их слова и покажет жесты каждого».

Далее - участники группы сидят по кругу.

«Продолжаем наше знакомство. Представьте себе, что сложилась такая ситуация, что вам

необходимо перевоплотиться в какой-либо объект материального мира, животное или растение. Подумайте и скажите, какой объект, какое животное или растение вы выбрали.

Данный вариант представления активизирует один из механизмов творческого процесса, при котором происходит неоднократная проработка проблемы логическими средствами (левополушарные процессы) и ее перевод в образную форму, ассоциирование появляющихся идей с содержанием опыта (правополушарные процессы).

2. Тема занятия: «Несуществующее животное».

«Придумайте и нарисуйте несуществующее животное и назовите его несуществующим названием».

Метод исследования построен на теории психомоторной связи. Для регистрации состояния психики используется исследование моторики (в частности, моторики рисующей доминантной руки, зафиксированной в виде графического следа движения, рисунка). По И.М.Сеченову, всякое представление, возникающее в психике, любая тенденция, связанная с этим представлением заканчивается движением. Если реальное движение по какой-либо причине не осуществляется, то в соответствующих группах мышц суммируется определенное напряжение энергии, необходимой для осуществления ответного движения (на представление – мысль). Так, например, образы и мысли-представления, вызывающие страх, стимулируют напряжение в группах ножной мускулатуры и в мышцах рук, что необходимо в случае ответа на страх бегством или защитой с помощью рук. Движение имеет направление: удаление, приближение, наклон, подъем, падение. При выполнении рисунка лист бумаги (либо полотно картины) представляет собой модель пространства и, кроме состояния мышц, фиксирует отношение к пространству, т.е. возникающую тенденцию. Пространство, в свою очередь, связано с эмоциональной оценкой переживания, времененным периодом (настоящим, прошлым, будущим), а также с действительностью или идеально-мыслительным планом психики. При толковании материала теста, помимо общих закономерностей психомоторной связи и отношения к пространству. Используются теоретические нормы оперирования с символами. Символическими геометрическими элементами и фигурами. («Психологическая помощь и консультирование в практической психологии» под ред. проф. М.К.Тутушкиной. 3-издание Санкт-Петербург, 2001 г.).

3. Обсуждение и обратная связь.

Занятие № 2.

1. Разогрев:

Участники группы сидят по кругу.

«Сейчас каждый по очереди будет, взяв свой стул, входить в круг и, по очереди садясь напротив

каждого из оставшихся в кругу, будет задавать ему неожиданный вопрос. Задав вопрос, надо дождаться ответа».

Упражнение направлено на развитие гибкости, точности, оригинальности мышления и обычно проходит весело.

2. Тема занятия: «Продолжение знакомства».

Задача этого упражнения – представить себя группе, не прибегая к словам, пользуясь рисунком. Варианты:

«Нарисуйте плакат, иллюстрирующий ваш образ жизни; постарайтесь отразить на рисунке свои интересы, ценности, семью, друзей, род занятий; изобразите с помощью цветов, форм и линий особенности своего мироощущения».

3. Обсуждение и обратная связь.

Занятие № 3.

1. Разогрев:

Участники садятся в круг.

«Я раздам вам карточки с названием животного. Названия повторяются на двух карточках. Прочитайте вашу карточку, затем уберите ее. Задача каждого – найти свою пару. При этом можно пользоваться любыми выразительными средствами, нельзя только ничего говорить и издавать характерные звуки «вашего животного». Когда вы найдете свою пару, вы продолжаете молчать. Когда все пары будут найдены, я задам вопрос: «Кто вы?». После завершения упражнения можно поделиться впечатлениями. Рассказать о том, как вы находили свою пару».

Упражнение способствует раскрепощению, развитию выразительного поведения, быть внимательными к действиям других, а с другой стороны. Исследовать такие средства самовыражения, которые будут понятны другими.

2. Тема занятия: Фреска «животные».

«Сейчас каждый нарисует на отдельном листе какое-нибудь животное, раскрасит и вырежет фигуру. Затем все фигуры мы прикрепим к большому листу бумаги на стене или на полу».

3. Обсуждение и обратная связь.

Занятие № 4.

1. Разогрев:

Участники сидят по кругу. У тренера в руках мяч.

«Сейчас мы будем бросать друг другу мяч, при этом, когда бросаем мяч - называем какой-либо цвет, а когда ловим - объект такого цвета. Будем внимательны и постараемся не повторять те цвета и объекты, которые уже названы, и дадим каждому из вас участвовать в работе».

Использование в инструкции слова «объект», а не предмет предоставляет больше возможностей для порождения ассоциаций.

2. Тема занятия: « Портреты».

«Представьте, что вы знаменитый художник и вас пригласили на престижную выставку и попросили представить ваши автопортрет. Готовой работы у вас нет и поэтому вы должны сейчас написать свой автопортрет. Помните, что творчество -процесс очень интимный, поэтому работайте самостоятельно, не советуюсь с друзьями. И еще - вы не должны подписывать свои работы».

Когда работа закончена, все садятся в круг.

«Теперь представьте, что вы все известные искусствоведы. До открытия выставки осталось совсем немного времени, и среди работ оказалась неподписанная работа, ваша задача определить автора по манере письма. Я раздам вам автопортреты, и вы должны будете надписать тот автопортрет, который вам достался. Я постараюсь, раздавая автопортреты, не дать вам вашу собственную работу. Но если это все-таки произойдет, я ее поменяю».

После этой работы можно предложить нарисовать портрет партнера.

3. Обсуждение и обратная связь.

Занятие № 5.

1. Разогрев:

Участники группы сидят по кругу.

«Сейчас мы будем бросать друг другу мяч, называя при этом какое-либо состояние или чувство, а, поймав брошенный нам мяч, будем называть антоним – противоположное состояние или чувство. Например, я бросаю мяч Сергею и говорю: «Грустный». Сергей, поймав мяч, называет антоним «веселый» и сам, бросая мяч кому-то другому. Называет чувство или состояние».

Это упражнение позволяет развивать возможности каждого участника в области вербализации чувств и состояний.

2. Тема занятия: «Упражнения с цветом».

«Я предлагаю, чтобы каждый, подумав, сказал какого он сейчас цвета. При этом речь идет не о цвете вашей одежды, а об отражении в цвете вашего состояния. Теперь расскажите, пожалуйста, о том, как изменилось ваше состояние в течение сегодняшнего дня. В заключении охарактеризуйте то состояние, в котором вы находитесь сейчас и почему вы выбрали для его обозначения именно этот цвет».

Это упражнение направлено на развитие способности осознавать и вербализовать свое состояние. Обозначение состояния через цвет. А не только словом, расширяет сенситивные возможности за счет включения разных сенсорных систем.

«Создайте два рисунка: один из цветов, приятных вам, другой – из неприятных, а затем сравните оба рисунка».

3. Обсуждение и обратная связь.

Занятие № 6.

1. Разогрев:

Участники объединяются в пары.

«Сейчас каждый из вас расскажет историю с законченным сюжетом, раскрывающую различные чувства, переживания их участников, психологические проблемы. У каждого из напарников по 3 минуты. Затем один из пары переходит в другую и расскажет те истории, которые он слышал».

Затем тренер предлагает каждому рассказать историю, которую он слышал во второй раз и тому, кто является «автором» истории. И сравнить. Упражнение направлено на тренировку внимания, на умение слушать партнера.

2. Тема занятия: «Совместный рисунок».

«Когда я скажу «начали», каждый из нас возьмет лист бумаги и все то, что ему потребуется для рисования на нем. На рисование у вас будет 15 секунд, через 15 секунд вы должны передать рисунок соседу слева. После того как вы получите лист, на котором уже что-то нарисовано, надо будет нарисовать еще что-то, развивая сюжет в любом направлении. Мы будем продолжать работу до тех пор, пока лист каждого не пройдет по кругу и не вернется к вам».

Упражнение направлено на развитие креативности, а также на осознание барьеров ее проявления.

3. Обсуждение и обратная связь.

Занятие № 7.

1. Разогрев. «Представим что мы атомы. Мы все будем быстро двигаться по комнате. Когда я скажу какую-нибудь цифру атомы должны будут объединиться в молекулы с таким же числом атомов.

Упражнение улучшает эмоциональное состояние, повышает сплоченность, повышает внимание.

2. Тема занятия: «Воспоминания детства».

«Изобразите по одному из самых счастливых и несчастных событий своего детства».

3. Обсуждение и обратная связь.

Занятие № 8.

1. Разогрев.

Участники делятся на две подгруппы.

«Каждой подгруппе дается семь минут на подготовку, во время которой она должна будет выбрать какое-либо чувство или эмоцию (эмоциональное состояние) и придумать, как его можно изобразить. Это может быть или скульптурное изображение, или невербальное действие. В изображении должны принимать участие все члены подгруппы. В то время как первая подгруппа показывает, что она подготовила, вторая подгруппа внимательно смотрит, стараясь понять. Какое состояние или чувство изображено. Затем подгруппы меняются местами».

Упражнение направлено на развитие способности к пониманию состояний человека и развитию

навыка вербализации результатов отражения наблюдавших состояний.

2. Тема занятия: «Хорошее и плохое».

«Изобразите то, что в вас есть хорошего и плохого, что вам нравится и не нравится, свои достоинства и недостатки».

Варианты:

«Изобразите идеального и реального Я. После изображения положительного и отрицательного Я необходимо сочинить разговор между ними».

3. Обсуждение и обратная связь.

Занятие № 9.

1. Разогрев. «Ведущий и ведомый».

«Разделитесь по парам. Ведущий, надев повязку на глаза ведомого, водит его по комнате, обходя разбросанные стулья и другие предметы».

При этом должна звучать спокойная приятная музыка.

2. Тема занятия: «Жизненный опыт».

Музыка продолжает звучать.

«Сейчас мы потратим некоторое время на то, чтобы сосредоточиться на себе, на своих мыслях, чувствах, переживаниях. Сядьте поудобнее, закройте глаза. Обратите внимание на ваше дыхание, ощутите, как воздух проходит через нос, горло, попадает в грудь, наполняет ваши легкие. Ощутите, как с каждым вдохом в ваше тело попадает энергия, а каждым выдохом уходят ненужные вам сейчас заботы, напряжение... Обратите внимание на ваше тело. Почувствуйте ваше тело: все – от ступней до макушки головы... Вы сидите на стуле, слышите звуки, ощущаете прикосновение воздуха на вашем лице. Может быть, вам захочется изменить позу, сделай это.

А теперь сосредоточьтесь на идее изменчивости мира, в котором мы живем... Наше сложное время характерно быстрыми и резкими изменениями... Порой они бывают молниеносными... Социальные и технологические изменения, которые в прошлые века тянулись десятки лет, теперь могут произойти в считанные месяцы, или даже недели, и все это действует на каждого из нас. Подумайте об этом.

Подумайте об этом. Какие мысли у вас возникают?.. Как вы чувствуете себя в этом изменчивом мире? (Повторить 2-3 раза).

Подумайте о том, какие ваши качества, особенности поведения помогают вам жить в этом изменчивом мире, а какие мешают? А теперь вспомните, что вы сидите здесь, в этой комнате, и здесь есть еще другие люди. Вернитесь сюда, в наш круг, и сделайте это в удобном для вас темпе. Вы можете сразу открыть глаза или посидеть еще некоторое время с закрытыми глазами».

После того как все участники группы открыли глаза, надо предложить всем еще остаться со своими впечатлениями, переживаниями, а затем нарисовать их.

3. Обсуждение и обратная связь. (При обсуждении можно предложить составить список качеств, которые помогают, и которые затрудняют нашу жизнь в изменчивом мире. Это упражнение направлено на осознание каждым участником своего опыта жизни в этом изменчивом мире).

Занятие № 10.

1. Разогрев.

«Сейчас мы будем, бросая друг другу этот мяч, называть безусловное достоинство того человека, которому вы бросаете мяч. Будем внимательны и сделаем так, чтобы все мы участвовали в этой работе».

«Представьте, что вы хиппи. Сейчас мы будем бросать друг другу мяч со словами: «Если бы ты был хиппи, то на твоей футболке было бы написано...». Тот, кому брошен мяч, должен сказать, согласен ли он одеть эту футболку».

Результатом проведения этих упражнений является более полное представление участников о своей уникальности, обогащение сознания позитивными, эмоционально окрашенными образами, связанными со всеми сторонами личности. Все это в совокупности увеличивает «устойчивость» личности, «площадь» ее опоры на себя, в чем коренится возможность для созидающего взаимодействия с другими людьми и миром.

2. Тема занятия: «Прошлое, настоящее и будущее».

«Создайте три рисунка, иллюстрирующее ваше прошлое, настоящее и будущее.

Можно изобразить свою жизнь в виде линии, при этом обратите внимание на направление «линии жизни», ее цель, моменты, связанные с преодолением препятствий. Можно также обозначить словами или символами наиболее значимые события и вехи своей жизни».

3. Обсуждение и обратная связь.

Как отмечает Копытин А.И, спектр возможностей арт-терапии широк и включает в себя не только осуществление лечебно-реабилитационной помощи пациентам самыми различными заболеваниями, но и помочь населению в условиях военных действий, работу с правонарушителями, лицами с алкогольной и наркотической зависимостью, детьми и подростками с эмоциональными и поведенческими нарушениями, семьями и «малыми сообществами» граждан, объединенных по религиозным, этническим и иным социальным признакам. И многие другие возможности.

В заключении, хочется выразить надежду, что арт-терапевтическое направление будет достойно представлено в Казахстане.

Литература:

1. А.И.Копытин «Основы арт-терапии», 1999 г.

-
-
- 2. «Практикум по арт-терапии» под ред. А.И.Копытина
 - 3. «Психогимнастика в тренинге» под ред. Н.Ю.Хрящевой
 - 4. «Психологическая помощь и консультирование в практической психологии» под ред. Тутушкиной
 - 5. Кьел Рудестам «Групповая психотерапия»
 - 6. Champernowne, American Journal of Art Therapy (1970-1971)
 - 7. Бурно М. «Терапия творческим самовыражением»

РАЗВИТИЕ РЕФЛЕКСИВНОЙ КУЛЬТУРЫ ПОДРОСТКОВ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ

Г.Давыдова

Целостный подход к пониманию здоровья выдвигает на авансцену вопросы нормативно-деятельностного и экзистенциального порядка, связанные с поиском цели и смысла образования. Приоритет интересов человеческой личности предполагает создание личностно-ориентированных моделей обучения и воспитания, т.е. осознанно развивающей школой личности учащегося, обладающей желаниями и потребностями, чувствами, собственным внутренним потенциалом саморазвития, темпом созревания и самоорганизации. Все это требует иных профессиональных психологических позиций – радикальной переориентации школы на создание педагогической среды, способствующей наиболее полной актуализации творческих потенциалов всех участников учебно-воспитательного процесса, делает необходимым качество *гуманизации* образования, предполагающее рефлексивное освоение более «человечных» педагогических отношений на всех уровнях учебно-воспитательного процесса. Формирование таких отношений в школе, способных обеспечить реализацию ее ориентационно-ценостной функции – развитие и социальная защита ребенка, взял на себя Центр психологического консультирования школы № 118 Юго-Западного округа г. Москвы.

В рамках задачи профилактики наркомании в школе нами была разработана концепция *регуляционного* (ориентационно-ценостного) консультирования и программа развития рефлексивной культуры школьников, научным основанием которых является рефлексивная методология развития смысловых содержаний педагогического взаимодействия¹.

Регуляционное консультирование понимается нами как педагогическое сотрудничество по перестройке психологического мира человека, установлению им самим смыслового соответствия между сознанием и бытием, повышению осмысленности своих отношений к жизни. Главная роль здесь

принадлежит *рефлексивной поддержке*, которая заключается в обеспечении многозначного смыслового контекста на фоне дискредитации «линейного», безусловного. В основе метода рефлексивной поддержки лежит понимание роли эмоционально-значимого общения в процессе изменения типа отношений (направленности) личности.

Наше исследование, связанное с изучением внутреннего мира подростков, с проблемными характеристиками (курение, «знакомство» с алкоголем и легкими наркотиками) показало, что для большинства респондентов «смыслообразующей» функцией наркотика является поддержка собственной самоценности в отсутствие адекватных средств познания, осмыслиения и понимания социальной реальности. Жизнь старшеклассника, протекающая в нескольких областях социальной практики и взаимодействия с окружающими, в каждой из них (семья, школы, сверстники в неучебное время) строится по правилам отнюдь не аналогичным, а часто до полной противоположности отличающимся друг от друга. Вместе с тем, как показало исследование, школа для учащихся средних и старших классов остается тем местом, где реализуются их идеальные представления о себе. Доминирование потребности в общении и самоутверждении делает «созависимым» характер распространения явления наркотизации и необходимым обращением к личности подростка, сфере его ценностей, его «Я».

Исследование показало, что у подростков наркоманов в детстве есть признаки беспомощности, связанные с отсутствием условий формирования «чувства поддержки». Они часто воспринимают отношения в семье как слишком сложные и неудовлетворяющие их потребность в эмоциональном контакте. «Близкие взрослые» либо недосягаемо далеки, находясь на «уважительной дистанции» к своему ребенку, либо проявляют гиперопеку одновременно с низкой способностью к решению его

¹ Степанов С.Ю. Рефлексивно-гуманистическая психология сотворчества (наука-практика интенсивного развития человека и организаций), Москва-Петрозаводск, 1996

реальных жизненных проблем («Какие там у него могут быть проблемы?»). Надо сказать, что достаточно новым явлением в нашей жизни является тот факт, что в большинстве своем среди экспериментирующих с наркотиками подростков оказываются не хулиганы с дурной наследственностью и ограниченным интеллектом, а именно, так сказать, способные ученики. Наркомания здесь является своеобразным выражением неупорядоченности личности подростка, неприспособленности к окружающему миру.

Развитие рефлексивной культуры связано, с одной стороны, с трансляцией школьнику социокультурных норм отношений, т.е. с социализацией личности, и с другой – с развитием чувств на основе осознания своей личной человеческой ценности, принятия своей уникальности. В этом и заключается собственно цель воспитания. Основным компонентом рефлексивной культуры является адекватное и самоорганизующее отношение человека к самому себе, а также осмысленно-познавательное отношение к окружающему миру². Такое самоотношение выступает двояко: во-первых, как личностно-ценностная направленность, а во-вторых, как момент проявления самооценочных структур личности. Являясь базовым компонентом рефлексивной культуры, эффективная личностная направленность формируется под влиянием развивающей стратегии психологического воздействия на личность.

Понимание условий формирования функционально адекватного образа «Я», лежащего в основе эффективного, творческого поведения человека позволяет с этих позиций взглянуть на сущность рефлексивной поддержки в процессе консультирования. В построении мироощущения, обеспечивающего человеку способность жить среди людей, устанавливать многозначную связь с миром во всех его проявлениях, незаменима роль эмоционально-чувственных отношений в процессе воспитания ребенка в семье. Чтобы помочь – недостаточно проанализировать мотивы поведения другого, необходимо «почувствовать» его заботы, пережить их вместе с ним и (что очень важно) дать ему «чувство поддержки». Мы выделяем понятие акцентуированной направленности, которую можно рассматривать как неправильно ориентированный поиск, связанный с компенсаторной деятельностью самооценки по повышению самоприятия.

В процессе психологического консультирования происходит восстановление и развитие функции рефлексии, которая в большинстве случаев, страдает на фоне деструктивных личностных изменений, связанных с утратой чувства самоценности, сужением направленности личности, образуя на

своем месте вакuum смыслов («экзистенциальный вакuum»). Это переживается подростком, как «отсутствие чувств», «тревога», «боязнь страха», «мрак» и др. Позитивные личностные изменения связаны с расширением ценностно-смысловой структуры «Я» (направленности личности), реабилитацией рефлексивной способности человека, коррекцией отношения человека к самому себе, развитием чувства самоценности. Коррекция самоценности происходит в пространстве рефлексивного («квази-рефлексивного») взаимодействия, где подросток получает недостающую рефлексивную функцию в виде разного уровня и вида отношений. «Чувство поддержки», являясь *самоценным* переживанием, обеспечивает степень эмоциональной готовности к взаимодействию, формируется в процессе воспитания и соответствует характеру направленности личности. «Чувство поддержки» лежит в основе развития *чувства самоценности* личности в процессе рефлексивного саморазвития человека, являясь противовесом в ситуациях проблемно-конфликтного преодоления.

При определенных условиях воспитания и определенном образе жизни формируется инвариантный тип самоотношения (направленности личности). В условиях, связанных с гиперопекой (или, наоборот, с недостатком внимания), формируется личность с нарцистически-гедонистическим типом самоотношения. В критических ситуациях для подростка с такой направленностью личности «чувство поддержки» связано с потребностью в безопасности, беззсловном принятии и защите. В условиях воспитания, основанного на одобрении, в сравнении с другими формирует характер самоценности по принципу «зато»: «Ничего не расстраивайся, Сидоров еще похуже тебя будет». Гонимый страхом неодобрительного сравнения, подросток с нормативно-мнительным типом самоотношения испытывает трудности всякий раз, когда кто-то другой преуспевает. И тот и другой типы самоотношения обусловливают кризисный тип существования для подростка, поскольку обеспечивают только функционирование личности в привычных типовых ситуациях, но не обеспечивают адекватного регулирования поведения в ситуациях проблемно-конфликтных, требующих переосмысления стереотипов опыта.

Целью рефлексивной поддержки в процессе консультирования является повышение *состояния самоценности* личности и далее, формирование *чувства самоценности*. Этот процесс обеспечивается развитием познавательно-творческого осмысливания мира, связанного с ценностью саморазвития, пониманием подростком своей уникальности: все должно быть для чего-то, иметь смысл, конкретную цель.

² Катрич Г.И. (Давыдова) Становление рефлексивной структуры самооценки //Рефлексия, образование и интеллектуальные инновации. Новосибирск.1996.С.137-152

Педагогически значимым в процессе рефлексивного взаимодействия с проблемным подростком является процесс репрезентативного моделирования ситуаций его жизнедеятельности, с максимальной полнотой и учетом актуально значимых отношений. Эти ситуации имеют проблемно-конфликтный характер и требуют своего рефлексивного переосмысливания и активных действий для своего преодоления. Такого рода ситуации в стихии жизнедеятельности и общения разворачиваются спонтанно, уровень их фиксации устанавливается в процессе рефлексивного взаимодействия. В процедуре взаимодействия мы исходим из того, что важно само *переосмысливание*, связанное с расширением поля смыслов, изменение характера значимых объектов отношений (а не восстановление реальной ситуации, связанной с актуализацией привычных отношений). Метод рефлексивной поддержки применяется как *совместное конструирование*, сочинение ситуации (сходной с той, которая имела место в личном опыте подростка) и ее (совместное) переосмысливание. Переосмысливание стереотипов опыта, автоматизмов своего мышления связано с *реконструкцией отношения к ситуации*, появлением *нового самоотношения*. Рефлексивная поддержка означает *дополнение переосмысливанием*³. Цель рефлексивной поддержки – разорвать неправильные логические связи, переосмысливать случайные отношения, установленные детским сознанием, придать объектам устрашения их истинное значение.

Характер значимых отношений обусловлен направленностью личности, т.е. тем смысловым содержанием, которое не вполне всегда осознается, но придает пристрастный характер этим отношениям и *значимость* предметам окружающего мира, выступающим теперь в качестве мотивов повышения самоценности. В качестве мотива также выступает самооценка личности, представление человека о самом себе. В процессе рефлексивного взаимодействия происходит развитие ценностно-смыслового отношения подростка к самому себе, понимание собственной уникальности и одновременно ответственности перед самим собой. Смысл *двуплоскостной* природы рефлексивной поддержки заключается в том, что, с одной стороны, она обуславливает безоценочное отношение к личности, с другой – предполагает использование эффективных способов регуляции состояния самоценности личности.

Для определенного типа самоотношения личности (определенной направленности) существует некоторый набор проблемно-конфликтных ситуаций, которые человек определенным образом осмысливает и в рамках которых структурирует свой жизненный опыт. Психотерапевтическая задача в данном случае заключается в психологическом обеспечении подростку «чувства поддержки». Процесс диалогического взаимодействия предполагает создание условий, при которых подросток может осознанно (это значит, беспристрастно) взглянуть на свою проблему с другого уровня отношения. При этом поддержка заключается в актуализации сильных сторон личности подростка, с опорой на которые возможно новое отношение к ситуации. Позиция психолога в проблемно-конфликтной ситуации метарефлексивна – всегда выше и одновременно опирается на наличный уровень рефлексии подростка. В этом поддерживающая суть рефлексивной поддержки – способствовать пониманию и принятию подростком своих глубинных переживаний, особенностей своей направленности, смыслов поступков, выборов, конкретных способов достижения цели и др.

Диагностической частью метода рефлексивной поддержки является заполнение репертуарной решетки⁴. Слишком тесные связи между конструктами, как и слишком слабые, в равной степени симптоматичны на фоне низкого показателя самопринятия. В первом случае («жесткий» тип конструирования) можно предполагать трудности адаптации к изменяющимся условиям действительности, вследствие неспособности субъекта воспринимать существующие реальные различия, ригидность, сверхупрощенность видения проблемы, конкретность мышления, отсутствие общих представлений. «Слабый» тип конструирования может быть обусловлен тем, что подростку часто приходится сталкиваться с неподтверждением ожиданий и отрицательной оценкой, в силу чего действует механизм пассивного подражания, исключающий необходимость самостоятельного осмысливания опыта неудач. На основе такой системы конструктов субъект оказывается неспособным выдвигать гипотезы и избегает ошибочных ожиданий за счет дестабилизации окружающего мира, который становится для него в известной степени бессмысленным.

На основании низкого показателя самоценности личности мы выделили одиннадцать *акцентуированных* (крайне выраженных) типов поведения

³ Из словаря русского языка С.И.Ожегова следует: «Поддержать - придержав, не дать упасть». В этом толковании важным представляется смысл, определяемый приставкой «при» в значении «присоединить к тому, что уже есть»: не оценка и сравнение, а дополнение.

⁴ С помощью изучения структуры самооценки подростков 5-11 классов с использованием техники репертуарных решеток Дж.Келли мы получили данные, свидетельствующие о том, что для подростков средних и старших классов школа остается тем местом, где реализуются их идеальные представления о себе.

⁵ Характеристика выделенных типов поведения во многом соотносится с описанием основных акцентуированных типов характера А.Е.Личко (Личко, 1983 г.)

подростков в проблемно-конфликтных ситуациях на фоне определенной стратегии направленности личности («крайние» формы поведения, которые выбирает акцентуированный подросток в проблемно-конфликтной ситуации).⁵ Первая стратегия – *отношенческая* связана с поддержанием приемлемых отношений с учителем и одноклассниками («крайние» формы поведения: застrelывающее, демонстративное, гипертимное, аутичное); вторая – *ролевая*, связанная с личной востребованностью в жизнедеятельности класса и школы («крайние» формы: неустойчивое, лабильное, конформное, педантичное); третья – *знаниевая*, связана с потребностью в ощущении своей интеллектуальной состоятельности («крайние» формы поведения: сензитивное, симптоматичное, циклоидное).

Метод рефлексивной поддержки эвристичен по своей направленности, поскольку предполагает совместный поиск оснований тех или иных отношений. Вместе с тем, методически коррекция отношений личности подростка с проблемными характеристиками предполагает владение типологическим видением акцентуации расстройства самоотношения подростка и системой психотехнических навыков поддержки в проблемно-конфликтной ситуации.

Стратегия рефлексивной поддержки разворачивается в процессе совместного преодоления проблемно-конфликтной ситуации, в основу которой

положено событие, которое воспринимается как необходимость разрешения творческой задачи. Это разрешение, требующее построения нового отношения и реализации нового способа действий, строится на переосмыслении (переигрывании) события, в процессе чего происходит расширение направленности личности, меняется характер отношений: реакция на событие, его восприятие, оценка, самооценка. Доопределение условий является отправным пунктом поиска решения (направленного преодоления проблемно-конфликтной ситуации). С точки зрения отношений к прошлому опыту человека, условия задачи могут быть конфликтными, не «вписывающимися» в сложившийся образ «Я». В ходе совместного «квазирефлексивного» поиска происходит процесс интеграции образа «Я» подростка, включение конфликтных компонентов события в систему его отношений на фоне развития положительного самоотношения. Цель рефлексивной поддержки в структурировании отношений человека, их развитии, более адекватной адаптации, эффективном поведении в сложной среде.

Таким образом, разработанная нами модель регуляционного консультирования может рассматриваться как составная часть школьного образования, как функция дистантного обеспечения социальной защиты школьников.

В ЧЕМ ОПАСНОСТЬ ИНФАНТИЛЬНЫХ СТРАТЕГИЙ ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИНЫ С ЛИДЕРСКИМ ПОТЕНЦИАЛОМ

Е.Н.Клышикова

г. Москва

В любом конце мира жизнь женщины, ее положение в обществе вызывают множество противоречий – как в научных подходах, так и в культурно-социальном контексте. Анализируя социально-политическое устройство общества, мы видим, что принятые в нем параметры установлены согласно мужской проекции. И, если женщина в этом мире добивается успеха, это расценивается, скорее, как исключение из правил, чем как обычное явление. Но может быть дело не только в традиции много векового первенства мужчины, а в недостатке объективной самоочевидности самой женщины, ее неспособности определить и проявить собственную идентичность?

В чем же ее проблема?

Какой бы одаренной от природы ни была женщина, с детства в нее закладывается сценарий на исполнение определенных ролей: дочери – жены – матери – бабушки. Она формируется под влиянием

господства мужской психологии с верой в то, что для женщины первенство означает стать объектом внимания мужчины.

Ее учат, что успеха можно достичь лишь через мужчину – в ситуации внешней зависимости, но реальной манипуляции им для достижения своих целей;

Ее учат привлекать, но, добившись своего, она не знает, как этим управлять.

Стиль, которым руководствуется женщина, добившаяся первенства в семье, на работе или в аффективной сфере, представляет собой вечное соперничество, некую разрушительную силу, как будто женщина мстит за что-то, разрушая тем самым и контекст, в котором находится и себя. Как управлять, как распорядиться властью, как реализовать те силы, тот потенциал, которым природа в избытке наделила женщину и который в редких случаях получает полное развитие? Вот этому – никто ее не учит.

Девушка, закончившая школьное обучение или даже институт, в отличие от юноши не готова к самостоятельной жизни, не обладает личной автономностью. Если юноши говорят: «Иди, зарабатывай!» — то девушка остается в «семейном коконе». И, взрослея в биологическом смысле, она остается ребенком с точки зрения своей психической эволюции. Это состояние инфантильности может сохраняться на протяжении всей жизни.

Такой женщине необходимо одобрение извне, подтверждение, что она «делает правильно». В мужчинах она ищет некоего «папу», который будет ее баловать и защищать, а в женщинах — соперницу или «маму», чтобы и в том, и в другом случаях обвинить их в своих неудачах.

«Женщина хочет, чтобы мужчина был выставлен напоказ, чтобы его можно было обвинить во всем, что не ладится; она, постоянно критикуя мужчину, сама никогда не действует напрямую» по мнению автора книги «Женщина третьего тысячелетия» А.Менегетти.

Девушка-женщина, сформированная социумом и родителями, видя себя красивой и особенной, соглашается на роль потребителя, объекта любви, вплоть до того, что становится полностью подогнана своему партнеру: в деньгах, поступках, желаниях, вкусах и т.д. В таких, казалось бы, разных комбинациях ролей, как «подруга-любовница» и «добродородочная жена-хозяйка», женщина объединяет то, что и в том и в другом случае они — лишь сопровождение мужчины, «женщина-витрина».

Такая женщина обвиняет в своих несчастьях кого угодно, но только не себя: вначале манипулируя своей молодостью и красотой, затем, если это больное место мужа, манипулирует детьми, пытаясь расплатиться за внутреннее ощущение пустоты и несостоятельности.

Замкнувшись на своем биологизме, на собственничестве, на ревности, мнительности, женщина оказывается в состоянии фruстрации, причина которой — в ошибочном выборе жизненных стратегий против себя, в отказе от формализации точным образом своего жизненного порядка (потенциала). Но в природе ничто не исчезает бесследно, и нереализованная энергия потенциала будет искать выхода:

- либо в болезнь, как алиби, оправдывающее ее нежелание действовать, брать ответственность на себя;

- либо в компенсацию через общественно одобряемую форму поведения. Например, такую повсеместно распространенную, но трудно осознаваемую, как «Я всю себя отдала (или отдаю) детям!». На этом остановлюсь подробнее.

Для ребенка такие отношения губительны, так как ограничивают, блокируют развитие его личности. Получая от матери гипертрофированную опеку и внимание, ребенок, впоследствии, ждет от жизни такого же щедрого поощрения, и, если этого

не получает — отказывается от продвижения вперед. Особенные трудности для него начинаются в период вступления в социальные отношения с другими людьми: когда идет в школу, оканчивает школу или институт. Неприученный к трудностям, к борьбе, он, сталкиваясь с реальностью, неизбежно проявляет инфантильный регресс поведения. Ему становится плохо. Он озлобляется, протестует, возмущается и... начинает обвинять мать. Он инстинктивно стучится в ту дверь, за которой прежде находилось то изобилие благ, которое с возрастом уже перестало его удовлетворять. Общество его осуждает: «Мать у тебя святая», — а мать становится жертвой, хотя сама обрекла его на постоянную инфантильную зависимость.

Мы сами взращиваем свои несчастья. За многими женскими неврозами, психическими и соматическими нарушениями стоит нереализованность, неспособность развить свои природные задатки, в результате ошибочности того жизненного пути, который мы выбираем.

Воспитание, общественное мнение, средства массовой информации (через рекламу, TV-шоу, сериалы) навязывают женщине сценарии поведения: «Делай так ты будешь хорошей».

Выполняя социальные установки, женщина, думая, что идет к счастью и благополучию, — ведь она все делает правильно, — к 36-40 годам вдруг обнаруживает, что глубоко несчастна. Причем большее разочарование настигает тех женщин, которые делали ставку только на «выполнение основного предназначения»: на семью...

И дело здесь не в необходимости делать выбор между семьей или карьерой, к которому сводят все многообразие женских противоречий и проблем средства массовой информации. А в том индивидуальном природном потенциале, который в разной степени, но присущ каждой женщине. И то, что для одной хорошо, для другой — недостаточно или совсем не подходит.

Тем женщинам, которым природа дала больше, чем быть только женой и матерью, необходима реализация своего потенциала на другом уровне. «Кому больше дано, с того больше и спросится». И, если в женщине много сил и способностей на руководство большим коллективом людей, а она соглашается с тем, что ее «предназначение» вести домашнее хозяйство, то можно с уверенностью предположить, что в дальнейшем развитии событий будут и болезни, и тоска, и попытка реализации себя через детей, и поиск новых впечатлений, подтверждающих, что она все еще привлекательна, и упреки мужу, что он «не оправдал...», и раннее старение — не столько физическое, сколько психическое. Нельзя безнаказанно остановить природу...

Нет заслуги в том, что кто-то одаренней от природы. Если женщина инфантильна и ленива, то она разрушает свой потенциал. И, нередко та, которая

обладала меньшими способностями на старте, добивается большего, благодаря смелости к осуществлению действия, к поступку, к риску. Потенциал можно заглушить, но его можно и развить, прыгнув, что называется, выше своей головы.

Женщина, одаренная от природы – щедра и беспечна. Она, пытаясь строить свою жизнь по правилам – как все – не может реализовать свой потенциал, использовать свой уникальный проект в собственных интересах, на основе принципа здорового эгоизма. И, при возможности инвестирования жизненной энергии, она вкладывает ее во все что угодно, но только не в собственную реализацию.

Трудно быть женщиной, которой мало быть хорошей женой и хорошей мамой, которая хочет и способна на большее.

Сложно быть лидером, особенно женщине. В жизни существует множество ловушек и ситуаций, где требуется мужская стойкость и интеллект.

Очень мало женщин, которые смогли до конца выйти из общего театра, еще меньше тех, которые бы полностью соответствовали своему природному проекту.

Помочь женщине понять *свою* природу, то, что нужно именно ей — призвана психотерапия аутентификации, предложенная онтопсихологической школой. Онтопсихология разделяет психотерапию лечебную, ставящую своей целью обнаружение симптома, и аутентифицирующую, проводящуюся в форме психологического консультирования. Аутентификация осуществляется на основе идентификации психотерапевтом природного базового критерия клиента, его верификации для осознания клиентом и провоцирования к дальнейшему применению его в качестве «камертона» в выборе

жизненных стратегий в соответствии с интенциональностью своей природы.

Достигнутые результаты могут быть закреплены на онтопсихологическом тренинге аутентификации, на котором дается возможность постепенного вытеснения старых стереотипов новыми эффективными формами поведения.

В заключение — несколько правил, которые могли бы служить для придания ответственности женщине и своеобразной самопроверки ее ежедневных стратегий и выборов:

- 1) «Все зависит от меня»
- 2) «Я все делаю сама»
- 3) «Не откладывать»;
- 4) «Не перекладывать собственные проблемы на другого»;
- 5) «Не брать, не заплатив» — не использовать свой пол, свой эротизм, привлекательность, сексуальность, как инфантильную претензию на уступку; на обладание незаслуженным;
- 6) «Быть честной с самой собой»;
- 7) «Если просишь, то должна точно знать: что – для чего, какие будут последствия».

На многочисленных курсах, обучающих как стать обаятельной и привлекательной, женщины, которые «хотят быть больше», не могут найти решение своих глубинных проблем. Аутентифицирующая психотерапия и онтопсихологический тренинг могут помочь женщине найти выход, осознать и реализовать свои лидерские способности на пользу и себе, и окружающим; научить тому, как идти вперед, действовать от первого лица, как преодолевать тот страх, который находится в глубине самой женщины и который мешает ей проявиться в победном действии.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СНОВИДЕНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ

Е.А.Корабельникова

В современной психотерапии работа со сновидениями является одним из важных и перспективных направлений. Изучение диагностических и терапевтических возможностей использования сновидений особенно актуально для работы с детьми и подростками, страдающими различными вариантами невротических расстройств.

Экспериментальные и клинические данные, накопленные за последние десятилетия, свидетельствуют о количественном и качественном своеобразии сновидений при невротических расстройствах.

В нашей работе сновидения детей и подростков изучались и использованием разработанной нами

методики экспериментального исследования сновидений. Регистрация сновидений осуществлялась много-кратно у каждого ребенка путем записи на магнитофонную ленту отчетов о сновидениях непосредственно после утреннего пробуждения. Их дальнейший анализ осуществлялся с использованием предложенной нами схемы оценки частоты, характера, структуры сновидений. По нашим данным, невротические состояния у детей и подростков характеризуются существенным изменением характера сновиденческой активности по сравнению со сновидениями здоровых детей, проявляющимся не только интенсификацией сновидений, активацией

в когнитивном и аффективном отношении, но и более сложными изменениями их структуры. К ним относятся: повышение степени осознания и фиксации в памяти, особое отношение к своим сновидениям (значимость, "яркость", "вещий характер"), частое возникновение в сновидениях эмоций: тревоги, испуга, страха и тоски и эмоционально опосредованных феноменов (инверсии и эмоциональной неадекватности), частое восприятие незнакомой обстановки, прошедшего и будущего времени, сюжетная связь с психотравмирующей ситуацией, незавершенность, понижение самооценки, присутствие элементов агрессии, а также феноменов "возрастной трансференции", люцидности и "сновидения в сновидении", наличие повторяющихся сновидений.

Возникшая в уникальном состоянии сознания, измененном по сравнению с периодом бодрствования, сновидения занимают особое место среди важнейших средств коммуникации с ребенком. В отличие от любого другого клинического материала, сновидения селективны, т.е. концентрируют в себе информацию, затрагивающую актуальные личностные переживания и отсеивают прочую,

малозначащую для субъекта. Таким образом, работая со сновидениями, терапевт имеет возможность воздействовать целенаправленно на значимые для субъекта переживания, затрагивающие зону конфликта. Кроме того, символическое отражение психологических проблем ребенка в сновидениях остается для него неосознанным. При рассказе о сновидении тягостная для осознания и воспроизведения информация излагается в «безопасной» для пациента форме. Данные особенности могут быть эффективно использованы в психотерапевтической работе с детьми, давая возможность опосредованного (т.е. через символику сновидений) воздействия на интрапсихический конфликт, что менее травматично для ребенка.

В настоящее время работа со сновидениями все активнее используется в качестве компонента психотерапевтического воздействия в структуре его различных методов: рациональной психотерапии, психоанализа, гипноза, групповой психотерапии, арттерапии, психодрамы, семейной психотерапии и гештальт-терапии. В практике детского психотерапевта особенно успешно используется рисунок сновидения.

ТЕМА СУДЬБЫ В РАБОТЕ С КЛИЕНТАМИ

А.Н.Коваленко, С.Б.Есельсон

г. Ростов-на-Дону

В своем повседневном существовании человек ищет опору в устойчивой локализации своего бытия во всех его экзистенциальных измерениях: в физическом, социальном, психическом и ценностно-духовном. Эту локализацию индивида можно обозначить как его «место в мире».

Метафора «места» предполагает, в частности, наличие «границы», «предела», за которым сложившееся поле смыслов индивида вступает в противоречие с меняющейся реальностью. Выход за этот «предел» можно обозначать как попадание человека в «запредельную», или «маргинальную» ситуацию.

Меняющаяся реальность – вызов (по терминологии Тойнби)¹ укорененной, имеющей свою «место» человеческой экзистенции. В ходе жизни человек ни раз сталкивается с «вызовами» потери своего места, требующими «ответа». Пространство жизни между «вызовом» и «ответом», характеризующееся потерей своей идентичности, мы и называем кризисом. Наиболее распространена

типовизация кризисов, выбирающая в качестве типологизационного критерия тип «вызовов» - социокультурный, возрастной, семейный и т.д.

Выход из кризисов зачастую происходит через такое их осмысление, которое предполагает построение целостной концепции своей жизни. В результате человек осваивает идею судьбы.

Судьба понимается здесь нами как интеллектуальный конструкт, способ концептуального осмысливания хода жизни индивида в целом.

Когда человек, находящийся в кризисе, становится клиентом экзистенциального терапевта, последний должен быть готов обсуждать тему судьбы. Зачастую терапевту необходимо уметь помочь родиться именно животворящему, укрепляющему клиента пониманию своей судьбы, если, конечно, для клиента тема судьбы оказывается актуальной.

В этой связи экзистенциальному терапевту, как нам представляется, полезно ориентироваться в реально существующих философских концепциях

¹ См. Тойнби А.Дж. Постижение истории. - М., 1991.

судьбы, уметь их типологизировать (в настоящем материале мы ограничиваемся ситуациями, когда клиент не является религиозным человеком). По нашему мнению, следующая типологизация оснований, на которых строятся различные нерелигиозные концепции судьбы, позволяет экзистенциальному терапевту удерживать значительную смысловую ёмкость, достаточную для работы с клиентом. Она такова:

- рациональная позиция свободы;
- иррациональная позиция свободы;
- рациональная позиция необходимости;
- иррациональная позиция необходимости.

Рациональная позиция свободы основывается на убеждении в том, что все события нашей жизни зависят от нас самих. Наиболее яркий пример – концепция Ж.-П. Сартра. У него человек лишен сущности, он ничем не определен и свободен. Над ним не властны ни инстинкты, ни высшие силы. Человек выбирает себе образ мышления и образ жизни сам из себя. Французский философ-экзистенциалист считает, что человек «создает себя сам. Он не сотворен изначально, он творит себя, выбиря мораль»².

Если позиция кризисного клиента близка этой концепции, то с помощью психотерапевта она может быть достроена до стабилизирующей целостности: неудачи – еще не повод что-либо менять в своей жизни. Чем более тверд ты в своих убеждениях, мечтах, стремлениях, желаниях, целях, тем больше надежды на то, что горизонты жизни проясняются.

Однако в целом ряде случаев идейная близость позиции клиента вышеуказанной концепции оказывается угнетающей, разрушительной для него. Зачастую помочь такому клиенту состоит в обсуждении следующего видения: не все от нас зависит, мир идет своей дорогой, ему до нас дела нет, жить реально в реальном мире – значит жить без какой-либо гарантии на реализацию своих замыслов. Если хоть что-то удается – это уже хорошо.

Иррациональная позиция свободы предполагает признание в основании всякой человеческой активности не разумной, а иррациональной силы. В таких концепциях человек – не хозяин в своем собственном доме, в доме своего сознания. Такова, к примеру, концепция Н.А. Бердяева, который выступает в данном контексте не как религиозный философ, но как экзистенциалист, у которого свобода представляет собой обитающую в человеке творческую мощь, направленную как на благо, так и на зло. Так и «творение, в силу присущей ему свободы, свободы избрания пути, отпало от творца».³

По мнению Бердяева, «свобода – безосновная основа всякого бытия, и она глубже всякого бытия».⁴ Цель жизни человека в концепциях такого типа – освобождение от того, что мешает воплощению этой творческой силы, что мешает реализации в мире уникального конкретного человека, а именно, от влияния прошлого, будущего и социальной среды. Согласно Бердяеву, «акт творческой свободы прорывает детерминированную цепь мировой энергии».⁵

В концепциях такого типа творчество также понимается как чисто иррациональный акт. В качестве примера приведем высказывание Д.С. Мережковского о Леонардо да Винчи: «[Леонардо] когда пишет, не думает ни о каких правилах, только следует вдохновению».⁶ Когда художник творит, он приобщается к некоему иррациональному началу и из него черпает свой творческий потенциал: «...Все то, что ученый исследовал с «упрямой суровостью», пытал и мерил с бесстрастной точностью, рассекал как безжизненный труп, – художник вновь соединил в божественное целое, превратил в живую прелесть, в немую музыку, в таинственный гимн Пречистой Деве, Матери Сущего».⁷

Если позиция клиента близка этой концепции, с помощью терапевта оказывается возможным выявление её животворного потенциала через осмысление жизни в целом как борения с препятствиями на пути своего творческого самовыражения.

Однако в том случае, когда идейная близость позиции клиента вышеуказанной концепции оказывается разрушительной для него, то помочь такому клиенту может состоять в осмыслении коллизий между «могу» и «хочу», во возвращении интенций к узнаванию, – в чем именно его собственный дар, к поискам именно своего места в жизни, в появлении интереса к чужим дарованиям.

Рациональная позиция необходимости состоит в убеждении в том, что судьба складывается в зависимости не столько от активности человека, сколько от влияющих на него различных сил, практически не оставляющих ему возможности самостоятельного выбора. Эти силы можно в принципе распознать и из-под их власти выйти. Типичная концепция такого рода – концепция Э.Берна. С его точки зрения, человек – это хранилище стереотипов, заложенных в нем его прошлым, и все его действия определяются образованными на их основе «сценариями». «Сценарием» Берн называет «план жизни, который начинает складываться в детстве под влиянием родителей. Этот сильный психологический заряд направляет человека к его судьбе и

² Сартр Ж.-П. Экзистенциализм – это гуманизм // Сумерки богов. - М., 1990. - С. 339.

³ Бердяев Н.А. Философия свободы // Бердяев Н.А. Философия свободы. Смысл творчества. - М., 1989. - С. 139.

⁴ Бердяев Н.А. Смысл творчества // Там же. - С. 369.

⁵ Там же.

⁶ Мережковский Д.С. Воскресшие боги. Леонардо да-Винчи. - М., 1990. - С. 143.

⁷ Там же - С. 345.

лишает его порой возможности сопротивляться и свободно выбирать»⁸. Без помощи терапевта человек не может выйти из-под власти «сценария», и ни о каком свободном выборе не может идти и речи.

Если позиция клиента близка этой концепции, то терапевт может помочь обнаружить клиенту множественность своих «сценариев», помочь расчленить «сценарии» и обнаружить те стороны «сценариев», от которых тот ни в коем случае не согласен отказываться, обнаружить то, что вызвавший озабоченность «сценарий» в одних жизненных обстоятельствах затруднял жизнь, а в других - хорошо помогал жить, был успешен, обнаружить тот факт, что наша повседневность и наши мечты служат источником и для появления новых «сценариев», принять «сценарность» своей жизни в ее полноте.

Если для клиента характерна расположность к устойчивому суженному односценарному представлению о своей жизни, и это не даёт возможности выйти из кризиса, то значимой может оказываться помочь терапевту в обнаружении человеком того, что роль прошлого, предзаданности, в его жизни не является довлеющей, что с прошлым можно помириться, и оно перестанет напоминать о себе, что многое определяет живущее в нем будущее - его стремления, цели, желания и мечты, что творение им своего настоящего предполагает его ответственность за сотворенное, а всякое усматривание в своих действиях следов, скажем, своих родителей - есть просто попытка снять ответственность с себя.

Иrrациональная позиция необходимости состоит в принятии последней как исходящей от чего-либо, что совершенно не связано с разумом. Такова концепция Х.Ортеги-и-Гассета. С его точки зрения существование человека может быть подлинным и неподлинным. С точки зрения испанского мыслителя, «человек достаточно свободен по отношению к своему «я», или судьбе. Он может отказаться осуществить свое «я», изменить себе. При этом жизнь лишается подлинности»⁹. Подлинность существования определяется его соответствием «призванию» – иrrациональной обязанности человека соответствовать образу себя-должного. ПРИзвание Ортега считает «цельной, сугубо индивидуальной программой существования... лучше всего сказать, что наше «я» - это наше призвание»¹⁰. В

случае расхождения реальной жизни с призванием возникает душевный дискомфорт, деформации Я. Ортега полагает, что «наша реальная жизнь - большая или меньшая, но всегда существенная деформация нашей возможной жизни»¹¹, то есть жизни в соответствии с призванием. Ход жизни обнаруживает, высвечивает чувство неподлинности своего существования.

Если кризисное состояние клиента связано с переживанием неподлинности своего существования, то работа терапевта с клиентом может помочь выйти клиенту к признанию проявления в своей жизни двух сущностей: образа себя-должного, и обязанности соответствовать этомуциальному. Соответственно, жизнь делится на два периода – период до тех пор, пока «дыхание» должного не осмысливалось и рос дисбаланс между должным и реальным, и период, когда человек пытается искать должное и строить свою жизнь в соответствии с должным.

Если осмысление должного не приводит клиента к перестройке жизни, не создаёт опоры для выхода из кризиса, то на первый план выдвигается тема воли (бдения, радения). Ослабление «дыхания должного» достигается тем, что чувство неподлинности осмысливается, как нежелание преодолевать жизненные трудности, как начало побегания от них.

Таким образом, работа с клиентами при обращении к идеи судьбы предполагает умение терапевта искать вместе с клиентом потенциал выхода из кризиса либо в рамках идейного комплекса, близкого позициям клиента, либо в преодолении его.

Литература:

1. Берн Э. Люди, которые играют в игры. - М.: 2001.
2. Бердяев Н.А. Философия свободы. Смысл творчества. - М.: 1989.
3. Мережковский Д.С. Воскресшие боги. Леонардо да-Винчи. - М.: 1990.
4. Ортега-и-Гассет Х. Эстетика. Философия культуры. - М.: 1991.
5. Сумерки богов. - М.: 1990.
6. Тойнби А.Дж. Постижение истории. - М.: 1991.

8 Берн Э. Люди, которые играют в игры. - Мин., 2001. - С. 26.

9 Ортега-и-Гассет Х. В поисках Гете // Ортега-и-Гассет Х. Эстетика. Философия культуры. - М., 1991. - С. 440.

10 Там же.

11 Там же.

ПСИХОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

О.С.Когай, к.м.н. В.М.Моторыкин,
М.А.Муханбедин, Т.П.Лапина

Общеизвестно, что в патогенезе язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки ведущую роль играют отрицательные эмоции и длительное психоэмоциональное перенапряжение. Автор теории функциональных систем организма П.К.Анохин (1968) разделял компоненты эмоционального разряда на «управляемые» и «неуправляемые». Человек легко может подавить выражение эмоции на лице, но ему не удается это сделать в отношении сосудистого или кишечного компонента эмоций. Было доказано, что эмоции, связанные с гневом и яростью, сопровождаются повышением содержания кислоты и пепсина в отделяемом желудка. Тогда как в состоянии депрессии желудочная секреция уменьшается. Конечно, в механизме процессов, способствующих образованию язвы желудка, нельзя отрицать также роль генетических и механических факторов. Говоря о генетических факторах, следует иметь в виду не только предрасположенность к развитию язвенной болезни как таковую, но наследственно передаваемые особенности характера, которые, как показано многими исследователями, тесно коррелируют с частотой возникновения язвенной болезни. Многие исследователи отмечают, что лица, заболевшие язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, отличаются определенными чертами характера. У одних это проявляется в чрезмерной категоричности суждений, прямолинейности в оценке поступков окружающих, бурных, эмоциональных реакциях. У других в постоянной тревожности, сензитивности, эмоциональной насыщенности переживаний без достаточно выраженного внешнего их проявления, они выглядят собранными, сдержанными, целеустремленными, напоминают гармоничных личностей.

Встречались также личности взрывчатые, угрюмые, всегда всем недовольные и подозрительные.

Поскольку язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки отличается затяжным течением, когда периоды рецидивов сменяются периодами ремиссий, многие исследователи (Белов В.П., 1963, 1967, Белов В.П., Ковалев В.В., 1967, Белов В.П., Сергеев И.И., 1968) отмечают тенденцию к развитию неврозоподобных расстройств: раздражительная слабость или другие признаки психической астении со временем становятся привычной формой реагирования, особенностью поведения больных, они обращают на себя внимание обостренной раздражительностью, суетливыми, быстрыми движениями, торопливостью, неравномерным темпом речи, высокой отвлекаемостью. Они с

трудом переносят психическое напряжение, страдают бессонницей и часто жалуются на забывчивость и ослабление умственной работоспособности. В других случаях клиника астенического развития принимает иной оттенок: на первый план выступают явления повышенной тормозимости (нерешительность, тревожность, переживание чувства неполноты, обостренная впечатлительность). В этих наблюдениях стойкими оказывались канцерофобические расстройства. Клиника патологических изменений личности при этом дополняется淑тяжно-кверулянтными установками, неприязненным отношением к медицинским работникам, переоценкой собственных способностей, агрессией расстройств. В отдельных случаях основой патологического развития личности оказывается аффективно-возбудимый или истерический синдром.

В Медицинском центре ККМ за 2002 г. мы наблюдали за двумя группами пациентов по 60 человек. Первая группа больных была проконсультирована психотерапевтом с последующим применением психотерапии в комплексе лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Возраст больных от 22 до 45 лет. В этой группе было 9 женщин, что составило 15%. 6 из 9 обследованных женщин работают бухгалтерами, т.е. их труд требует постоянного психоэмоционального напряжения. Их личностными особенностями были достаточно высокая степень эмоциональной лабильности и тревожности, однако поскольку они вынуждены были подавлять проявления своей эмоциональности, часты были истероидные реакции. 20 мужчин (более одной трети) заняты на производстве, требующем постоянного физического и психического напряжения (водители большегрузных автомобилей, крановщики, машинисты тепловозов и экскаваторов и т.п.), они отличались категоричностью и прямолинейностью суждений, взрывчатостью, нетерпимостью к чужому мнению. Троє из мужчин были руководящими работниками среднего звена. Их личностными особенностями были педантизм, сдержанность в проявлении эмоций, высокое чувство ответственности за порученное дело и за вверенный им коллектив.

Вторая группа больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки – контрольная – по возрастному и половому составу соответствовала первой и получала общепринятый комплекс лечебных мероприятий, который включал в себя: антибактериальные препараты (трихопол 250 мг 3 раза в день в течение 10 дней, ампициллин 0,25 3 раза в день в течение 10 дней), антисекреторные

(омез 20 мг 2 раза в день в течение 14 дней или кваматель 20 мг 2 раза в день в течение 14 дней), антациды (алмагель по 1 десертной ложке 4 раза в день в течение 3 недель), ферментные препараты (фестал по 1 табл. во время еды). Для улучшения reparативных процессов применялся солкосерил 2мл в\м №10. Через две недели активной терапии назначалось физиолечение (КВЧ № 7, кислородный коктейль).

Первая группа больных помимо стандартного комплекса лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки с первых дней получала психотерапию. Применялись следующие психотерапевтические методики:

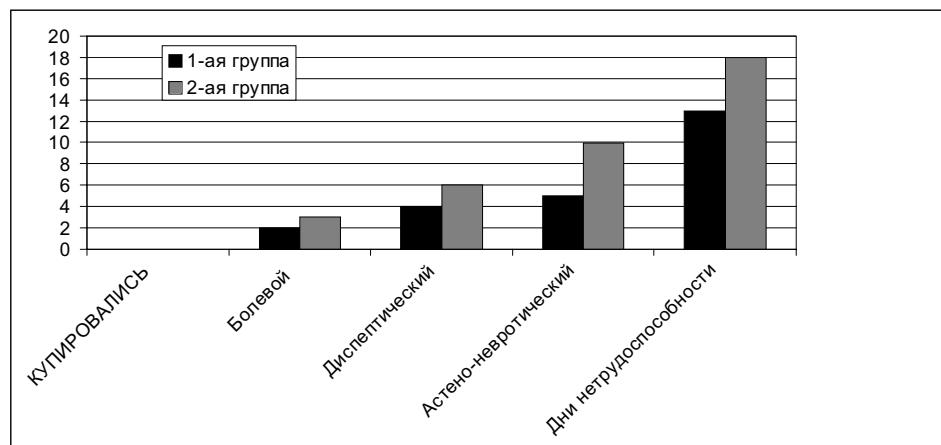
- в рамках рациональной психотерапии, целью которой являлась коррекция неадекватных способов эмоционального реагирования, приводящих к длительному стрессу, использовалась личностно-центрированная терапия К.Роджерса, ориентированная на индивидуальный рост пациента, основанный на стремлении к максимальной самоактуализации; экзистенциальная терапия, основой которой является положение о том, что предназначение

человека – жить и действовать, определяя свою судьбу, и не зависеть от окружения, от обстоятельств (действуя в мире, человек должен ясно осознавать степень воздействия мира на него и, наоборот), а также некоторые техники гештальт-терапии, основанной на осознании и адекватном удовлетворении своих потребностей (восприятие «здесь и теперь», речевые изменения), и техника сократовского диалога в рамках гуманистической психологии В.Франкла;

- в рамках суггестивной терапии – гипнотерапия - с целью эмоционально-мышечной релаксации, а также внушения позитивного отношения к себе и к окружающему миру.

На фоне комплексной терапии в первой группе больных клинически намного быстрее отмечалось уменьшение болевого и диспептического синдрома, а также астено-невротических проявлений; уменьшение дней нетрудоспособности по сравнению с контрольной группой на 5-6 дней, что составляет 20%. Отмечалось улучшение эмоционального состояния больных, увеличение оптимизма и более положительная оценка окружающего.

СИНДРОМЫ	1-ая группа	2-ая группа
купировались	дни	дни
Болевой	2	3
Диспептический	4	6
Астено-невротический	5	10
Дни нетрудоспособности	13	18



Таким образом, комплексное лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в сочетании с психотерапией, воздействуя на патогенетические механизмы заболевания, дает существенное улучшение клинического состояния пациентов и способствует снижению дней нетрудоспособности.

Литература:

1. Ю.Ю.Елисеев Язвенная болезнь. - М., 2001 г.
2. А.А.Крылов, А.П.Земляной. Неотложная гастроэнтерология. Руководство для врачей. - М., Медицина, 2002 г., переиздание 3. с. 99-120
3. Ф.И.Комаров Диагностика и лечение внутренних болезней. - М., 1999. -3 том. С. 63-96

-
4. Р.Кочюнас *Основы психологического консультирования*. - М., 1999. - с. 240
5. Н.Д.Лакосина, Г.К.Ушаков *Медицинская психология*. - М., Медицина, 1984. - с. 55-63
6. Р.Мэй *Искусство психологического консультирования*. - М., 1994. с. 133
7. А.Н.Окороков *Лечение болезней внутренних органов*, Витебск, 2001. - том 1, с. 286-323
8. Г.К.Ушаков *Пограничные нервно-психические расстройства*, М., «Медицина», 1987. - с. 212-213
-

WEB-САЙТ «ПОДДЕРЖКА». ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ИНТЕРНЕТ.

Н.Р.Суатбаев

г. Усть-Каменогорск

Современные информационные технологии находят свое применение и в области ментальной медицины. В предыдущей публикации (1) мы говорили о нашем опыте компьютеризации психологической диагностики. Здесь речь пойдет об использовании Интернет-технологий.

Существует достаточно большая группа людей, нуждающихся в психологической, психокоррекционной, психотерапевтической, психиатрической, социальной помощи – члены семей больных тяжелыми психиатрическими расстройствами, родители детей-инвалидов, люди с ограниченными возможностями (имеющие инвалидность в связи с различными заболеваниями и травмами), люди, сталкивающиеся с серьезными психологическими проблемами, связанными с современной общественной ситуацией, переживающие утрату, пожилые одинокие люди и многие другие.

Спрос на данные виды помощи достаточно велик. Существует и достаточно большой спектр соответствующих услуг. К сожалению, как показывает наш опыт, информированность целевой группы о существующих видах помощи остается крайне низкой. С другой стороны у профессионалов, особенно начинающих, существует проблема «поиска потребителя». Реклама в средствах массовой информации дорогостояща и малоэффективна. Единого информационного ресурса по данной проблематике в нашем регионе (Восточно-Казахстанская область) пока не существовало.

Создание такого информационного ресурса в виде web-сайта, по нашему мнению, позволило бы частично решить данную проблему. Основными задачами нашего проекта явились следующие:

- повысить информированность целевой группы о существующих видах услуг,
- повысить психологическую культуру населения,
- создать благоприятную среду для «самоорганизации» и самореализации подгрупп со сходной проблематикой (например, создание общественной организации родственников психически больных),

• сделать работу специалистов в данной области более эффективной.

Данный проект был осуществлен при поддержке Отдела Образовательных и Культурных Программ (ECA – the Bureau of Educational and Cultural Affairs) Государственного Департамента США (the U.S. Department of State) и администрации Советом по Международным исследованиям и обменам (IREX – the International Research & Exchanges Board). Реализовать проект позволил выигранный нами грант Программы Малых Интернет Грантов IATP (the Internet Access and Training Program – Программа Расширения Доступа к Интернет). Поддерживал работу Центр Общественного Доступа к Интернет Восточно-Казахстанской областной библиотеки им. А.С.-Пушкина. Проект реализован на базе Восточно-Казахстанского областного психоневрологического диспансера (главный врач – Дусумов Б.С.) и негосударственного учреждения «Стресс». Кроме разработчика и координатора в реализации проекта участвовали: web-мастер (Фот Р.Г.), психолог-консультант (Львова О.Г.), переводчик (Нургазин К.Ж.).

«Конечный продукт» веб-сайт «Поддержка» (<http://www.psy.freenet.kz>) начал работать с октября 2002 года.

Сайт двухязычный – на казахском и русском языках. Интернет-ресурсы на государственном языке, к сожалению, до сих пор являются редкостью. Отчасти это связано с определенными техническими сложностями поддержки казахского языка в Сети. Разработчиками эти сложности были успешно преодолены.

В первую очередь, здесь помещена информация об организациях и специалистах, работающих в данной области. В частности, имеются адреса и телефоны всех психиатрических учреждений нашего региона. Разместили информацию о себе кафедра психиатрии Восточно-Казахстанского Государственного университета, молодежный центр практической психологии «Ключи», дошкольные и школьные специализированные учебные заведения

(логопедические, для детей с задержкой психического развития, вспомогательные, для детей с патологией опорно-двигательного аппарата), инвалидные учреждения (общество инвалидов «Оптимист», «Биби-Ана», диабетическое общество, Special Olympics), кризисный центр для женщин, фонд поддержки бедных и др. Размещенные на главной странице баннеры отсылают к родственным сайтам.

Отдельные разделы составляют популярные статьи и рекомендации, сообщения о текущих событиях. На отдельных страницах размещены объявления рекламного характера. Можно найти тексты законодательных и нормативных актов соответствующего профиля, в частности, полный текст Закона о психиатрической помощи Республики Казахстан. Отсюда можно «скачать» разработанные нами, упрощенные и популяризованные программы для компьютерного психологического тестирования, в частности, тест М.Люшера и опросник депрессивных состояний Беспалько И.Г. В разделе «Творчество» размещены репродукции графических и живописных произведений профессиональных художников, рисунки психологов, иллюстрирующие некоторые психологические проблемы, рисунки пациентов, выполненные во время арт-терапевтических сеансов. Отдельный раздел составляют публикации для профессионалов, сообщения о важнейших событиях в профессиональной сфере. Блок «Поиск по сайту» позволяет быстро найти разделы, посвященные искомому вопросу, либо все публикации нужного автора. Зарегистрировавшимся пользователям становятся доступны дополнительные сервисы.

Интерактивные разделы (различные опросы, форум, гостевая книга, сообщение администратору) позволяют в удобной форме осуществлять обратную связь с пользователем. Можно узнать, сколько посетителей было на сайте сегодня или за определенный период.

Использованная web-дизайнером при разработке сайта технология Post Nuke значительно упрощает и делает более оперативной работу администратора: упрощает размещение и обновление публикаций, позволяет отслеживать статистику посещаемости и т.д.

Первый полный месяц работы сайта дал около 200 посетителей, в январе 2003 года их было более 300. В подавляющем большинстве они лишь просматривают содержимое сайта, не вступая в интерактивное взаимодействие (не участвуют в опросах, не оставляют сообщений). Вероятно, что большинство посетителей используют доступ к Интернет с рабочего места, так как максимум посещений приходится на рабочие дни недели (понедельник, пятница, четверг) и на часы рабочего дня с пиком посещений ко времени его окончания (15-17 часов). Имеется запрос на конкретную информацию (например, каким образом можно связаться со специалистом, представившим на сайте заинтересовавшую программу). Важный, на наш взгляд, вывод состоит в том, что «раскрутка» сайта со столь специфичным «контентом» должна идти не только и не столько внутри Интернет-сообщества (обмен баннерами и т.д.), но и в других, более привычных для целевой группы, средствах массовой информации, путем размещения плакатов, устных сообщений для целевой группы и т.д. В этом нам помогают специалисты Центра общественного доступа к Интернет, пропагандируя наш сайт среди посетителей, дружественные сайты, разместившие наш баннер, публикации в СМИ (2, 3, 4), сообщения в психиатрических диспансерах и т.д.

Наш сайт является долговременным проектом, он продолжает развиваться. Мы приглашаем к сотрудничеству всех в этом заинтересованных.

Литература:

1. Суатбаев Н.Р. «Опыт компьютеризации психологической диагностики» – Вопросы ментальной медицины и экологии, 2001, т. VII, № 4, с.18-20.
2. Суатбаев Н.Р. «Web-сайт “Поддержка”» – Вопросы наркологии Казахстана, 2002, т. 3, с.130-131.
3. Суатбаев Н.Р. «Веб-страница “Поддержка”» – газета «Рудный Алтай», 22.06.2002.
4. Суатбаев Н.Р. «Психологическая поддержка в Интернет» – газета «Рудный Алтай», 12.12.2002.

ПСИХОТЕРАПИЯ ПОДРОСТКОВ С ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

В.В.Титова

В Омской городской наркологической больнице начато проведение исследования эффективности функционального использования универсальных (глубинных) механизмов психотерапевтической коммуникации в комплексной терапии лиц, зависимых от ПАВ.

г. Омск

Концептуальной базой для этого исследования стала двухуровневая модель психотерапии, согласно которой в любой психотерапевтической коммуникации выделяются 2 уровня взаимодействия: поверхностный, или технологический, и глубинный.

Поверхностный уровень представлен адекватным и квалифицированным использованием психотерапевтических методик и техник, направленных на разрушение или утилизацию патологических, дезадаптирующих связей у пациента и создание новых, адаптирующих. Глубинный уровень психотерапевтической коммуникации включает в себя ряд универсальных механизмов, которые реализуются в условиях, так называемого, пространства психотерапии. К ним относятся:

- идентификация с личностью психотерапевта;
- явное или скрытое убеждение и внушение;
- трансляция социальных паттернов поведения;
- позитивное и действенное подкрепление развивающего поведения пациента или группы;
- «наделение» пациента энергетическими и пластическими ресурсами, высокий уровень адаптации;
- обретение пациентом свойств целостности между основными инстанциями психического («прописка» личности в бессознательном по К.Витакеру).

Обязательным условием эффективной психотерапевтической коммуникации является максимальная вовлеченность описанных выше механизмов

глубинного уровня. Важную роль играет также определенная последовательность структурированных действий психотерапевта:

- точная идентификация проблемы;
- полная инвентаризация проблемы;
- выстраивание адекватной диагностической триады: дефект – идеал – проект терапии (обоснованный комплекс технических действий);
- проработка последовательности технических действий с пациентом (клиентом);
- реализация технических действий;
- фиксация изменений (на вербальном и невербальном уровнях; в эмоциональной, когнитивной, поведенческой сферах);
- оценка перспективы и решений пациента в отношении взаимодействия с первоначально заявленной проблемой, а также в отношении собственного будущего.

Для оценки степени вовлеченности механизмов глубинного уровня психотерапевтической коммуникации нами разработаны специальные исследовательские карты-индикаторы.

Карта исследования субъективных признаков достижения глубинного уровня в психотерапевтической коммуникации (заполняется пациентом дважды: в начале и в завершении каждого психотерапевтического цикла (методики))

1. Отмечали ли Вы ощущение покоя и безопасности в продолжение первого психотерапевтического сеанса?
а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом
2. Отмечали ли Вы ощущение покоя и безопасности в последующей работе с психотерапевтом?
а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом
3. Отмечали ли Вы появление чувства доверия к психотерапевту в продолжение первого психотерапевтического сеанса?
а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом
4. Отмечали ли Вы появление чувства доверия к психотерапевту в последующей работе с ним?
а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом
5. Отмечали ли Вы установление полного контакта с психотерапевтом в продолжение первого психотерапевтического сеанса?
а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом
6. Отмечали ли Вы установление полного контакта с психотерапевтом в последующей работе с ним?
а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом

7. Отмечали ли Вы появление (усиление) веры в конструктивные возможности психотерапевтического процесса в продолжение первого психотерапевтического сеанса?
а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом
8. Отмечали ли Вы появление (усиление) веры в конструктивные возможности психотерапевтического процесса в последующей работе с психотерапевтом?
а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом
9. Отмечали ли Вы существенное изменение самочувствия во время первого психотерапевтического сеанса?
а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом
10. Отмечали ли Вы существенное изменение самочувствия в последующей работе с психотерапевтом?
а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом
11. Отмечали ли Вы изменение восприятия окружающего пространства во время первого психотерапевтического сеанса?
а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом
12. Отмечали ли Вы изменение восприятия окружающего пространства во время последующей работы с психотерапевтом?
а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом
13. Отмечали ли Вы изменение восприятия времени (например, ускоренное, замедленное течение времени, или то и другое одновременно) во время первого психотерапевтического сеанса?
а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом
14. Отмечали ли Вы изменение восприятия времени (например, ускоренное, замедленное течение времени, или то и другое одновременно) во время последующей работы с психотерапевтом?
а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом
15. Отмечали ли Вы появление не совсем обычных телесных ощущений (например, легкости, тяжести, жара, холода, покалывания, «мурашек» и т.д.) во время первого психотерапевтического сеанса?
а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом
16. Отмечали ли Вы появление не совсем обычных телесных ощущений (например, легкости, тяжести, жара, холода, покалывания, «мурашек» и т.д.) в последующей работе с психотерапевтом?
а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом

17. Отмечали ли Вы появление ощущения собственной измененности (изменения своего «Я») во время первого психотерапевтического сеанса?
а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом
18. Отмечали ли Вы появление ощущения собственной измененности (изменения своего «Я») в последующей работе с психотерапевтом?
а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом
19. Отмечали ли Вы изменение отношения к проблеме, по поводу которой Вы обратились к психотерапевту в продолжение первого психотерапевтического сеанса?
а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом
20. Отмечали ли Вы изменение отношения к проблеме, по поводу которой Вы обратились к психотерапевту в последующей работе с психотерапевтом?
а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом
21. Отмечали ли Вы появление перспективы решения Вашей основной проблемы во время первого психотерапевтического сеанса?
а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом
22. Отмечали ли Вы появление перспективы решения Вашей основной проблемы в последующей работе с психотерапевтом?
а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом

Карта исследования объективных признаков достижения глубинного уровня в психотерапевтической коммуникации (заполняется супervизором или психотерапевтом дважды: в начале и в завершении каждого психотерапевтического цикла (методики))
1. Сокращение дистанции между терапевтом и клиентом
а) отсутствуют
б) слабая степень выраженности
в) средняя степень выраженности
г) значительная степень выраженности
2. Аналогии в моторике (позе, жестах, движениях головы, глаз)
а) отсутствуют
б) слабая степень выраженности
в) средняя степень выраженности
г) значительная степень выраженности
3. Аналогии в мимических реакциях
а) отсутствуют
б) слабая степень выраженности
в) средняя степень выраженности
г) значительная степень выраженности

4. Присоединение по тембру и интонациям речи
а) отсутствуют
б) слабая степень выраженности
в) средняя степень выраженности
г) значительная степень выраженности
5. Синхронизациям речевого темпо-ритма
а) отсутствуют
б) слабая степень выраженности
в) средняя степень выраженности
г) значительная степень выраженности
6. Выраженность вегетативных реакций у пациента
а) отсутствуют
б) слабая степень выраженности
в) средняя степень выраженности
г) значительная степень выраженности
7. Синхронизация дыхательного ритма
а) отсутствуют
б) слабая степень выраженности
в) средняя степень выраженности
г) значительная степень выраженности
8. Выраженность мышечной релаксации у пациента
а) отсутствуют
б) слабая степень выраженности
в) средняя степень выраженности
г) значительная степень выраженности

Кроме того, в исследовании используются карты субъективной и объективной оценки степени развития свойств антинаркотической устойчивости.

Схема субъективной оценки степени развития свойств антинаркотической устойчивости

Параметры оценки	Индикатор
1. Я точно знаю, кто я такой и чего хочу в жизни:	
а) однозначно нет;	
б) трудно ответить;	
в) начало пути;	
г) середина пути;	
д) развился, но не до конца;	
е) однозначно есть.	
2. Я точно знаю, что нужно делать для исполнения своих желаний, планов:	
а) однозначно нет;	
б) трудно ответить;	
в) начало пути;	
г) середина пути;	
д) развился, но не до конца;	
е) однозначно есть.	

3. Я сам отвечаю за то, что происходит со мною в жизни:	
а) однозначно нет;	
б) трудно ответить;	
в) начало пути;	
г) середина пути;	
д) развился, но не до конца;	
е) однозначно есть.	
4. У меня есть внутренние силы и возможности для того, чтобы добиться поставленных целей:	
а) однозначно нет;	
б) трудно ответить;	
в) начало пути;	
г) середина пути;	
д) развился, но не до конца;	
е) однозначно есть.	
5. Я умею делать свой выбор и держаться избранного, не смотря ни на что:	
а) однозначно нет;	
б) трудно ответить;	
в) начало пути;	
г) середина пути;	
д) развился, но не до конца;	
е) однозначно есть.	
6. Я хорошо знаю о всех возможных риска, связанных с употреблением наркотиков, других психоактивных веществ:	
а) однозначно нет;	
б) трудно ответить;	
в) начало пути;	
г) середина пути;	
д) развился, но не до конца;	
е) однозначно есть.	
7. Я хорошо понимаю, что употребление наркотиков и других психоактивных веществ помешает реализации моих жизненных планов	
а) однозначно нет;	
б) трудно ответить;	
в) начало пути;	
г) середина пути;	
д) развился, но не до конца;	
е) однозначно есть.	
8. Я сделал(а) свой выбор в отношении возможностей употребления наркотиков. И для себя я исключаю такую возможность, не смотря ни на что:	
а) однозначно нет;	
б) трудно ответить;	
в) начало пути;	
г) середина пути;	
д) развился, но не до конца;	
е) однозначно есть.	

Схема объективной оценки степени развития свойств антинаркотической устойчивости

Параметры оценки	Баллы до 5
1. Полноценное завершение личностной идентификации	
2. Степень сформированности навыков ответственного выбора.	
3. Степень сформированности внутреннего локуса контроля.	
4. Наличие позитивного жизненного сценария.	
5. Наличие внутренних ресурсов для реализации позитивного жизненного сценария.	
6. Наличие адекватной информированности о вреде наркопотребления	
7. Исключение наркопотребления из всех возможных горизонтов, жизненных планов.	

Положительной динамикой считается продвижение по всем параметрам от индикатора а) к индикатору е) в шкале субъективных оценок; и от 1 балла до 5 баллов в шкале объективных оценок степени развития феномена индивидуальной антинаркотической устойчивости.

Исследование находится в начальной фазе, тем не менее, мы начинаем получать первые промежуточные результаты, о которых хотелось бы рассказать.

Больной А., 17 лет. Поступил в стационар ГНБ с диагнозом: Ранний алкоголизм. Злоупотребление каннабиноидами, воздержание 1 год. Злоупотребление опиатами, воздержание 2 года. При поступлении предъявлял жалобы на слабость, головокружение, сухость во рту. Из анамнеза известно, что мать больного страдает хроническим алкоголизмом, употребляет наркотики, лишена родительских прав. Беременность протекала на фоне постоянной интоксикации ПАВ. В детстве часто болел простудными заболеваниями, детскими инфекциями. С 10 лет начал курить, впервые попробовал алкоголь. С этого же возраста стал уходить из дома, бродяжничал. С 13 лет курил анашу 2-3 раза в неделю, воздержание с августа 2001 г. С 14 лет в течение 0,5 года употреблял героин внутривенно ежедневно в дозе до 1 гр. в сутки; бросил самостоятельно более 2-х лет назад, при этом отмечались явления абстиненции (озноб, жар, нарушения сна). С 15 лет стал интенсивно алкоголизироваться. Употребляет водку, самогон; толерантность – 1,5 л. водки. Похмельный синдром сформирован. Защитный рвотный рефлекс сохранен. Отмечает потерю ситуационного и количественного контроля, амнестические формы опьянения. В последние 2 года запои достигали 3-4-5 месяцев. Около 1 года назад в состоянии алкогольного опьянения совершил демонстративную суициdalную попытку. Неоднократно лечился в стационаре, после выписки ремиссии не было, сразу начинал алкоголизироваться.

На фоне традиционной медикаментозной терапии (детоксикация, транквилизаторы, витаминотерапия) больному проводилась индивидуальная и групповая психотерапия. При первой встрече с

психотерапевтом больному было предложено заполнить карту субъективных признаков развития свойств антинаркотической устойчивости, в результате чего были диагностированы незавершенность личностной идентификации (3 балла), низкая степень сформированности навыков ответственного выбора (3 балла), средняя степень сформированности внутреннего локуса контроля (4 балла), наличие позитивного жизненного сценария при минимальных внутренних ресурсах для его реализации (2 балла), хорошая информированность о вреде употребления алкоголя и наркотиков (5 баллов). Больной отмечал выраженное влечение к алкоголю, и первый день работы с психотерапевтом был посвящен дезактуализации этого влечения и его устранению с эксплуатацией глубинных механизмов психотерапевтической коммуникации (о чем субъективные и ряд объективных признаков достижения глубинного уровня). После этого эмоциональное напряжение значительно уменьшилось, больной расслабился, у него появилась вера в то, что поставленная цель достижима.

В последующем больному проводилась индивидуальная и групповая психотерапия с использованием техник гештальт-терапии, транзактного анализа, НЛП, психодрамы, при этом также особое внимание уделялось достижению и максимальному использованию второго уровня психотерапии. При повторном исследовании свойств антинаркотической устойчивости у данного больного через 3 недели выявлена положительная динамика: завершенность личностной идентификации, улучшение навыков ответственного выбора (4 балла), увеличение внутренних ресурсов для реализации позитивного жизненного сценария (4 балла). Самочувствие и настроение существенно улучшились. Работа с этим больным продолжается.

Больная О., 17 лет. Поступила в стационар ГНБ с диагнозом: Ранний алкоголизм. Злоупотребление каннабиноидами. Жалоб при поступлении не предъявляла. Краткие анамнестические сведения: больная из неполной многодетной семьи, отец страдает хроническим алкоголизмом; в семье никто не работает, все дети злоупотребляют алкоголем и

каннабисом. Аддиктивное поведение – с 7 лет: начала курить, впервые попробовала алкоголь. С 12 лет курит анашу, примерно 1 раз в неделю. Из спиртных напитков предпочитает водку, самогон; толерантность – около 1 литра водки. Запой – с 14 лет, продолжительностью до 4-5 недель. Потхмельный синдром сформирован. Рвотный рефлекс на большие дозы алкоголя утрачен. Эпизодически возникают амнестические формы опьянения. В состоянии алкогольной интоксикации бывает агрессивной, нередко отмечает суицидальные мысли. В анамнезе – 3 попытки суицида демонстративно-шантажного характера. Изредка злоупотребляет алкоголем в одиночестве.

Результаты исследования свойств антинаркотической устойчивости у данной больной в начале терапии: незавершенная личностная идентификация (3 балла), нет навыков ответственного выбора (2 балла), нет сформированного позитивного жизненного сценария и внутренних ресурсов для его осуществления, недостаточно развит внутренний локус контроля (3 балла); больная обнаруживает также низкий уровень информированности о вреде употребления алкоголя и наркотиков.

Первая встреча с психотерапевтом была посвящена дезактуализации патологического влечения к алкоголю и устранению соматического дискомфорта, при этом объективно фиксировались признаки разлитого транса, что свидетельствовало о достижении глубинного уровня психотерапевтической коммуникации. Впоследствии с больной проводилась индивидуальная и групповая психотерапия, направленная, прежде всего, на завершение личностной идентификации и формирование позитивного жизненного сценария. При повторном исследовании степени развития свойств антинаркотической устойчивости через 4 недели личностная идентификация – 4 балла, позитивный жизненный сценарий – 4 балла, внутренний локус контроля – 4 балла. Работа с данной больной также продолжается.

Приведенные клинические примеры подтверждают, что использование уникальных ресурсов глубинного уровня психотерапевтической коммуникации позволяет в короткие сроки достичь существенных изменений в структуре личности пациентов с химической зависимостью. Мы надеемся, что дальнейшее исследование убедительно докажет правильность данного подхода и его эффективность.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК, ПЕРЕЖИВШИХ СМЕРТЬ ДЕТЕЙ

Т.В.Ходорева

г. Павлодар

Работа с пациентами, перенесших утрату близких, является наиболее сложной в психотерапии, требует испытания духовных сил врача, его профессиональной компетенции. По этой проблеме свои точки зрения излагают Р.Кочунас «Основы психологического консультирования», 1999 г.; М.Е.-Литвак «Принцип сперматозоида», 2001 г.; И.Ялом «Лечение от любви», 1997 г.; С.Фридрик «Вопросы психиатрии и наркологии», 1993, 1995 г.г. в лечении таких пациентов отсутствуют какие-либо схемы, оно индивидуально, также, как неповторим и индивидуален каждый человек. С 1998 г. по 2002 г. на лечении находились 7 матерей, переживших смерть детей, которое проходило на базе дневного стационара, где лечатся пациенты с разной нозологией (эндогенные больные, органическая патология ЦНС и т.д.), что усложняет работу и требует интенсифицировать ее из-за отсутствия достаточного количества времени, а также применять фоновое лечение антидепрессантами, транквилизаторами. В рамках статьи изложу основные моменты терапии.

Пациентка А., 50 лет, единственный ребенок от поздней беременности, которую ждала 10 лет;

мальчик крайне одаренный, учился на факультете авиации и космонавтики, убит в собственной постели при грабеже квартиры. Замужем. Пациентку привела сестра через 3 года после смерти сына в связи с резкими болями в эпигастрии, не снимающиеся спазмолептиками, анальгетиками. Имела место выраженная идентификация с умершим, что проявлялось в многочасовых рассказах о нем с изложением мельчайших деталей детства, жизни сына. С помощью антидепрессантов удалось снять болевой синдром. На психокоррекцию реагировала крайне негативно из-за ригидности установок: «вначале должны умереть родители потом дети». В данном случае власть погибшего сына сильнее желания присобиться в новой реальности. Катамнез: живет с мужем, ограничила социальные контакты.

Пациентка Б., 56 лет, единственный сын утонул во время работы на теплоходе, обратилась в течение месяца после гибели сына с жалобами на бессонницу, потерю аппетита, подавленное настроение. Очень важно в первой беседе дать возможность пациенткам «излить боль, выплакать печаль таким образом, чтобы они почувствовали облегчение к концу беседы». Здесь более уместно выслушать,

побыть рядом. Пациентка со смирением принимала то, что уготовила судьба, скорбь носила психологический характер, почувствовав облегчение, попросила о выписке. Катамнез: за помощью не обращалась, помогает близким, воспитывает внуков.

Пациентка В., 48 лет, дочь трагически погибла в 5 лет, замужем, имеет взрослого сына, пытавшуюся родить ребенка «взамен», но беременность закончилась поздним выкидышем, еще более усугубившим реактивную депрессию. Обратилась через 5 лет после смерти дочери. Имело место выраженные психосоматические расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы. Психотерапия была крайне затруднена из-за соматического состояния. Удалось значительно редуцировать чувство вины, которое по механизму ретрофлексии привело к потребности наказать себя и развитию патологических процессов в организме. Данный случай убеждает в необходимости возможно раннего обращения за помощью в случае трансформации реакции горя в «патологическую скорбь», а также в верности изречения: «время не лекарь, а великий шарлатан».

Пациентки Г., 50 лет; Д. 57 лет, потерявшие сыновей. У первой есть взрослый сын, у второй взрослая дочь. Обратились с жалобами на бессонницу, боли в сердце, пониженное настроение, постоянные навязчивые воспоминание о смерти детей. В ходе первичной беседы пациенткам дана возможность максимально больше рассказать обо всем, что их волнует, в данном случае считаю удачным выражение – «опустошить эмоции». Выяснилось также, что визуальная картина прощания с умершими находится в проекции будущего (справа впереди у правшей), пациентки давали глазодвигательные реакции праворуких. Проведена работа на временных линиях, визуальная картина перемещена в проекцию прошлого с ритуалом погребения, оплакивания, после чего обе почувствовали облегчение, уменьшилось «тяжество в груди». Работа с этими пациентками давала ощутимые результаты, т.к. обе были верующими, смерть воспринимали не как утрату, а как временное расставание со встречей в вечной жизни. Это устранило суициальные мысли, что в случае их реализации, явилось бы препятствием для соединения. Для терапевта важно осознать ценности пациентов, для того, чтобы работать в их реальности и избегать навязывать свою модель мира. Катамнез благоприятный, адаптированы в быту, социальные связи сохранены.

Пациентка Е., 25 лет, трагически погиб единственный ребенок на глазах у матери, замужем. Обратилась через три месяца после психотравмы с жалобами на слабость, постоянное воспоминание о случившемся с чувством вины, невозможность сосредоточиться на работе. В ходе первичной беседы пациентке дана возможность отреагировать эмоции по наиболее актуальным темам.

Проведена работа с чувством вины, пациентка осознала, что она обладает способностью предвосхищать события, поэтому нет основания наказывать себя. У пациентки был высокий интеллектуальный потенциал, что позволило провести структурный анализ личности с идентификацией «я» пациентки и разграничением с «Эго» и последующим обсуждением. В нашем обществе многие, не осознавая этого, исходят не из своих желаний и потребностей, что позволяет находиться в мире с Бытием, а живут в угоду другим – «что скажут, как оценят, у нее такое горе, а она... и т.д.».

В этой связи давление «Эго» преобладает, человек, неосознанно принимает роль жертвы, порой вопреки своим истинным желаниям, что входит в противоречие с Бытием и создает почву для саморазрушения и болезней. В ходе терапии пациентка пришла к осознанию того, что горе – это ее личная проблема, что память о сыне пусть будет светлой, что он не захотел бы, чтобы его мама была больной и несчастной, она свободнее говорила о ребенке, поняла, что рассталась только с телом, а он рядом, в воспоминаниях, во всем, что ее окружает. Катамнез: работает, с мужем отношения хорошие, планирует беременность, здорова.

Пациентка Ж., 56 лет, сын трагически погиб, замужем, имеет дочь, внучку. Обратилась через 3 года после психотравмы в связи с нетерпимыми болями в эпигастрии, приступами сердцебиения, подъемами АД. В течение 3-х лет после смерти сына вела замкнутый образ жизни, лечилась при ухудшении самочувствия в соматических стационарах, проведена эндоскопическая операция на 12-перстной кишке. В ходе первой беседы проведена идентификация симптома, приносящего самые большие страдания, связь его с эмоцией. Определен механизм блокирования потребностей и в дальнейшем поэтапно проводилась работа с механизмами блокирования (ретрофлексией, интроверсией). В начале терапии пациентка была напряжена, лежала в эмбриональной позе с застывшей маской страдания на лице, пальцы рук сжаты в кулак так, что ногти впивались в ладони. В связи с поздним обращением, наличием выраженных психосоматических симптомов проводилась фоновая антидепрессивная, симптоматическая терапия. Проведена работа на временных линиях. Работа с ретрофлексией привела к отреагированию ярости, злости, адресованной убийцам сына, после чего пациентка, не плакавшая 3 года, разразилась слезами. Выплакивание печали продолжалось несколько дней (в семье ей всячески запрещали плакать, успокаивали).

Пациентке предложено снять все возможные ограничения сдерживание слез, рассказано о spontaneitatem – плакать столько, сколько хочется душа (до опустошения), дать возможность содрогаться телу, выкрикивать все слова, какие будут идти. Однажды, она почувствовала, как боль «сидевшая»

в эпигастрини, оторвалась, как пластина и вышла с рвотой, после чего значительно уменьшилась (интроверт). В последующем пациентка включена в психотерапевтическую группу, наметилась положительная динамика.

Анализ данных случаев позволяет сделать следующий вывод, что терапия пациенток, переживших смерть детей успешнее в случае возможно раннего обращения, зависит от личностных качеств человека, его религиозных, культуральных особенностей. Большое значение имеет первичная беседа

для установления контакта с пациенткой, возможности отреагирования эмоций. В работе используются методики НЛП, гештальтерапии, когнитивной терапии, психодрамы.

В случае развития «патологической скорби» очень важно своевременно направить пациенток к психотерапевту, так как обращаются они, как правило, к врачам соматических больниц. Это позволит уменьшить риск развития психосоматических заболеваний, развитий личности по ипохондрическому, психопатоподобному типу.

К ПРОБЛЕМЕ ИНТЕГРАЦИИ ПСИХОТЕРАПЕТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ

Г.А.Хропова

Проблема интеграции различных психотерапевтических теорий и методов в настоящее время становится всё более актуальной и привлекает к себе внимание исследователей и учёных.

Начиная с 70-х годов, предпринимались неоднократные попытки создания интегративной психотерапевтической модели. Все они исходили из предположения о том, что комбинация психотерапевтических методов оказывает на пациента более эффективное воздействие, чем один отдельно взятый метод. На возможность такой интеграции указывают данные многочисленных эмпирических исследований. «Когнитивный» уклон поведенческой терапии, особенно её комбинация с методами Бека и Эллиса, позволил провести параллели между поведенческой терапией и психоанализом.

Одна из таких попыток была предпринята немецким психоаналитиком Вейцманом в 1967 году, когда он попытался доказать, что регрессия и релаксация в рамках поведенческого метода систематической десенсибилизации, сопровождающейся воображаемым или реальным столкновением с угрожающими обстоятельствами, ослабляет при этом защитную реакцию и косвенным образом способствует психотерапевтической переработке центрального невротического конфликта, который служит источником тревоги и страха.

Американский психоаналитик Вахтель в 1997 году продемонстрировал, что при помощи некоторых поведенческих техник (ролевые игры и т.д.) можно выявить конструкты, ответственные за возникновение страха и путём комбинирования различных методов помочь пациенту в осознании его основных проблем.

В 1980 году немецкий специалист по поведенческой психотерапии Виттманн попытался совместить поведенческую модель с основными концепциями

психоанализа. Одна из описанных им комбинаций психотерапевтических приёмов подразумевала последовательное использование когнитивно-диагностических и бихевиористских методов в сочетании с общим психоаналитическим подходом к пониманию проблем. Однако ни в одном из проведённых исследований не были выделены и предложены базовые личностные факторы, которые являются основополагающими в рамках различных психотерапевтических школ и которые могли бы стать основой для создания интегративной психотерапевтической модели. Опираясь на отечественные и зарубежные концепции понимания природы возникновения невротических расстройств (Мясищев В.Н., 1960; Карвасарский Б.Д., 1992; Роджерс К., 1951; Фрейд З., 1921; Ellis, 1957, 1977), а также для более углубленного изучения причин их возникновения и преодоления, автором настоящей статьи были выделены пять основных параметров – личностных факторов, оказывающих особое влияние на формирование нарушений невротического регистра: страх, механизмы психологической защиты, стратегии преодоления конфликтов, агрессия и иррациональные установки, и проведено их комплексное сравнительное изучение в норме и патологии (на модели алкоголизма).

Абсолютно все без исключения исследователи и учёные-теоретики независимо от того, в рамках какой концепции они работают, считают страх основным фактором возникновения невроза. По мнению многих авторов, работа механизмов психологической защиты является нормальным охранительным процессом, которому требуется «Я» – человека для сохранения внутреннего психического равновесия. Механизмы психологической защиты и стратегии преодоления конфликта рассматривались, как две составляющие одного общего

процесса адаптации, которые ведут к общему интегративному процессу преодоления стресса.

Актуальность изучения агрессии, как одного из выбранных факторов, с психоаналитической точки зрения, состоит в том, что в бессознательном каждого человека вытесненные агрессивные импульсы могут порождать различные виды невротических симптомов. Иррациональность мышления была включена в перечень основных личностных факторов, т.к. она лежит в основе большинства эмоциональных расстройств, которые приводят к невротическим нарушениям.

Особенности протекания таких интрапсихических процессов как страх, агрессивные импульсы и связанные с ними механизмы психологической защиты, а также их роль в невротизации человека рассматривались в рамках психоаналитического направления, иррациональные установки – в рамках когнитивного, а агрессивность поведения и стратегии преодоления конфликтов – в рамках поведенческих концептов.

Исследование было проведено в отделении психотерапии для больных алкоголизмом психиатрической клиники имени Карла Бонхёффера в городе Берлине (Германия). Материал для исследования составили две группы испытуемых – немцев в возрасте от 21 до 65 лет (48% женщин, 52% мужчин). В первую группу вошли 70 здоровых испытуемых – не алкоголиков, имеющих достаточно высокий социальный статус и полностью реализованных в жизни. Во вторую группу вошли 75 испытуемых – больных алкоголизмом, отличающихся хроническим течением болезни с ярко выраженной невротической симптоматикой при полной потере социального статуса. При проведении исследований использовались экспериментально-психологический и клинико-психологический методы. Методический комплекс состоял из пяти наиболее популярных, широко используемых в клинической практике Германии методик: Freiburger Aggressionsfragebogen FAF), опросника иррациональных установок (Fragebogen Irrationaler Einstellungen FIE), опросника для исследования страхов (Interaktions – Angst – Fragebogen IAF), опросника для исследования стратегий преодоления конфликтов – СПК (Fragebogen zu Konfliktbewältigungsstrategien FKBS) и краткого варианта теста SCL-90 для исследования невротической симптоматики

L.R.Derogatis (Kurzform der SCL-90-R, deutsche Version).

В результате проведённых исследований было установлено, что основой для интеграции различных психотерапевтических подходов могут стать стратегии преодоления конфликтов, как поведенческого, так и эмоционального уровней, которые непосредственно влияют на все личностные факторы формирования нарушений невротического регистра и, одновременно с этим, являются составляющими одного общего процесса адаптации. При этом поведенческий уровень СПК служит разрешению конфликтной ситуации, а эмоциональный уровень СПК, частично рассматриваемый автором как механизмы психологической защиты, предотвращает возникновение бессознательных импульсов регressiveных страхов и агрессии. Стратегии преодоления конфликта оказались связаны не только с регуляцией страха, но и являются одним из важнейших механизмов регуляции агрессивного поведения, как у здоровых испытуемых, так и у больных алкоголизмом.

Таким образом, можно предположить, что дальнейшее изучение механизмов стратегий преодоления конфликтов и их взаимосвязей с выбранными автором базовыми личностными факторами, играющими главную роль в формировании нарушений невротического регистра, позволит в дальнейшем вплотную подойти к созданию интегративной психотерапевтической модели.

Литература:

1. Карвасарский Б.Д., *Интегративные аспекты психотерапии: основные понятия и перспективы развития // Интегративные аспекты современной психотерапии, Сборник научных трудов института им. В.М.Бехтерева, т. 131, СПб., 1992.*
2. Мясищев В.Н., *Личность и неврозы, Л., 1960.*
3. Роджерс К., *Клиент–центрированная терапия, Рефл - бук, Ваклер, 1997.*
4. Фрейд З., *Введение в психоанализ, Алетейя СПб, 1999.*
5. Ellis A., Gieger R., "Praxis der rational – emotiven Therapie", Мюнхен, Urban und Schwarzenberg, 1979.
6. Freud A., "Das ich und die Abwehrmechanismen", Fischer Verlag, 1999.

РОЛЬ СПК В РЕГУЛЯЦИИ АГРЕССИИ В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ (на модели алкоголизма)

Г.А.Хропова

Актуальность изучения агрессии, как одного из основных личностных факторов, в рамках различных психотерапевтических концепций представляет интерес для изучения не только с социальной точки зрения, как поиск возможностей предотвращения агрессивного поведения и взятия его под контроль, но и с психологической – как готовый к работе деструктивный потенциал, который может порождать различные виды невротических расстройств (З.Фрейд, 1921; О.Кернберг, 1998).

Переживаемые человеком ситуации фрустрации и стресса являются причиной раздражения и неудовлетворённости. Они вызывают при этом различные мысли и фантазии, определяя тем самым стиль поведения. Стратегии преодоления конфликтов (СПК) служат разрешению подобных ситуаций, причём процессы совладания происходят в двух уровнях – поведенческом и эмоциональном, способствуя лучшей адаптации человека. Все виды СПК по своему содержанию связаны с проявлением агрессии и направлением её приложения. Роль СПК в регуляции агрессии была изучена в диссертационной работе “Личностные факторы формирования нарушений невротического регистра” (2002).

В данном исследовании изучение агрессии проводилось в отделении психотерапии для больных алкоголизмом психиатрической клиники имени Карла Бонхёффера в городе Берлине (Германия). Материал для исследования составили две группы испытуемых – немцев в возрасте от 21 до 65 лет (48% женщин, 52% мужчин). В первую группу вошли 70 здоровых испытуемых – не алкоголиков, имеющих достаточно высокий социальный статус и полностью реализованных в жизни. Во вторую группу вошли 75 испытуемых – больных алкоголизмом, отличающихся хроническим течением болезни с ярко выраженной невротической симптоматикой при полной потере социального статуса. Изучение агрессии и СПК проводилось при помощи двух немецких методик, являющихся наиболее популярными в Германии: Фрайбургского опросника агрессии (Freiburger Aggressionsfragebogen FAF) и опросника для исследования стратегий преодоления конфликтов – СПК (Fragebogen zu Konfliktbewältigungsstrategien FKBS).

Установлены значимые различия по всем видам агрессии в норме и патологии. Количество больных алкоголизмом с выраженной агрессивностью (свыше 7 баллов по шкалам FAF) превосходит здоровых испытуемых: по раздражительности – в 3 раза, по реактивной агрессии – в 2 раза, по самогрессии – в 4 раза, по беспричинной агрессии – в 7,6 раза. Интересен тот факт, что только у 5% здоровых испытуемых выявлены высокие показатели

по шкале “беспричинная агрессия”, что может быть объяснено такими характерными особенностями менталитета немцев, как эмоциональнаядержанность, бесконфликтность, законопослушность. У больных алкоголизмом этот показатель близок к 40%. Следовательно, проблема агрессивного поведения больных алкоголизмом перерастает из психологической проблемы в социальную, требующую дальнейшего изучения.

В результате исследования СПК выяснилось, что их можно разделить на две условные группы: положительные и отрицательные. К положительным СПК относятся “рационализация” и “формирование положительной реакции на негативную ситуацию”, а к отрицательным – “проекция”, “самоагрессия” и “агрессия вовне”. Было установлено, что здоровые испытуемые чаще используют СПК первой, положительной группы, а больные алкоголизмом – второй, отрицательной. Высокие показатели по СПК эмоционального уровня могут свидетельствовать о включении в работу механизмов психологической защиты.

Например, высокие показатели по СПК “самоагрессия” эмоционального уровня у здоровых испытуемых указывают на включение в работу механизма психологической защиты “смещение” и его особой формы “направление агрессивного импульса на себя”, при котором агрессия в рамках общественной жизни может переноситься на “менее опасный объект”, в данном случае на себя. Включение этого механизма в работу обусловлено высоким уровнем социальных страхов и личностной тревожности.

В результате проведённого исследования были выявлены два механизма регуляции агрессии: механизм подавления агрессии (МПА) и механизм регуляции агрессии посредством СПК.

Для МПА характерно наличие высоких показателей социальных страхов и иррациональности мышления. Следует отметить, что МПА является методом борьбы, выработанным обществом против антисоциального и антиобщественного поведения, регулируя скорее внешнюю, социальную жизнь индивидуума, при этом нарушая его внутреннюю, психическую. Этот диссонанс при незрелости “Я” индивидуума и несостоинности его психологических защит может компенсироваться невротическим симптомом. Интересно отметить, что у здоровых испытуемых использование МПА ведёт к соматизации, в то время как у больных алкоголизмом МПА не приводит к формированию нарушений невротического регистра и является конструктивным механизмом для уменьшения проявлений агрессии.

Также было установлено, что регуляция агрессии посредством СПК в норме и патологии могут протекать по-разному.

У здоровых испытуемых регуляция агрессии происходит при помощи использования положительной стратегии “рационализация”, в результате чего уменьшается самоагрессия, снижается уровень социальных страхов и проявление агрессии вовне. Следовательно, механизм подавления агрессии становится не нужен. У больных алкоголизмом ведущей положительной СПК является “формирование положительной реакции на негативную ситуацию”, которая снижает уровень проявления самоагрессии и раздражительности. Использование данной стратегии больными алкоголизмом ведёт с одной стороны –

к соматизации, с другой – снижает депрессивность. Предполагается, что именно амбивалентность данной стратегии вынуждает больных алкоголизмом зачастую отказываться от её применения.

Таким образом, дальнейшие исследования механизмов регуляции агрессии посредством СПК могут способствовать, как повышению эффективности психотерапевтического процесса, так и коррекции агрессивного поведения, а также более успешной адаптации человека в обществе.

Литература:

1. Freud S., “*Die Abwehr – Neuropsychosen*”, 1984.
2. Kernberg O., “*Wut und Hass*”, 1989.

ПСИХИАТРИЯ

КЛИНИЧЕСКОЕ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ЦЕЛИТЕЛЕЙ С ВОЗБУДИМЫМ РАДИКАЛОМ ЛИЧНОСТИ

Д.У.Адылов

Актуальность изучения обуславливается всплеском интереса к целительству у населения в последние годы. В тоже время существуют различные взгляды на особенности личности целителя (Алимханов Ж.А., 1978). Главным из факторов, оказывавшим влияние на успешность психотерапевтического воздействия на больного, считаются особенности личности исцеляющего (Либих С.С., 1985).

В тоже время целитель в зависимости от своих личностных особенностей по-разному адаптируется в пестром мире этой народной традиции. Однако описания особенностей личности народных целителей, которые в приложении к целительской деятельности по-своему адаптировались в этой деятельности, отсутствуют.

Нами в процессе клинического изучения 358 целителей была выявлена 168 человек с различным уровнем дисгармонии личности. Среди них 19 человек обнаруживали преимущественно возбудимые черты характера (11,3%). Учитывая социальную адаптацию этих лиц в целительстве, оскорбительность для них термина «психопат» и разную выраженную девиацию мы решили использовать в работе термин «радикал», который больше отвечает международным классификационным требованиям и их строгости.

Часто это были лица, которые вначале лечились у целителей, а затем сами стали на путь целительства. Становлению на стезю этой традиции у них обычно предшествовал определенный этап ученичества. Как правило, обучение целительству проходило у женщины - целительницы, чем у мужчины-целителя, хотя в большинстве своем эта группа представлена мужчинами молодого и зрелого возраста (15 человек или 78,9% от всех целителей этой группы). Обследованные целители этой группы до обращения к целителю имели алкогольные проблемы, что возможно и объясняет их избирательность обращения к целительницам. Мы условно назвали ее группой целителей с возбудимым радикалом личности. Особенно ярко черты возбудимости проявлялись у них в апогее группового сеанса в яростных выкриках, в исступленных танцах. Они не скрывали, что целительство для них – это возможность улучшить свое материальное положение. Обращение к целительству, в основном, было связано, с желанием найти решение своих алкогольных проблем. После лечения у целительниц они

становились полными абstinентами. В обществе, где пьянство очень распространено, человек, прекративший злоупотребление алкоголем и ставший трезвенником, становится, как правило, объектом внимания. К тому же если такое лицо вновь начинало соблюдать традиционные нормы, училось продолжительное время целительству, то оно привлекает внимание людей. Последнее обстоятельство касалось особенно тех посетителей, которые сами имели алкогольные проблемы. Им казалось, что абстиненты – целители знают какие-то способы лечения алкоголизма. Для многих людей алкогольная зависимость – это форма духовного кризиса, и целительство может в ряде случаев помочь преодолеть его. Как и в других критических состояниях, путешествие алкоголика на дно и возвращение обратно часто представляет собой процесс умирания и возрождения «эго». Мифологический обрядовый сюжет: жизнь – духовный кризис – исчезновение (временная смерть) – воскресение в обновленном виде часто отмечается в языческой культуре. Возрождаясь после опустошающей смерти, когда некуда идти, кроме как наверх, человек легко раскрывается для духовного ориентированного существования, когда важным импульсом становится практическое служение (Гроф К., Гроф С., 1996). Многие люди, к своему удивлению, обретают постоянный внутренний источник бесконечного великолуния, дающий им силу и руководящий ими. Они понимают, что бездуховая жизнь тривиальна бессмысленна. Ключ к этому освобождению – полный отказ от иллюзий, что человек способен контролировать свою жизнь, и понимание, что необходима помощь высшей силы (Гроф К., Гроф С., 1996). Они становились ревностными последователями культуральных традиций, подчеркивая это своей одеждой, поведением, нередко религиозностью. В наркологии этот феномен носит название феномена «созревания». Со временем эти люди нередко находили себе другое занятие и редко возвращались в свою болезнь. Выполнение интервью с ними доставляло удовольствие, ибо они были очень искренни и подробно рассказывали о себе, всячески подчеркивая свою силу воли и силу своего решения. В процессе поиска они чаще останавливались на таких методах народной медицины, которые требовали жестких техник или целительских сеансов с эмоциональным разрядом, сходных с катарсисом.

Желание заставить других считать себя нормативным человеком могло сочетаться у этих целителей с доброжелательностью, потребностью в одобрении своего поведения. Но в основе их поведения лежала повышенная тревожность, которая могла проявляться в прямом проявлении власти или в косвенном манипулировании под видом заботливости или обзываивания людей. Они твердо верили, что посредством разума или предвидения со всем можно справиться. Конкретная форма их самоконтроля или контроля над окружающими зависела от их индивидуальных возможных способностей. Вместе с тем, целители с подобным радикалом нередко нуждались в ощущении превосходства, в успехе, в престиже или любой другой форме признания. Стремление такого рода часто было ориентировано на соперничество, потребность эксплуатировать других, перехитрить кого-то. Поэтому, часто в период ученичества они переходили от одного целителя к другому, надеясь узнать что-то очень «секретное». Соперничество проявлялось часто в том, что в процессе экспериментального психологического обследования (ЭПО) такой целитель предлагал услуги другим своим коллегам и пациентам исследования. У таких целителей в споре проявлялась живость и готовность доказать, что он прав. Но при доказательстве неправоты, они плохо переносили проигрыш и с такой же готовностью обвиняли других. В тоже время они умели планировать свое время, заботились о деталях проводимой процедуры. При клинической беседе были заметны включения в виде истерических форм реагирования, иногда с появлением характерологических компонентов в структуре личности.

Таким образом, лицам с возбудимыми чертами личности до обращения к целительству предшествовал этап ученичества у женщин-целителей. Затем они становились ревностными последователями

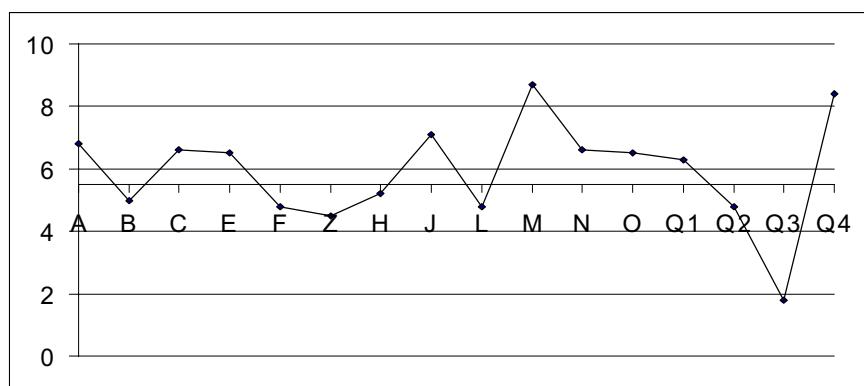
культурных традиций, подчеркивая это своей одеждой, поведением, нередко религиозностью. Им было свойственно использование таких методик, которые требовали жестких техник или целительских сеансов с эмоциональным разрядом, сходных с катарсисом. Желание быть нормативным сочеталось с потребностью в одобрении своего поведения со стороны окружающих. В основе их поведения лежала повышенная тревожность, которая проявлялась в манипулировании под видом заботливости или обзываивания людей, в необходимости ощущения превосходства, успеха, престижа или другой форме признания.

Для уточнения особенностей личности указанных лиц было проведено экспериментально-психологическое тестирование с применением личностных методик Кэттэла и MMPI.

Усредненный профиль по методике Кэттэла у целителей с возбудимым радикалом личности, рис. 1. Повышение фактора в профиле личности Q4 свидетельствовало о напряженности, фрустрированности, высоком эргическом напряжении, склонности к возбудимости, беспокойству, раздражительности, нетерпимости, нетерпеливости, частой утомляемости, но не о способности оставаться бездеятельным. Это еще была склонность к недовольству общественным мнением по заинтересованному вопросу, порядками в обществе, руководством. Такая фрустрация отражала избыток неразрешенного побуждения, а также свидетельствовала о его низком пороге, выраженности вегетативных реакций и высокой мотивации в деятельности. Высокий уровень фактора Н говорил об авантюристичности, спонтанности, непридавленности. Живость в общении у таких людей сочеталась с неумением подмечать эмоциональные нюансы у собеседника, поэтому их «толстокожесть» позволяла им переносить слезы, жалобы других без трудностей в общении. Они могли небрежно относиться к сигналам об опасности.

Рисунок 1

Вторичные факторы профиля по методике Кэттэл



Снижение фактора в профиле личности Q3 отражало отсутствие внутренней дисциплины, наличие конфликтности, несоответствующей действительности. Отсутствие выраженного внутреннего контроля позволяло таким индивидуумам не обращать внимания на социальные требования, быть не слишком внимательным к другим, быть не слишком чувствительным к людям. Это связано с наличием внутри личностной импульсивности, связывающей тревогу.

О развитости воображения свидетельствовало повышение фактора M. Кроме этого, это свидетельствовало и о перегруженности внутренними потребностями, склонности к плохой переносимости рутинности каждого дня бытия. Обращение к основным, на их взгляд, вещам могло вытеснять конкретные реальности. Изнутри направляемые интересы иногда вели к нереалистическим ситуациям, сопровождаемым экспрессивными эмоциональными взрывами. В групповой деятельности такие лица могли быть отвергены из-за выпячивания своей индивидуальности.

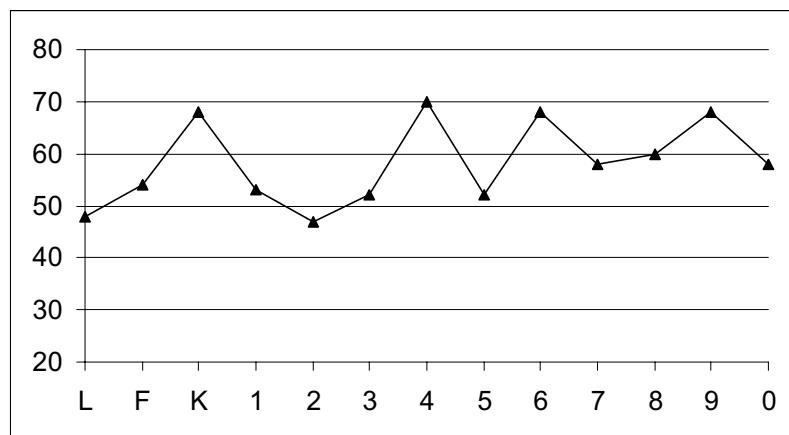
Повышенное значение среднего уровня фактора F1 в пределах 8,7 баллов свидетельствует о высоком уровне базовой тревожности у обследованных целителей и попытках справляться с тревогой с помощью стремления к тому, чтобы их понимали и одобряли, и чтобы они чувствовали себя нужными. Это также говорит об умении этих людей снижать тревогу за счет такого механизма психологической защиты как проекция. Действие этого механизма заключается в том, что все сокровенное и неприемлемое для сознания человека проецируется на других людей и воспринимается как нечто внешнее по отношению к нему. Другой механизм психологической защиты для снижения уровня тревожности – это отрицание. Здесь возможно отрицание реальности, либо отрицание побуждений.

Отрицание часто проявляется тогда, когда человек пытается избежать признания угрозы. Умеренное повышение среднего значения фактора F4 (6,3) указывает на преимущественную ориентацию субъекта на внутренние эталоны упорядочивания внешних впечатлений и устойчивость к давлению чужого мнения. Такая ориентация человека проявляется и в преимущественном следовании своим внутренним ориентирам в игнорировании давления наличной ситуации.

Усредненный профиль личности по методике MMPI у целителей с возбудимым радикалом, рис. 2. Профиль проявлялся, в основном, пиком на четвертой шкале. Этот профиль личности выявляет активную личностную позицию, высокую поисковую активность, а в структуре мотивационной направленности – преобладание мотивации достижения, уверенность и быстроту в принятии решений. “Мотив достижения успеха в этом случае тесно связан с волей к реализации сильных желаний, которые не всегда подчиняются контролю рассудка. Чем менее зрелая перед нами личность, чем меньше довлеют над человеком нормы поведения, привитые воспитанием, тем сильнее риск проявления спонтанной активности, направленной на удовлетворение сиюминутных побуждений, вопреки здравому смыслу и интересам окружающего социума”, – считает Л.Н. Собчик (1998).

Такому профилю характерны нетерпеливость, склонность к риску, высокий уровень притязаний, устойчивость которого имеет выраженную зависимость от сиюминутных побуждений и внешних влияний, успешности предпринятых действий. Поведение таких субъектов раскованно с непосредственностью проявления чувств и речевой продукции. Профиль выявляет также тенденцию к противодействию внешнему давлению, и склонность опираться на собственное мнение, отражает отсутствие

Рисунок 2



достаточной комформности. Лица с повышенной импульсивностью склонны реагировать на влияние преобладающей в данный момент эмоции без достаточного осмысливания ситуации. Такая несдержанность проявлялась, в частности, в агрессивных актах, совершаемых в состоянии гнева и явно несоответствующих вызвавшей их причине. Хотя эти поступки бывали, вероятно, наиболее частой причиной конфликтов, чрезмерная спонтанность и необдуманность поведения проявлялись и в других сферах поведения, например, в сексуальной сфере. При значительной выраженности «неуправляемости», по-видимому, имелся переход к эпилептоидной психопатии. Пик на четвертой шкале также отражал низкий уровень интериоризации социальной нормы и неспособность извлекать пользу из собственного негативного опыта, а подъем на восьмой и третьей шкалах отражал трудность фиксации на какой-либо определенной деятельности.

Повышение профиля на четвертой шкале также свидетельствовало, что блокада актуализированной потребности и связанное с этим эмоциональное напряжение находят непосредственное отражение в поведении, минуя систему установок, отношений и социальных ролей, без учета социальной и этической нормы. Однако в условиях организованного общества определенные социальные и этические нормы препятствуют осуществлению ряда форм поведения, противоречащих этим нормам. У наших обследованных целителей, до обращения к целительской традиции, эмоциональное напряжение реализовалось чаще всего при помощи приема алкоголя. Но с учащением алкоголизации нарастили у них известные проблемы, характерные для алкогольной субкультуры, в том числе и личностные. Этим фактором, возможно, объясняется повышение уровня 6 и 9 шкал профиля. Повышение уровня шестой шкалы находило отражение в озабоченности своим престижем и повышенной чувствительности по отношению к мнимым или действительным несправедливостям. При достижении цели целитель часто переживает интенсивные положительные эмоции. Поиск таких эмоций обуславливает и поиск таких методик, которые гарантировали их переживание.

Люди с таким профилем личности честолюбивы и руководствуются твердым намерением быть лучше других, нуждаются в реальных достижениях, подтверждающих их престиж и личностную значимость. Стремление к подобным достижениям может обуславливать высокую мотивированность и большую продуктивность там, где уровень достижений зависит от мотивации субъекта. Повышение профиля на 9-ой шкале отражает способность устранения фрустрирующих стимулов при помощи отрицания каких-либо затруднений, тревоги, своей или чужой вины. Профиль также отражал неудовлетворенность жизнью, принадлежность

к определенной группе, ощущение собственной неприспособленности и переживание несправедливости и непонимания со стороны окружающих. В межличностных отношениях такие лица отличались поверхностными и нестойкими контактами, у них редко возникало чувство глубокой привязанности. Проведение ЭПО у этих целителей позволило уточнить их личностные характеристики и позволило расширить представление о возможностях обследуемых лиц в мире этой традиции. Таким образом, они отличались фрустрированностью, высоким эргическим напряжением, склонностью к возбудимости, беспокойству, нетерпеливости, живостью в общении. Они обладали высокой мотивацией в деятельности и выраженной вегетативных реакций. Эти лица могли поступать spontанно, на грани авантюристичности. В тоже время они мало обращали внимания на эмоциональные нюансы общения, что позволяло им легко переносить ипохондрические реакции и слезливость у клиентов. Им было свойственно отсутствие внутренней дисциплины и выраженного внутреннего контроля, что позволяло им мало обращать внимание на социальные требования и быть не слишком чувствительным к другим. Они обладали развитым воображением и плохо переносили рутинную работу. Блокированная внутренняя напряженность находила свой выход в экспрессивных методиках целительства с эмоциональной разгрузкой.

У целителей этой группы было тяготение и к авторитарному стилю взаимодействия с пациентами. При специальном опросе-интервью выявлялось, что это были, в основном, люди с невысоким уровнем образования, упрощенно-технологической картиной мира целительства с верой в одну или несколько техник. Как правило, эти лица ранее лечились у целителя этими техниками и старались точно копировать их, не изменяя, не привнося что-то свое. Авторитарность во взаимодействии у них могла сочетаться со старанием «изучать» уверенность, чтобы устранить тревогу, как у пациента, так и свои собственные сомнения. В процессе контакта с пациентами у целителей с возбудимым радикалом личности часто отмечалась некоторая напряженность в сочетании с активностью в покровительстве и опеке. Поэтому сочетание мистичности манипуляции целителя и его уверенность в себе могут усилить ожидания пациента и увеличить вероятность исцеления. Целители с таким стилем взаимодействия с клиентами неудачи терапии экстрапунитивно относили за счет неумения пациента правильно выполнять назначенные процедуры. Таким образом, стиль работы с пациентом логично вытекает из особенностей личности. С другой стороны, личностные особенности подвергаются компенсации в интуитивно найденном стиле взаимодействия, за счет чего происходит адаптация таких лиц в этой народной традиции.

Стиль взаимодействия помогает индивидуализации образа и служит клиентоцентрированности образа целителя. Поведение целителя, используемые им методы, его суждения и обоснования своих действий могут быть разными, но главным для него является передача определенной дозированной информации пациенту. Это помогает целителю влиять на пациента и побуждать действовать пациента согласно своей целительской картиной мира. Разумеется, что стиль взаимодействия любого целителя в значительной степени зависит от тех целительских представлений, которыми он руководствуется в своей практике, но как показывает проведенное исследование, он в значительной мере зависит и от личности самого целителя и ситуации воздействия. Для достижения цели взаимодействия на короткое время складывается благоприятное сочетание целителя и клиента. Поэтому, если пациент не находит такого сочетания с определенным целителем, он, как правило, обращается к другому

целителю. Таким образом, для каждого стиля взаимодействия целителю необходим определенный пациент для успешной деятельности.

Литература:

1. Алимханов Ж.А. *Психопрофилактика и психотерапия // Очерки по истории народной медицины Казахстана.* - Алма-Ата, 1978. - С. 117-119.
2. Гроф К., Гроф С. *Зависимости как духовная опасность // Пути за пределами «эго».* - М.: Изд-во Трансперсонального Института, 1996. - С. 167-169.
3. Либих С.С. *Психотерапия и психология // Руководство по психотерапии / Под редакцией Е.В.-Рожнова.* – 3-е издание – Ташкент: Медицина, 1985. С.45-63.
4. Собчик Л.Н. *Введение в психологию индивидуальности. Теория и исследования.* – М.: Институт прикладной психологии, 1998. – С. 233-276.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПСИХОЗОВ С ПСИХОТИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ И ИЗМЕНЕННЫМ СОСТОЯНИЕМ СОЗНАНИЯ У ЦЕЛИТЕЛЕЙ

Д.У.Адылов

Почти во все времена народное целительство имело определенную притягательную силу как система ориентации в мире. Эта система с относительно устойчивой структурой и с представлением о целительстве, как о практическом и полезном занятии, являлась привлекательным для психически больных лиц, становящихся на путь целительства. Кроме того, по существующим поверьям, многие симптомы различных психических заболеваний рассматриваются как признак носительства способности к целительству (Алимханов Ж.А., 1978). Поэтому одной из мотиваций занятия целительством может являться наличие у самого целителя психического заболевания. Обычно такие люди сначала обращаются к целителю, а затем становятся на путь целительства, ибо при наличии психического заболевания клиника болезни и картина мира у них очень часто отражают целительские представления. Реакция человека на психоз и какое содержание он вкладывает в психоз - это его личное произведение, в которое он наделяет свой недуг. И это способ, каким он наделяет свой недуг смыслом. Поэтому для некоторых больных, психоз какое-то время может являться осмысленным, посредством целительской деятельности. И бредовые расстройства у целителя определенное время даже воспринимаются его

потенциальными пациентами как необходимый элемент своеобразной личности целителя. Диагностика психических расстройств у целителей может осложниться и из-за существующих у населения представлений о том, что целительские способности могут передаваться посторонней силой во сне или открыты другим целителем, что определяют трудности в дифференциальной диагностике, особенно с синдромом Кандинского–Клерамбо.

У больных с эндогенными заболеваниями, в структуре которых имеются галлюцинаторно-брэдовые переживания, целительские представления могут быть включены в болезненную систему переживаний. Хотя эти больные могут не иметь отношения к этой сфере деятельности, но целительские идеи включаются в болезненные переживания как отражение информационного воздействия популярности нетрадиционной медицины. В этом случае больной использует в своей болезненной системе переживаний поверхностные термины и суждения, которые можно подчеркнуть из прессы. При тщательном расспросе такие больные показывают малую осведомленность в целительстве, а объяснение терминологии носит чаще резонерский характер или используется ими в качестве болезненных символов или неологизмов. У другой части

больных целительские представления могут быть связаны с этапом общения с целителем, когда на начальном этапе заболевания его родственники пытались лечить его у представителя народной медицины. Обычно такие больные негативно воспринимают целительство, а его носителей считают причиной своего недомогания и часто включают их в свою бредовую систему болезненных переживаний. Использование целителями таких терминов как “порча”, “сглаз”, “черной и белой магии” служит благодатной почвой для болезненной интерпретации при формировании синдрома психического автоматизма Кандинского-Клерамбо. Небольшая часть больных с эндогенными психозами, имеющих опыт лечения у целителей, может настаивать на выписке при начале лечения нейролептиками. Это обусловлено, с одной стороны, побочными эффектами этих препаратов, которые расцениваются больными однозначно как негативные. С другой стороны, это объясняется симптоматическим изменением под влиянием лечения. Это изменение проявляется нарушением структуры бредовой системы. Желанию выписаться у таких пациентов способствует отсутствие критики к своим переживаниям, и мотив обращения к целителю может использоваться только как попытка избежания терапии. Любой психоз в конечном плане носит для больного адаптивный, хотя и болезненный характер и попытка врача вернуть его из психоза, конечно, расценивается больным как грубое вмешательство в его жизнь и он старается найти возможность уклониться от этого. У таких больных, как правило, использование целительской терминологии носит часто случайный характер и не имеет стройной системы.

Более сложным в дифференциальной диагностике являются случаи, когда психоз возникает у целителя или у больного с психозом возникает желание заниматься целительством. В таких случаях содержание болезненных переживаний довольно часто отражает приход в целительство с интерпретацией своего “особого” назначения. В этих случаях дифференциальные трудности в диагностике связаны с распространенным представлением среди населения, а в целительской среде особенно, о том, что целителем может стать человек с особым психическим складом или имеющий особые возможности, и не могут возникнуть по желанию каждого. В тоже время, среди целителей существуют различные толкования появления целительских способностей. Одни целители считают, что наклонность к целительству передается традициями семьи, другие, что они появляются в процессе длительной работы в нетрадиционной медицине, третьи - что эти качества могут быть открыты другим целителем. Имеется и такая точка зрения, когда появление этих качеств, связывается с изменением личностных свойств после длительной и тяжелой

болезни. Целитель с психозом может использовать любую из этих взглядов или несколько из них для построения своей болезненной бредовой системы. Если врач ошибается и посчитает человека, высказывающего такие взгляды, больным, последствия для этого человека могут быть катастрофическими. В обратном случае, когда больной с психозом, абсолютно лишенный критики к своему поведению, будет продолжать лечить людей и может привести их к трагедии. Учитывая отсутствие у больных критичности к своим бредовым переживаниям, можно провести дифференциальную диагностику между этими двумя состояниями. Если у больного целительские представления включены в бред, то отсутствие критики к ним и другим аспектам своего поведения является достаточно характерным для диагностики психоза. В случае, когда целительские представления носят характер сверхценных идей, имеется возможность определенной коррекции этих идей. Когда бредовые целительские идеи приобретают уже параноидный характер и включают еще и другие бредовые идеи, диагностика значительно облегчается, не говоря уже о параноическом этапе бредовых переживаний, когда психическая несостоятельность заметна и неспециалисту.

Особую значимость галлюцинаторно-бредовые построения с включением целительских представлений у больных с психозами, имеющих опыт работы целителя, представляет синдром Кандинского-Клерамбо. В связи с отсутствием критичности к псевдогаллюцинациям, такие больные довольно часто интерпретируют мотив прихода в целительство, как якобы “открытие” особых возможностей какими-то “высшими силами” или богом и якобы под их влиянием целители стали работать в этой сфере. Это влияние расценивается ими как “совет”, рекомендация, а в некоторых случаях как “приказ” этих сил, насилиственное обращение в целители. Целители с психозом часто трактуют ложные галлюцинации как предложение посторонних сил стать целителем, свою деятельность они могут объяснять как бы “сделанностью” со стороны каких-то неведомых сил. В случае психоза целительские представления включены в классическую триаду синдрома Кандинского-Клерамбо. А в случае, когда целитель просто использует мифологические взгляды целительства в качестве мотивации своей деятельности, поведение его упорядоченное, социальная адаптация не страдает. Обычно мифологическая целительская интерпретация причины перехода в эту практику используется такими лицами для усиления своего образа среди слушателей и пациентов.

Если в психиатрической практике врачи обычно встречаются с синдромом психического автоматизма, а в его структуре с симптомом сделанности в классическом варианте, когда связанный с этим симптомом бред воздействия направлен на

непосредственно больного. То при клиническом изучении психопатологии больных психозом целителей отмечены случаи, когда воздействие направлено на окружающих, опосредованно через больного, - “посторонние силы” дают якобы целителю способности и особую силу, с помощью которых он “воздействует” на других.

Но в тоже время многие целительские техники предполагают входжение в измененные состояния сознания, которые внешне могут напоминать психотическое состояние. Но психотик живет в обособленном мире, затерянный в собственных фантазиях и не способный признать их иллюзиями и галлюцинациями и его переживания кажутся причудливыми и непонятными. А переживания целителя имеют конкретный и определенный смысл, хотя представителю другой культуры, они могут показаться странными. Поэтому давно в западной литературе идет спор о том, что шаманы - исцеленные сумасшедшие или больные с острым психозом или больные шизофренией? Многие заявляют, что шаманы - это шизофреники и состояние шаманизма и шизофрении эквивалентны и полагают, что есть лишь одно целительное измененное состояние и такое же шизофреническое состояние (Уолш Р., 1996). Но если провести клиническое сравнение этих состояний, то выясняется следующее. При остром шизофреническом приступе психика максимально дезорганизована, эмоции неадекватны, мышление диссоциированное, восприятие и идентификация себя могут быть нарушены. При этом возможно: нецеленаправленное возбуждение или подавленное состояние, сознание почти полностью выходит из-под контроля. Сам больной не в состоянии остановить этот процесс и управлять своими эмоциями и чувствами. Когда шизофреник погружен в свои галлюцинации, способность осознать окружающее до такой степени понижается, а мышление становится настолько фрагментарным, что он оказывается практически не способным к общению. Эмоциональные реакции часто искажены и эксцентричные. Если этот процесс прогредиентен, то переживания шизофреника зачастую оказываются бессвязными и бессистемными. Дезорганизация распространяется даже на чувство собственной идентичности и в результате почти теряется способность различать себя. Впечатления же целителя связаны, осмыслиены и соглашаются с целью проводимой работы. Целитель в это время хорошо контролирует свои переживания, у него повышенная концентрация внимания и осмысленное чувство идентичности.

При наличии у целителей с психическими расстройствами бредовых нарушений, содержащих идеи отравления, отношения, воздействия со стороны окружающих, они ищут или придумывают средства для “защиты” от постороннего воздействия, а затем сами переходят к “воздействию” по

отношению к подозрительным, с их точки зрения, людям. Так, может возникнуть новая болезненная система “целительства”, продолжительность которой зависит прогредиентности основной болезни.

Лица с эпизодическими психотическими нарушениями, пришедшие в целительство, чаще всего страдали истерическими психозами или психозами на органической основе. Такие целители утверждали, что посвящение их в целительскую деятельность произошло во сне. И особенно часто, такое утверждение было характерно для лиц с истерическим радикалом личности. По утверждению больных с психотическими эпизодами, во сне, “высшие силы” или бог с ними разговаривали в образе старца (реже, принимая другие образы), “просили” и даже “заставляли” их заниматься целительством. Но, как правило, такие больные уже имели опыт общения и лечения у других целителей по поводу разнообразных истерических расстройств и быстро перенимали картину мира целительства. Психотические эпизоды у этих лиц обычно были эмоционально спровоцированы по механизму реактивных расстройств и вне них, указанные индивидуумы редко продуцировали психотические нарушения. А у целителей с органическими психотическими эпизодами, вне психозов заметны были характерологические сдвиги в виде ригидности, обстоятельности мышления и даже изменения личности в зависимости от тяжести болезни. В отличие от симптома сделанности при эндогенных заболеваниях, в частности при синдроме Кандинского-Клерамбо шизофренической детерминации, целители с истерическими и органическими эпизодическими психозами четко отграничивали вне психотического состояния свои болезненные расстройства от повседневных переживаний, и обычно не распространяли и не связывали болезненные переживания с жизнью вне целительства.

А какие эпизодические психические нарушения чаще встречаются в процессе посвящения и занятия целительством? Первый - это острый реактивный психоз (от нескольких часов до месяца), возникающий как реакция на стрессовую ситуацию входления в целительство, часто сопровождаемая значительной эмоциональной неуравновешенностью, после чего, как правило, наступает полное выздоровление (F 23.0). В тоже время необходимо отметить, что в нашей культуре и больным и врачом “подыскивается” часто причина любому недомоганию. Посетитель, обратившийся к врачу, чаще предъявляет эстрапунитивную причину своего недомогания. А врач не может пришедшего к нему на прием человека отпустить без диагноза. Поэтому, чтобы избежать серьезного психиатрического диагноза у индивидуума с острым и кратковременным психозом конструктивнее использовать вышеуказанный диагноз.

Другими возможными диагнозами являются шизофреноидное расстройство (F 23.2), и ее облегченный вариант: "шизотипальное расстройство" (F 21.9) - там, где расстройство кратковременно, но клиническая картина все же соответствует шизофрении. Шизотипальное расстройство личности характеризуется недостаточной способностью создавать тесные взаимоотношения с окружающими, искажение восприятия и эксцентричность поведения. Проявления этого расстройства: идеи отношения; магическое мышление, которое влияет на поведение и соответствует нормам данной субкультуры (суеверия, приписывание себе способности к ясновидению, телепатии, шестому чувству); причудливые увлечения; необычные перцептивные ощущения, включая иллюзии, связанные с собственным телом. Отмечаются также обстоятельность, метафоричность мышления и речи; неадекватность эмоций, странная внешность; отсутствие близких друзей; тревога при общении с окружающими, которая не связана с негативной самооценкой и не ослабевает при близком знакомстве. О дифференциальной диагностике этих состояний с целительскими представлениями указывалось выше.

Эпизод инициации в целительство действительно может производить впечатление кратковременного реактивного психоза: поведение соответствует симптомам, само расстройство кратковременно, с благоприятным прогнозом, а причина может быть указана другая, не связанная с психотравмирующим фактором. Поэтому здесь можно поставить диагноз атипичного психоза или острой психотической реакции на стресс. Примером может служить следующее клиническое описание.

Больной А., 1969 г. р. Вырос в многодетной семье, вовремя пошел в школу, хорошо учился. После школы поступил и окончил политехнический институт, стал специалистом по эксплуатации автомобилей. Сразу после окончания института вернулся к родителям, которые проживали в районном центре, нашел работу по специальности. Родители по традиции выбрали ему жену, с которой у него сложились хорошие взаимоотношения. В последние годы в связи с изменениями в обществе все его братья и сестры переехали в Бишкек. А он не мог оставить родителей, так как согласно кыргызской традиции, он как младший сын должен был жить с ними, хотя и у него ухудшились материальные условия. В связи с этим он для экономии перестал употреблять табак и алкоголь, о чем давно мечтал. В местности, где алкоголизация очень распространена, он вел трезвый образ жизни, что импонировало жителям старшего поколения и женщинам. Однажды он случайно оказался свидетелем сеанса целителя, который и порекомендовал ему тоже заняться целительской практикой. Будучи специалистом и атеистом он сначала посмеялся над этим, но

вскоре натолкнулся на интересную газетную статью о целителе. Постепенно он стал начитывать распространенные брошюры о целительстве, а затем стал посещать целительницу для обучения традиции. Через некоторое время целительница объявила ему, что он готов работать самостоятельно, но ему будет дан знак "свыше".

Вскоре он поехал в деловую поездку в областной центр, и когда ему надо было возвращаться, приехал на автовокзал и стал ждать автобуса. Неожиданно для себя и без всякой внешней причины он вдруг начал кричать какие-то строки из эпоса "Манас", который читал только в детстве. В состоянии возбуждения он был доставлен в областной психоневрологический диспансер, где это состояние экстаза продолжалось трое-четверо суток. Затем наступило полное выздоровление с адекватной критикой. По собственной инициативе он сразу после выписки приехал в Бишкек и обратился в Республиканский Центр психического здоровья (РЦПЗ) с просьбой тщательно обследовать его и назвать ему диагноз его болезни. Но стационарное обследование не дало никаких результатов: у него не были обнаружены признаки психической патологии. После психотерапевтической беседы, экспериментально-психологического обследования и объяснения причин и форм проявлений целительного посвящения, он был выписан.

Согласно международной квалификации болезней 10 пересмотра ему был поставлен диагноз: Острая реакция на стресс. F 43.0.

Как видно из приведенного клинического примера при психозах посвящения в отличие от шизофрении сохраняется идентификация собственного "Я", осознание окружающего, остается ненарушенной способность к коммуникации, а содержание переживаний связано с вызвавшей целительской ситуацией. Само состояние психоза посвящения достаточно кратковременно и после выхода из психоза человек не обнаруживает какой-либо психической патологии.

Нередко в литературе между эпилепсией и носителями некоторых целительских традиций ставится знак равенства (Bogoras W., 1909). Единственное различие между шаманом и эпилептиком состоит, по мнению A.Ohimarks (1946) в том, что последний не может вызвать транс по собственной воле. Возможное объяснение этим взглядам – не разграничение различных видов эпилепсии, в том числе и височная эпилепсия с истерическими приступами и эмоциональным перевозбуждением. При височной эпилепсии у больного во время приступа могут возникать галлюцинации, он может испытывать интенсивные эмоции от страха до экстаза и переживать чувство нереальности всего окружающего. Больной может также проделывать автоматические, неосознанные движения, иногда ничем не мотивированные. А припадки у целителей почти

Таблица 1

Сравнение измененного целительского состояния (ИЦС) и острого шизофренического приступа

ИЦС	Шизофрения
Сохранена, способность входить в ИЦС и выходить из него; сохранена, способность контролировать переживания в ИЦС.	Больной не способен контролировать или остановить шизофренический процесс или контролировать свои переживания.
Осознание окружающей обстановки снижено.	Осознание окружающей обстановки снижено или искажено.
Способность к коммуникации может контролироваться в зависимости от целительских целей.	Коммуникативные способности искажены, в целом снижены.
Концентрация внимания повышена.	Концентрация внимания снижена.
Ассоциативный процесс несколько ускорен.	Ассоциативный процесс ускорен до уровня возбуждения.
Эмоциональное состояние контролируемо.	Эмоциональное состояние снижено, могут быть крайне отрицательные или крайне положительные; часто эмоции искажены и неадекватны.
Идентичность или чувство своего “Я” сохранены; чувство отдельного “Я” может быть чувством нефизического “духа” (арбака).	Идентичность и чувство своего “Я” разрушены с потерей границ этого; возможна, неспособность отличить себя от других.
Внетелесный опыт контролируется даже в состоянии экстаза.	Внетелесный опыт контролируется редко.
Содержание переживаний: организованные связные образы, определяемые целительской картиной мира и целью проделываемой работы.	Психотические переживания дезорганизованы и фрагментарны, бессистемны.
Впечатления обычны для ИЦС.	Впечатления бессвязны и необычны, могут доходить до кошмара.
Чувство реальности сохраняется.	Чувство реальности теряется в собственном замкнутом психотическом мире.

всегда возникают во время посвящения - в момент эмоционального перевозбуждения и затем исчезают и не имеют органического происхождения, такого как при эпилепсии - некоторой аномалии головного мозга.

Истерический невроз (F 44) - наиболее частый диагноз у целителей, особенно у женщин, подразумевает 2 группы расстройств. Конверсионные расстройства имеют место тогда, когда человек бессознательно подменяет психологические конфликты физическими симптомами, например: припадками - выражения психотического беспокойства, на физическом уровне. Диссоциативные симптомы возникают при потере осознанности и контроля над определенными ментальными процессами (память, восприятие, отождествление) и проявляются в расщеплении личности, когда в индивидууме существует две и более отдельных субличностей, поочереди контролирующих его идентичность и поведение; деперсонализации - устойчиво возникающем или периодически повторяющемся ощущении, обособленности и отчуждения от своих переживаний и в способности легко входить в транс (измененные состояния сознания с ослабленным или избирательно сфокусированным вниманием). Несмотря на почти полную сходность поведения, и переживаний целителя с истерическими симптомами, и наличие достаточно большого количества лиц с

истерическими проявлениями личности среди наших обследованных (20,4% от числа всех изученных целителей), целительство вообще-то санкционировано культурой. И оно достаточно высоко оценивается культурой, и назвать его расстройством означало бы “не суметь отличить клинический случай от традиции культуры” (Yap P., 1951). Кроме того, целитель даже с выраженным истерическим радикалом легко контролирует себя в трансе, а истерик всецело находится в трансе, ибо это защитный для него механизм сужения и искажения сознания в избежания осознания психологической боли и конфликта. Конечно, среди лиц, встающих на путь целительской традиции, имеются и истерические личности (в наших исследованиях - каждый пятый), но объяснить многообразие поведения и переживания целителей только истерическими механизмами не удается.

Переживания целителя имеют конкретный и определенный смысл и тесно связаны с целительской картиной мира. Впечатления целителя осмыслиены и согласуются с целью проводимой работы. В это время он хорошо контролирует свои переживания. Во время лечебных процедур у целителя повышена концентрация внимания и сохранено осмыщенное чувство аутоидентичности. А большой психозом не в состоянии управлять своими чувствами и эмоциями, при погружении в обманы

восприятия способность осознавания происходящего у больного понижается. При этом мышление становится фрагментарным, что понижает способность к коммуникации. Дезорганизация психики у больного может распространяться даже на чувство собственной идентичности, что может привести к потере способности различать себя.

Психотические эпизоды у больных диссоциативным (истерическим) психозом и у лиц с экзогенными психотическими вспышками обычно возникали после психосоматических нарушений с эмоциональной провокацией. И в отличие от больных шизофренией эти пациенты четко отграничивали после лечения свои болезненные переживания от внепсихотического состояния и не связывали психотические расстройства с повседневной жизнью.

Психические нарушения могут отмечаться и в процессе посвящения и занятия целительством. Они могут быть видом острого реактивного психоза, как реакция на стрессовую ситуацию входления в целительскую традицию, с последующим полным выздоровлением. Другим психическим нарушением, требующим дифференциальной диагностики от психотических эпизодов посвящения может быть шизоидное расстройство, где само расстройство кратковременно, но клиническая картина его соответствует шизофрении. У целителей, как и у обычных людей возможен также острый и кратковременный психоз с неясной или неадекватной симптоматикой. И когда психотический эпизод не

соответствует критериям специфических психотических расстройств или когда информация слишком неадекватна для постановки определенного диагноза, конструктивнее для пациента воспользоваться диагнозом атипичного психоза.

Диагностика между эпилептическим и целительским трансом строится на способности целителя контролировать состояние клиента и свои переживания во время транса, что отсутствует у больного эпилепсией.

Литература:

1. Алимханов Ж.А. *Психопатологические явления в шаманизме // Очерки по истории народной медицины Казахстана.* - Алма-Ата, 1978. - С. 65-78
2. Уоли Р. *Картография и сравнение состояний сознания // Пути за пределами «эго».* - М.: Изд-во Трансперсонального Института, 1996. - С. 54-62
3. Bogoras W. *The Chukchee.* - Leiden: Netherlands: E.J. Brill, 1909. - 92 p.
4. Karjalainen K.F. *Die Religion Der Jugra-Volkern Helsinki, 1927.* – 248 p.
5. Chilmark A. *Studies zum Problem des schamanismus // Revue de J. Histories des Religions.* - 1946. - Vol. 131. P. 5-52
6. Yap P. *Mental Displaces peculiar to certain cultures // Of Mental Science. — 1951 - April. - P. 313-327.*

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ШИЗОФРЕНИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ГАШИШНОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ, И ЕЕ ПРОЯВЛЕНИЯ В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Н.Т.Измаилова, Р.Г.Илешева

Отмеченное в последние десятилетия злоупотребление гашишем, которое, как правило, начинается в подростковом возрасте, касается и психически больных, в частности, больных шизофренией. По данным ряда авторов 10 – 15% больных наркоманией страдают шизофренией.

Между тем, проблеме шизофрении, осложненной употреблением гашишем, в известной литературе посвящены лишь единичные специализированные исследования (1-7).

Данное сообщение основано на наблюдении свыше 200 больных шизофренией, употреблявших гашиш. Среди них более чем у одной трети больных начало шизофренического процесса, установленного клинико-анамnestическим методом, относилось к детскo-подростковому возрасту (до 18-19 лет). Из этого числа больных 35 человек наблюдались нами в возрасте 14 – 18 лет.

Исследование возраста начала употребления гашиша показало, что наиболее рискованным оказался период 14 – 16 лет, т.е. средний и старший подростковый возраст.

Влияние гашишной интоксикации, как эпизодической, так и систематической, отмечалось на всех стадиях шизофренического процесса – в инициальном периоде, в манифестных и повторных приступах, в ремиссиях. Проведенный нами ретроспективный анализ показал, что клинически инициальный период характеризовался разнообразными психопатологическими расстройствами, имевшими место в детскo-подростковом возрасте.

Наиболее частными были циклотимоподобные аффективные колебания (у 89,9%), патологическое фантазирование (51,1%), психопатоподобные нарушения поведения (у 80,9%), неврозоподобные

расстройства (47,8%), реже встречались паранойальные бредовые идеи 27,5%) и монотематические интересы (21,9%).

Особенностями депрессии в детско-подростковом возрасте были кратковременность витального чувства тоски, его повторяемость, неосознавание больными болезненного характера депрессий.

Гипомании приближались к типичным, протекали с повышенной двигательной активностью – расторможенностью поведения, иногда с раздражительностью и гневливостью.

Часто отмечалось сочетание субдепрессии и гипомании с психопатоподобным поведением, что усиливало нарушения поведения. Аффективные расстройства в детско-подростковом возрасте имели выраженный психопатоподобный радикал, который маскировал гипомании и субдепрессии.

Психопатоподобные расстройства проявлялись в виде антидисциплинарного, асоциального, противоправного (делинквентного), аутоагрессивного и нарушенного сексуального поведения (6,10).

Феномен патологического фантазирования проявлялся в виде выделенного нами образного фантазирования невротического и психотического уровней.

При фантазировании невротического уровня фантазии, как правило, были черно–белые, охваченность ими была невысокой, больные по желанию могли их прекратить или возобновить. При этом сохранялась возможность коррекции поведения в зависимости от ситуации. Больные тщательно скрывали фантазии от окружающих, родственники не догадывались о наличии у них фантазий.

При образном патологическом фантазировании психотического уровня больные жили своими фантазиями, большой становился «гостем» в реальном мире (13).

Больные были полностью охвачены, как правило, яркими цветными фантазиями, теряли ориентировку в реальности, а себя воображали в какой-нибудь роли.

Неврозоподобные расстройства проявлялись в виде энуреза, сноговорения, навязчивых страхов. Нередко эти симптомы возникали и усиливались на фоне резидуально-органической церебральной недостаточности.

Особенностями паранойальных бредовых идей в инициальном периоде шизофrenии у детей были их мелкомасштабность, направленность на ближайшее окружение, соклассников, учеников, психологическая понятность, что затрудняло диагностику. Особое место занимали дисморфофобические расстройства.

Монотематические интересы сводились к односторонним увлечениям животным или растительным миром, природой. Отмечался интерес к гуманитарным и точным наукам, философии, истории, психологии, химии, литературе и др.

При изучении этапа активного течения шизофrenии были выделены три его варианта: приступообразно-прогредиентный, приступообразный и непрерывный, чаще вялотекущий вариант. Наиболее частым был приступообразно-прогредиентный тип течения, нередко приближающийся к непрерывному.

Манифестные и повторные приступы проявлялись в виде аффективных (моно– и биполярных), аффективно-кататонических, аффективно-бредовых, бредовых, аффективно-онейроидных синдромов с кататоническими включениями.

Употребление гашиша, эпизодическое или систематическое, было не просто одним из проявлений болезненно отклоняющегося поведения. Было выявлено, что острые или хроническая гашишная интоксикация влияет на клинику шизофrenии на всех этапах эндогенного процесса.

Употребление гашиша в инициальном периоде шизофrenии в состоянии гипомании усиливало ее – больные переживали чувство блаженства и счастья.

При употреблении гашиша в состоянии депрессии отмечалось либо усугубление последней, либо уменьшение тоски, раздражительности и тревоги, а в некоторых случаях имел место кратковременный подъем настроения. Состояние депрессии усиливалось более «сильными мастями» анаши («центром», «ручником»), а слабые масти («шала») уменьшали на время интенсивность депрессии.

Гашишная интоксикация, как правило, усиливала психопатоподобные расстройства поведения, что особенно было заметно при углублении одновременно имевших место аффективных расстройств. Имели место сексуальные эксцессы, вызванные усилившимся под действием гашишной интоксикации половым чувством, особенно в состоянии гипомании.

В случаях образного патологического фантазирования было отмечено его усиление. На высоте гашишной интоксикации отмечалась трансформация образного патологического фантазирования невротического уровня в патологическое фантазирование психотического уровня. Фантазии изначально психотического уровня на период гашишной интоксикации усиливались.

При усилившейся субдепрессии, особенно с дисфорическим оттенком, в фантазиях превалировали садистические тенденции с представлением сцен насилия, убийств, крови и сексуального насилия.

Если одновременно с фантазиями обострялись психопатоподобные нарушения поведения, реализация социально опасных тенденций в жизнь облегчалась. Если патологические фантазии сочетались с паранойальными бредовыми идеями отношения и преследования, в усилившемся бредоподобных фантазиях начинали превалировать сцены самой изощренной мести своим мнимым врагам с кровавым насилием, нередко и с убийствами последних. При этом больные истинно наслаждались, мысленноправляясь со своими мнимыми врагами.

Меньшее влияние оказывала гашишная интоксикация на относительно неярко представленный у наших больных неврозоподобный синдром. В некоторых наблюдениях ретроспективно нами было отмечено некоторое усиление навязчивостей, например страха темноты.

Обострение монотематических интересов и паранойальных бредовых идей в гашишном опьянении выражалось в усилении их актуализации и, особенно, в обострении сопровождавших их фантазий. При этом содержание фантазий полностью подчинялось тематике мелкомасштабных бредовых идей и монотематических интересов.

Гашишная интоксикация не только усиливалась имеющуюся симптоматику, но и провоцировала появление новых, кратковременных, сохраняющихся только на период гашишного опьянения психопатологических феноменов более глубокого регистра, которые ранее не имели места у больного.

В частности, у 17,4% больных шизофренией в состоянии гашишного опьянения (при эпизодическом употреблении у 5,1% и при гашизизме у 12,3%), в ее инициальном периоде появлялся феномен бредового восприятия, что свидетельствует об остроте состояния (2, 3, 5, 15).

У больных в состоянии гашишного опьянения появлялись идеи воздействия с набором психических автоматизмов и псевдогаллюцинаторных образов.

Об остроте состояния говорили признаки бреда инсценировки. Описанные симптомы иногда сопровождались кататоническими включениями. Особенностью описанных выше кратковременных психопатологических эпизодов, появлявшихся в гашишном опьянении в инициальном периоде шизофрении, были: их психотический уровень, кратковременность, определяющаяся длительностью гашишного опьянения (от 30–40 минут до нескольких часов), исчезновение их в обратном порядке их возникновения, как правило, с появлением у больных критического отношения к ним; развитие их только на период гашишного опьянения, полная редукция отмеченных психотических расстройств после окончания опьянения.

Отмеченные выше особенности психопатологических расстройств, возникающих у больных шизофренией на ее инициальном этапе только на период гашишного опьянения, позволили их сравнить с «зарницами», «летучими шубами», «мини–шубами», «форпостсиндромами», «транзиторными психотическими эпизодами» в описании ряда авторов в начальном периоде эндогенного процесса (8, 11, 12, 14, 16).

Следует отметить, что у единичных больных аналогичные эпизоды имели место и без гашишного опьянения, возникая спонтанно по эндогенным механизмам.

У некоторых больных в клинику гашишного опьянения в инициальном периоде включались

экзогенные признаки в виде делириозного нарушения сознания и психосенсорных расстройств.

Влияние гашишной интоксикации в периоде активного течения шизофрении проявлялось в проявлении отдельных манифестных и повторных приступов. Такое действие гашиша в большей степени было выражено при гашизизме и в меньшей – при эпизодическом употреблении гашиша.

Более чем у половины больных (у 58%) гашишная интоксикация усиливала психопатологическую симптоматику в приступах, а также в ремиссиях и вызывала появление психопатологических расстройств более глубокого регистра, чем те, которые до этого уже имели место.

В ремиссиях обострялись те психопатологические расстройства, которые имели место в инициальном периоде и здесь сохранялись. Как и в инициальном периоде, так и в ремиссиях в состоянии гашишного опьянения появлялись кратковременные психотические расстройства в виде «мини–шубов» (14), которые подвергались обратному развитию параллельно с редукцией гашишного опьянения.

При гашизизме усиливающее прогредиентность шизофрении влияние гашиша было выражено сильнее, чем при его эпизодическом употреблении.

Такая закономерность проявлялась на всех этапах развития шизофренического процесса.

Литература:

1. Абаскулиев А.А. Клинический характер шизофрении, возникшей в результате длительной интоксикации // Матер. научн. конфер. психиатров Республики Средней Азии и Казахстана – Фрунзе, 1961, С. 29 – 31
2. Алимханов Ж.А. Парапоидная шизофрения – Алма-Ата, 1987 г. -155 с.
3. Вертоградова О.П. Психопатологические аспекты острого бреда // В кн.: вопросы общей психопатологии – М., 1976 – С. 63-70.
4. Гофман А.Г. с соавторами. Наркомания, интоксикация и их лечение - М. 1979, - 48 с.
5. Дементьев Н.Ф. Острый чувственный бред (структура и систематика) / Автореф. дисс. ... докт. мед. наук – М., 1974 – 75 с.
6. Илешева Р.Г. Нарушения поведения у детей и подростков – Алма-Ата, Наука, 1990 – 16 с.
7. Казиева Д.К. Клинико-экспериментальное изучение острой и хронической гашишной интоксикации / Автореф. дисс...канд. мед. наук – Баку, 1966 г. - 25 с.
8. Каменева Е.Н. Актуальные вопросы шизофрении // В кн.: Шизофрения (Вопросы нозологии, патогенеза, клиники и анатомии) - М. 1962 – С. 66-76
9. Кондратьев Ф.В., Василевский В.Г. Шизофрения, осложненная наркоманией // Матер. II съезда невропатологов и психиатров Узбекистана (Психиатрия) – Ташкент, Медицина, 1987 г. – С. 86–89

-
10. Ковалев В.В. *Психиатрия детского возраста* – М., 1979 – 506 с.
11. Концевой В.А. *Клинические особенности приступа при шизофрении и проблема прогредиентности* // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С.Корсакова - 1974 - № 8 – С. 1210–1216
12. Савченко Л.М. *К вопросу о психопатологических и клинических особенностях острых транзиторных состояний в течение приступообразно-прогредиентной шизофрении* // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С.Корсакова - 1974 - № 5 - С. 710-715
13. Симпсон Т.П. *Шизофрения раннего детского возраста* - М., 1948 - 178 с.
14. Haber G. *Therapie, Rehabilitation and prevention schizophrnia* Stuttgart –New-York 1976
1975 Sulwold *Simptome Schizophrenia* – Stuttgard – New-York, 1976 – 1975 p.
15. Sulwold L. *Simptome Schizophrener Erkrankungen Uncharakteische Basiss-torungen* – Berlin – Heidelbery – New – York – Springer – Verlag – 1977 - 112 s.
16. Iaspers K. *Allegemeine Psychopathologie* - Berlin – 1923.
17. Conrad K. *Die beigennente Schizophrenic - 4 unveronderte Auflage* – Stuttgart, 1979 – 165 s.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА И ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ИХ СОЧЕТАНИИ

А.П.Негай, Р.О.Сарсенова, В.В.Ким, А.А.Хан

г. Кзылорда

Взаимоотношения между туберкулезом и психическими расстройствами являются предметом многочисленных исследований. Однако до последних дней нет единой точки зрения на характер, частоту и динамику туберкулезного процесса в ходе лечения психических нарушений.

В настоящем сообщении нами была сделана попытка рассмотреть некоторые стороны многообразных взаимоотношений между туберкулезом и психическими заболеваниями.

С этой целью было изучено 109 больных, находившихся на лечении в психотуберкулезном отделении за период 2000-2001 г.г., страдающих

различными формами активного туберкулеза и психическими болезнями.

Клиническое, лабораторное, бактериологическое, рентгенологическое обследования проводились как до начала специфического лечения, так и повторно на фоне противотуберкулезной терапии и по ее окончании.

В изучаемой группе мужчин было 76 (69,7%), женщин – 33 (30,3%). Возраст больных был от 14 до 66 лет, преобладали лица молодого и среднего возраста (до 18 лет – 4 – 3,7%, с 18 до 29 лет – 31 – 28,4%, с 29 до 60 лет – 67 больных – 61,5%, старше 60 лет – 7 – 6,4%).

Распределение больных по полу за 2000-2001 г.г.

Годы	Всего	в том числе			
		мужчин		женщин	
		абс	%	абс	%
2000	62	44	71,0	18	29,0
2001	47	32	68,1	15	31,9
Всего	109	76	69,7	33	30,3

У всех больных в начале наблюдения была остшая стадия туберкулеза: фаза инфильтрации, распада, обсеменения. Более чем у половины больных (59 чел.) отмечен инфильтративный туберкулез легких. Фиброзно-кавернозный туберкулез установлен у 26 больных (23,9%), очаговый туберкулез у 10 (9,2%), туберкулез внутргрудных лимфоузлов у 6 (5,5%). Удельный вес диссеминированного туберкулеза легких и экссудативного плеврита среди всех форм составил – 2,8%, казеозная пневмония и туб. Спондилит – по 1 сл. (0,9%).

В отношении структуры психических заболеваний в сочетании с туберкулезом можно отметить, прежде всего, наибольшую частоту регистрации туберкулеза у больных шизофренией (52 больных, что составляет 47,7%), затем у больных страдающих олигофренией – 23 сл. (21,1%), с органическим поражением ЦНС – 21 больных (19,3%) и единичные случаи эпилепсии (3 больных), соматическими психозами (2), алкоголизмом и наркоманией (3), последствиями черепно-мозговой травмы (3) (таблица 2).

Сочетание туберкулеза и психических заболеваний за 2000-2001 г.г.

Психические заболевания Формы туберкулеза	Всего		Шизофрения		Олигофрения		Органические поражения ЦНС		Эпилепсия		Последствия ЧМТ		Психопатия		Соматогенный психоз		Алкотолизм и наркомания	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Туберкулез внутригрудных лимфоузлов	6	5,5	-	-	3	2,8	-	-	2	1,8	1	0,9	-	-	-	-	-	-
Очаговый туберкулез	10	9,2	7	6,42	-	-	2	1,8	-	-	1	0,9	-	-	-	-	-	-
Инфильтративный	59	54,1	28	25,7	12	11,0	15	13,8	1	0,9	-	-	1	0,9	1	0,9	1	0,9
Диссеминированный	3	2,8	1	0,9	1	0,9	1	0,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Фиброзно-кавернозный	26	23,9	11	10,1	7	6,4	3	2,8	-	-	1	0,9	1	0,9	1	0,9	2	1,8
Эксудативный плеврит	3	2,8	3	2,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Казеозная пневмония	1	0,9	1	0,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Туб.спондилит	1	0,9	1	0,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Итого:	109	100,0	52	47,7	23	21,1	21	19,3	3	2,8	3	2,8	2	1,8	2	1,8	3	2,8

С обострениями психического нарушения было – 85 больных. Среди всех больных бацилловыделителей было – 49 (45,0%).

При изучении рентгенологической картины туберкулезных процессов в 68,8% сл. (75 больных) были установлены 2-х сторонние обширные процессы, у 62 больных (56,9%) отмечены деструктивные формы, осложненные формы туберкулеза установлены у 35 больных (32,1%).

Наиболее часто из осложнений имели место амилоидоз внутренних органов 18 сл. (51,4% от всех осложнений, причем в 2000 г. – 15 сл., а в 2001 г. всего 3 сл. Легочно-сердечная недостаточность – 13 больных, (37,1%), эксудативный плеврит – 3 сл. (8,6%), легочное кровохарканье – 1 больных (2,9%).

Анализ исходов лечения у изучаемого контингента показал, что у 13 из них (11,9%) отмечен неблагоприятный исход туберкулеза. Для сравнения можно привести данные лечения больных без сопутствующих психических заболеваний. Так за 1999 год неблагоприятный исход зарегистрирован 9,4% случаев, а 2000 году 8,8%.

Острые психические нарушения наблюдались у 85 больных, среди них наиболее широко были представлены астенические расстройства различного генеза: соматические, невротические, смешанные.

Астеническая симптоматика была достаточно выражена у 67 больных (61,5%). Она проявлялась повышенной раздражительностью, неуравновешенностью, эмоциональной лабильностью, плаксивостью, мнительностью, конфликтностью, головными болями, расстройствами сна.

У 38 больных психическое состояние характеризовалось наличием астенодепрессивных расстройств. Отмечались значительное понижение настроения, угнетенность, безразличие к окружающему, пессимистическое отношение к своему состоянию и перспективам излечения.

При изучении влияния туберкулезного заболевания на течение психических болезней раскрываются некоторые особенности. Так, у 12 больных (11,0%) было установлено улучшение психического состояния при прогрессировании туберкулезного процесса, что не противоречит понятию в психиатрии о «психосоматическом балансировании».

В других случаях наблюдалась полная деградация личности при шизофрении на фоне развития туберкулеза. В нашем наблюдении у 23 больных отмечалось обострение обоих заболеваний.

Антибактериальная терапия больных с активными нарушениями психического состояния проводилась на фоне психотропного лечения. Интенсивная и поддерживающая фазы проводились преимущественно в условиях стационара с учетом трудностей проведения контролируемой химиотерапии в поддерживающей фазе в амбулаторных условиях. Курс лечения в зависимости от категории длился от 6 до 10 месяцев. Все больные переносили противотуберкулезные препараты без побочных реакций.

Таким образом, анализ полученных данных о взаимоотношениях между туберкулезом и психическими болезнями не позволяет нам сделать категорических выводов. Однако наше наблюдение

показывает, что сочетание этих двух тяжелых и социально значимых страданий взаимно отягощают друг друга. Туберкулез протекает чаще в виде обширных двухсторонних поражений, в 56,9% случаях с деструкцией, 32,1% с осложнениями основного

заболевания. Чаще всего зарегистрировано сочетание туберкулеза легких и шизофрении (47,7%). Причем обращает на себя внимание более быстрое наступление шизофренической деградации при наличии туберкулезного заболевания.

К ВОПРОСУ О «СИСТЕМЕ ОТКРЫТЫХ ДВЕРЕЙ»

А.П.Негай, Р.О.Сарсенова,
А.Г.Писчатская, А.Ж.Жубатканова

г. Кзылорда

Понятие системы «Открытых дверей» в психиатрической практике известно давно, но в данной статье в это понятие помимо лечебного фактора вложен и другой смысл. По Кызылординской областной психоневрологической больнице издан приказ № 1 от 3.01.2002 г. о системе «Открытых дверей», хотя она применяется уже давно.

В 7-ое мужское отделение поступают острые, беспокойные, впервые стационарируемые больные. Кроме больных с острыми приступами шизофрении, в наше отделение поступают больные с тяжелыми депрессивными состояниями, суициальными мыслями и попытками, и с другими нозологическими формами. В отделении находятся 60 и более больных. Оборот койки в течение последних 3-х лет 6,4, средняя длительность пребывания 59,6. Больные в остром психотическом состоянии с явлениями двигательного возбуждения, острыми бредовыми расстройствами, после суициальных попыток получают массивную активную терапию нейролептиками, витаминами, общеукрепляющую терапию и находятся в наблюдательной палате. При уменьшении остроты состояния больных выводятся из наблюдательной палаты. Новые условия при системе «открытых дверей» требовали большой подготовительной работы и пересмотра всей системы наблюдения за больными. Были проведены неоднократные беседы с персоналом, родственниками больных, которым разъясняли цели и задачи системы «открытых дверей», что встретило у них поддержку и самими больными. Необходимо было пересмотреть всю установившуюся прежде систему наблюдения, сделать ее более динамичной, обеспечить наблюдение за больными, которые пользуются системой «Открытых дверей» и оставшимися в отделении больными. Это требовало более четкой организации и работы медицинского персонала. От медицинского персонала требовалось более тщательное наблюдение за состоянием больных, чтобы уловить малейшее его изменение и оперативно информировать об этом врачей. Кроме наблюдения за больными, необходимо проводить

психотерапевтическую работу, требующую более частых бесед с больными, более глубокого понимания их психического состояния. В результате, доверяя больным, больные, в свою очередь, относились к персоналу с большим доверием. В отделении все медицинские работники стремятся устранять те факторы, которые подчеркивали вынужденную изоляцию больных от общества и «казенность» обстановки психиатрической больницы. В связи с этим отделение приобрело новый облик: в палатах создали уютную обстановку, приближающуюся к домашней, отделение украсили цветами, картинами, созданы «Уголки отдыха». Больным разрешено носить личную одежду, иметь предметы туалета. Больным разрешены свидания с больными на территории больницы, при этом не нарушился режим отделения (строго соблюдались часы приема лекарств, отдыха и питания больных). Родственники имеют возможность беседовать с лечащим врачом в любое время, где обсуждались случаи нарушения режима открытых дверей, где родственники оказывали помощь в установлении порядка в отделении.

Стремясь поднять активность больных, укрепить у них чувство собственной полноценности, мы частично возложили организацию порядка в отделении на самих больных. Установлен график дежурств по палатам, больные помогали медицинскому персоналу следить за санитарным состоянием отделения, сами больные выбирали председателя Совета больных, следящих за дисциплиной в отделении. В последнее время в связи с недостатком медицинского персонала подбирается группа больных, которые опекают больных с более тяжелым психическим состоянием требующие строгого наблюдения и не оставляют их одних без присмотра.

Больные, пользующиеся системой «открытых дверей», снимались с питания, что приводило к экономии денежных средств на питание. Это от 8 до 20 больных, в обычные дни больные приходят ежедневно, а с пятницы до понедельника находились дома. Им или родным выдаются медикаменты.

На основании вышеизложенного можно отметить, что наши наблюдения, показали, что именно на депрессивных больных система «Открытых дверей» оказывает наиболее благотворное действие, повышается их активность, инициатива, появляется интерес к жизни, уменьшение чувство собственной неполноценности, возникает желание общаться с окружающими, посещать места общественных развлечений. Это особенно важно для больных с затяжным депрессивным состоянием, которые привыкли к больничной обстановке «ушли в свою болезнь» и боятся жизни вне больницы. Постепенно они становятся более уверенными, привыкают к самостоятельности, у них появляется надежда на выздоровление.

Система «Открытых дверей» это дополнительный фактор, который помогает больным приспособиться к жизни и усилили действие лечебных препаратов. При этой системе у нас не было ни одного случая побега, суицидальных попыток, редко отмечаются нарушения режима (опоздание в отделение, был случай употребление спиртных напитков). Эти случаи обсуждаются среди больных, и временно отменяется режим «открытых дверей». Наряду с этим и достигается экономия денежных средств, снизилась средняя длительность пребывания больного с 80 до 59,6. Система «Открытых дверей» - это будущее всех психиатрических больниц, поскольку она основана на гуманных традициях психиатрии.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ПЕЛЛАГРОЙ ПО МАТЕРИАЛАМ КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ЗА 2000-2002 ГОДЫ

А.П.Негай, Н.П.Макашева, Т.И.Курегенов,
Т.Даужигитов, О.В.Ким

г. Кзылорда

В связи с осложнившейся экологической обстановкой в Кызылординской области (усыхание Аральского моря, воздействие работы космодрома Байконур), а также относительно низким материально-бытовым уровнем основной массы населения, мы наблюдаем в нашей области рост таких заболеваний, как анемия, авитаминозы, паратрофии. В практике нашей больницы в последние годы мы стали сталкиваться с психическими расстройствами, возникающими на почве таких состояний, с чем раньше не сталкивались. Целью данной работы явилось изучение психических расстройств при дефиците никотиновой кислоты.

Первый случай поступления больного с пеллагрой был в 2000 г. В последующем такие больные стали поступать все чаще. Всего в нашу больницу за период с 2000 г. поступило 20 больных. Основная масса этих больных (12 человек) получала лечение в 4 отделении интенсивной терапии.

Среди поступивших больных, мужчин было – 3, женщин – 17. По возрасту больные распределились следующим образом:

до 30 лет - 5 больных – 25%
от 30 до 50 лет - 13 больных – 65%
старше 50 лет - 2 больных - 10%

Таким образом, среди больных преобладали женщины, а по возрасту - лица от 30 до 50 лет.

Особенностью Кызылординской области является её большая протяженность вдоль русла реки Сырдарья, от района Аральского моря с пустынными ландшафтами до границ Шымкентской области с горным

массивом. Поэтому климатические условия разных районов области несколько отличаются друг от друга. Также каждому району присущи свои экологические особенности. Так, Аральский и Казалинский районы подвергаются большему влиянию усыхания Аральского моря. Кармакчинский район больше всех испытывает воздействие космодрома Байконур. Обстановка и Шиелийском районе определяется воздействием одного из крупнейшего в мире уранового родника, в Жанакоргане - рудника цветных металлов. Учитывая все это, мы рассмотрели имеющиеся случаи с точки зрения проживания в определенном регионе.

По месту жительства больные представлены следующим образом: Аральский район - 1, Казалинский район – 2, Кармакчинский район – 2, Джалағашский район – 2, Шиелийский район - 2, г. Кзылорда – 11.

Из приведенных цифр видно, что подавляющее большинство - это жители областного центра. Мы это объясняем, во-первых, тем, что основная масса населения области проживает в городе, во-вторых, в сельских районах жители живут преимущественно натуральным хозяйством, используют в пищу продукты животного и растительного происхождения со своего хозяйства, выращенные своими руками, и, несмотря на экологическую вредность, лучше компенсируют недостаточность никотиновой кислоты.

Из поступивших больных 7 человек 35% ранее страдали психическим заболеванием, и

присоединение пеллагры утяжелило их состояние. Из них 4 человека с «Шизофренией», 1 человек с «Органическим поражением ЦНС», 1 с «Эпилепсией».

13 человек 65% впервые поступили в психиатрическую больницу. Наблюдавшиеся у них психические расстройства были последствием пеллагры.

В клинической картине всех больных отмечалась астеническая симптоматика на фоне значительного исхудания, с выраженным кожными проявлениями, свойственный данному заболеванию: на коже рук, ног наблюдались участки гиперpigментации, гиперкератоза с явлениями отечности и воспаления, кожа приобретала вид шагреневой. В половине случаев образовывались глубокие трещины с кровоточивостью. Поражения кожи распространялись на лицо, живот, промежности.

Во всех случаях заболевания были многочисленные симптомы поражения желудочно-кишечно-го тракта. У больных наблюдались явления гастрита и энтероколита. Со стороны крови и всех больных была анемия П-Ш ст. со снижением НВ до уровня 46-50 г/л. Также в 100% случаев у больных были нарушения трофики с образованием обширных, трудно поддающихся лечению, пролежней. Тяжесть состояния усугублялась развитием общего обезвоживания организма, у всех больных была сухая шелушащаяся кожа с уменьшением потоотделения, олигурией, гипосаливацией.

Обращал на себя внешний вид больных: лицо осунувшееся, с глубокими трещинами на губах, с ввалившимися глазами, низким весом (35 кг, 36кг, 43 кг,46 кг.).

Со стороны биохимических анализов у 80% выявлены признаки токсического гепатита.

Для психического статуса больных было характерно следующее:

- астено-депрессивный синдром - 4 чел. (20%)
- галлюцинаторный синдром - 10 чел. (50%)
- делирий – 2 чел. (10%)
- аменция – 4 чел. (20%).

Астено-депрессивный синдром наблюдался у первичных больных, у которых проявления пеллагры были умеренно выражены. Особенностью синдрома была значительная адинамия, и больные производили впечатление дементных.

Галлюцинаторный синдром также наблюдался у первичных больных. Это были истинные

галлюцинации, как слуховые так и зрительные, устраивающего характера с чувством тревоги, страха, что находило отражение в поведении больных: стремление куда-то бежать, защищаться, закрываться.

Делирий и аменция наблюдались преимущественно у больных с шизофренией, раннее лечаившиеся у нас, а также у первичных поступивших больных с тяжелым течением пеллагры.

У больных с аменцией наблюдался симптом обириания, выражение страха на лице, беспокойство в пределах постели.

В наблюдавшихся нами случаях ни у одного больного не было бредовых высказываний.

Лечение заключалось, в первую очередь, в применении витаминов, противоанемических, дезинтоксикационных препаратов, проводилось восполнение ОЦК - солевыми растворами, физраствором, кровозаменителями, СЗП, назначались ноотропы, сердечно-сосудистые препараты.

Из психотропных средств преимущественно использовались транквилизаторы: седуксен, реланиум и малые дозы нейролептиков: галоперидол, аминазин.

Улучшение психического состояния было напрямую связано с улучшением соматического состояния. В среднем кожные проявления регрессировали к концу второй недели, тогда же сглаживалась психосимптоматика. И в среднем, курс лечения составил 30 дней.

Выход из психоза у первичных больных был хороший с восстановлением психического состояния.

Больные с шизофренией выходили с ремиссией. Только у одной больной Алиакбаровой, поступившей впервые с очень тяжелым течением пеллагры, в аментивном состоянии был выход с легким интеллектуальным дефектом.

Выводы:

1. Для психозов, возникающих у больных с пеллаграй, наиболее характеры галлюцинаторный и аментивный синдромы. Галлюцинации носят истинный характер.
2. В анализируемых нами случаях не встречались больные с бредовой симптоматикой.
3. Тяжесть психического состояния напрямую коррелируется с тяжестью течения пеллагры.
4. Основным в лечении этих психозов является лечение основного заболевания (pellagra).
5. Выход из психоза относительно благоприятный.

СУДЕБНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ РАБОТЫ

М.Новикова

г. Усть-Каменогорск

Медицинские психологи принимают участие в работе комплексной психолого-психиатрической

экспертизы, проводимой на базе ВКОПНД. КСППЭ работает в амбулаторных условиях, поэтому очень

важно быстро и качественно провести опрос и экспериментально-психологическое исследование подэкспертного.

Возможны различные виды КСППЭ в зависимости от решаемых задач.

КСППЭ по определению меры возможности обвиняемых с психическим расстройством, не исключающим вменяемости, осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими

Юридический критерий ограниченной вменяемости относится к сфере деятельности эксперта-психолога и включает в себя 2 основных признака: интеллектуальный – способность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) и волевой – способность руководить своими действиями.

Медицинский критерий относится к компетенции эксперта-психиатра (установление конкретного психического расстройства у подэкспертного).

КСППЭ эмоциональных состояний

Будучи интегративной реакцией всего организма, выраженная эмоциональная реакция (аффект) проявляется в виде типичного комплекса соматических, вегетативных и пантомимических признаков, обнаруживает себя в характерном изменении поведения и психической деятельности лица при совершении аффективного действия. Представление о глубине и качестве эмоции может сложиться на основе субъективного отчёта подэкспертного о его специфических переживаниях, особых соматических ощущениях, своеобразных изменениях сознания, самосознания и познавательных процессов.

В аффективном процессе выделяют 3 стадии:

1) подготовительная (определяется временем развития актуальной конфликтной ситуации),

2) стадия аффективного взрыва, признаками которой являются:

- а) глубина аффективного изменения сознания,
- б) нарушение поведения и деятельности,
- в) типичная динамика эмоционального возбуждения,

г) физиognомические признаки

3) стадия истощения.

К эмоциональным реакциям, не носящим характера аффекта, И.А.Кудрявцев относит следующие:

1) эмоциональное напряжение, существенно ограничивающее осознанность и произвольность инкриминируемого поведения,

2) эмоциональное возбуждение, существенно ограничивающее осознанность и произвольность инкриминируемого поведения,

3) эмоциональные реакции, не оказывающие существенного влияния на инкриминируемое действие.

Он же выделяет аномальный аффект – аффект на патологической почве (на почве лёгкого алкогольного опьянения, у психопатических личностей).

КСППЭ индивидуально-психологических особенностей личности

Экспертное установление личностных черт может служить одной из процессуальных форм дифференциальной оценки меры возможности обвиняемого регулировать своё поведение. При этом личностные черты должны быть взяты в единстве с внешними (реальная ситуация) и внутренними (актуальное психическое состояние, ведущий психопатологический синдром) условиями их влияния.

КСППЭ возможности несовершеннолетних обвиняемых с отставанием в психическом развитии осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими

Экспертный анализ складывается из решения 4-х задач:

1) определения наличия или отсутствия возрастного отставания в психическом развитии несовершеннолетнего,

2) определение причинной связи и клинико-психологической структуры установленных задержек психического развития (связанных и не связанных с психическим расстройством),

3) определения наличия или отсутствия у несовершеннолетнего уголовно-релевантного отставания в психическом развитии (сравнение уровня психического развития с критериями нижнего возрастного порога уголовной ответственности, отсюда – наличие или отсутствие потенциальной способности к осознанной регуляции нормативного поведения). При решении этой задачи возможны 3 варианта ответа:

а) несовершеннолетний в полной мере мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими,

б) несовершеннолетний не в полной мере мог осознавать фактический характер и общественную значимость своих действий и руководить ими,

в) не мог осознавать, не мог руководить

4) определение актуальной возможности несовершеннолетнего осознанной и произвольной регуляции своих действий во время совершения инкриминируемого деяния.

КСППЭ по определению беспомощного состояния

Предмет этих экспертиз – выявление таких психических расстройств и сопутствующих психопатологических особенностей и обстоятельств (возрастных, личностных, эмоциональных и других), совокупность которых определяет невозможность жертвы преступления понимать характер и значение совершаемых с нею действий и оказывать сопротивление виновнику.

А.И.Игнатов выделяет 4 разновидности беспомощных состояний:

1) неспособность осознавать явления окружающей действительности,

-
- 2) неспособность правильно оценивать ситуацию и социальное значение происходящего,
 - 3) отсутствие способности выражать свою волю,
 - 4) неспособность оказывать сопротивление в силу физического состояния.

Несколько иначе рассматривает понятие беспомощного состояния И.А.Кудрявцев. Категорию понимания потерпевшей характера действий виновного он оценивает как правильное отражение их содержания, основанное на информированности потерпевшей в вопросах пола, в существе сексуальных отношений между полами, принятых формах их проявлений, в одобряемом моралью времени начала половой жизни, в физиологии половых отношений, зачатии, деторождении. Категория понимания значения действий виновного оценивается по 3-м показателям:

- 1) осознания отношений своих мотивов и целей в криминальном деянии к мотивам и целям сексуальных действий преступника, его намерениям,
- 2) отношения последствий совершаемых с ней действий к её будущему, целям дальнейшей жизни,
- 3) отношения этих действий к морально-этическим и правовым нормам.

КСППЭ способности давать показания

Цель такой экспертизы – установление способности правильно воспринимать конкретные важные для дела обстоятельства и давать о них правильные показания. Различают способность воспринимать и воспроизводить внешнюю, фактическую сторону событий (воспроизведение предметов, их сочетаний, действий обвиняемого, окружающих и своих собственных, их последовательность) и внутреннюю, содержательную сторону (понимание социального значения происходящего события, оцениваемого как такового в момент происшествия). Способность давать правильные показания, в свою очередь, делится на потенциальную способность давать показания и актуальную возможность давать показания в конкретный юридически значимый момент.

Посмертная КСППЭ

Предметом таких экспертиз является установление опасного суицидом психического состояния, непосредственно предшествовавшего факту смерти, оценка связанного с ним риска суициdalного поведения и его причинных зависимостей.

В качестве примеров приведём заключения проведённых нами судебно-психологических экспертиз.

Заключение судебно-психологического обследования от **99 г. обвиняемого Б.Б., 32 лет.

Обстоятельства дела (со слов подэкспертного)

В августе 1998 г. подэкспертный узнал о том, что его жена в 1995 г. изменила ему с мужчиной по имени А. Он очень тяжело воспринял это, казалось,

что все соседи, односельчане знают об этом, смеются над ним. Не мог спокойно смотреть фильмы со сценами женских измен или разговорами об этом. Если в это время заходили соседи, сразу выключал телевизор, чтобы не подумали, что это о нём. Состояние напряжения, подавленности, с переживанием ревности, обиды, оскорблённого достоинства затянулось. С женой на эти темы старался не говорить.

16.10.98. вечером подэкспертный выпил 150 г коньяка. Жена попросила покатать её на недавно купленном мотоцикле. Подэкспертный провёз её за посёлок, там они вступили в половой акт недалеко от обочины дороги. Завершить половой акт подэкспертному не удалось, и жена дала ему понять, что он её не удовлетворил. Подэкспертный спросил: "А А. тебя удовлетворял?". Жена ответила, что полностью удовлетворения не получала, так как это было несколько раз, всегда наспех, в машине. После этих слов подэкспертный испытал чувство глубокой обиды, ревности, оскорблённого достоинства, злости и гнева. Ударил жену по лицу, потом потерял контроль над ситуацией, стал жестоко избивать её. В это время не замечал окружающего, не помнит, сколько раз и куда бил. Внезапно пришёл в себя, увидел, что жене плохо. Окликнул её по имени, но, не услышав ответа, понял, что она в тяжёлом состоянии. Почувствовал жалость к жене, растерянность, раскаяние. Попытался поднять её на мотоцикл, но не смог. Тогда съездил на мотоцикле к К., вместе они привезли её в дом К.. Пытались найти врача, но его в посёлке не оказалось. В это время подэкспертный думал о том, что жене нужна срочная медицинская помощь, была надежда, что она выживет. Думал, где взять денег на лечение. Думал о том, что с женой разведётся, так как простить её никогда не сможет. Когда пришли сотрудники полиции, не пытался скрыться, чистосердечно признался в содеянном.

Данные экспериментально-психологического исследования.

Тест Люшера – стенический тип реагирования, активность позиции, выраженная эмотивность. Проблема личности, ищущей признания. Напряжённость контролирующих тормозных механизмов проявляется повышенной тревожностью и раздражительностью. Неудовлетворённость в связи с фрустрированностью потребности привязанности.

Тест Сонди – типичная форма садомазохизма.

16-PF Кеттелла – нервная раздражительность, низкая фruстрационная толерантность, активное проявление неудовольствия, невротическая утомляемость, неспособность адекватно соотносить эмоциональные состояния с требованиями реальности, эмоциональная незрелость и нестабильность. Аффективная ригидность, злопамятность, упрямство. Внутренняя конфликтность, субъективно

ощущаемая склонность следовать побуждениям и страстям, не считаясь с общепринятыми нормами. Эгоистичность, своенравность, деспотичность, нетерпимость, подозрительность, недоверчивость, мнительность, скрытность, ревнивость.

Ретроспективный психологический анализ.

Подготовительная стадия характеризовалась затянувшимся напряжением, чувством обманутого доверия и оскорблённого достоинства, мнительностью и подозрительностью, длилась с августа 1998 г. до момента деликта.

Стадия аффективного взрыва характеризовалась следующими признаками:

1. Глубина аффективной суженности сознания проявилась в резком ограничении поля восприятия (видел в это время только жену, окружающее не воспринимал), нарушении контроля над ситуацией, трансформации характера сильных эмоций (от чувства глубокого неудовольствия, сексуальной несостоятельности после незавершённого полового акта – к чувствам гнева, ревности, оскорблённого достоинства после слов жены об обстоятельствах изменения).

2. Нарушение поведения и деятельности говорят о нарушении волевого контроля над ситуацией, проявившегося в крайней негибкости, стереотипности действий (нанесение множества жестоких ударов, несмотря на отсутствие сопротивления).

3. Типичная динамика эмоционального возбуждения: субъективная внезапность, импульсивность развития, взрывной характер нарастания и резкий спад.

Стадия истощения характеризовалась физической и психической астенией с переживанием тяжёлого потрясения, внутреннего опустошения, растяянности, жалости к жене.

Имеет место амнезия эпизодов стадии аффективного взрыва.

Вывод: в момент совершения инкриминируемого деяния подэкспертный находился в состоянии аномального аффекта (физиологического аффекта на фоне простого алкогольного опьянения).

Заключение судебно-психологического исследования от **99 г. потерпевшей В.М., 10 лет.

Обстоятельства дела: малолетняя В.М. подверглась сексуальным действиям развратного характера, в том числе минуту, со стороны Н.

Вопросы эксперту:

1) Имеются ли у потерпевшей психологические особенности, снижающие способность воспринимать события?

2) Каково было психическое состояние потерпевшей в момент совершения с нею сексуально-развратных действий?

3) Учитывая психические особенности и состояние потерпевшей, а также условия, в которых

воспринимались действия, совершаемые с нею, могла ли она правильно понимать их внутреннее содержание?

4) Может ли потерпевшая давать правильные показания об интересующих следствие и суд обстоятельствах?

Данные психологического исследования

Обследуемая легко вступает в контакт, воспринявшее психологическое исследование как игру, однако продуктивность работы низка в силу неразвитости всех сторон интеллекта. Излишне отвлекается, не может спокойно сидеть на стуле (нездолго до конца обследования сняла туфли и забралась на стул с ногами). Говорит, что хочет домой, что хочет пить, что надо сказать что-то маме. В ответ на просьбу делать всё быстрее надувает губы, говорит: "Я на тебя обиделась", однако при уговорах вновь продолжает выполнять задание. Ведёт себя непосредственно. При неудачах ругается шёпотом. В конце исследования и во время беседы начинает ходить вокруг стола, обнимать психолога, гладить по голове. На вопрос, что с ней недавно случилось, и почему её сюда привела мама, сначала сказала: ничего, при наводящих вопросах об обстоятельствах дела выяснилось, что подэкспертная совершенно не информирована в вопросах пола и не осознаёт случившееся с нею. Рассказывает об этом равнодушно, крайне нечётко излагая события, путаясь в последовательности. Подтверждает факт минета, не придавая этому большого значения.

По детскому тесту Векслера верbalная оценка IQ – 50, неверbalная и полная – 47, что соответствует уровню нерезко выраженной имбецильности.

Выводы:

1) Интеллект подэкспертной соответствует уровню нерезко выраженной имбецильности.

2) Хотя подэкспертная могла воспринимать и воспроизводить отдельные факты криминальной ситуации, т.е. внешнюю сторону событий в пределах чувственного восприятия, но не способна правильно воспринимать внутреннее содержание событий, т.е. характер и значение совершаемых с нею действий из-за неразвитой способности к осмысленному восприятию и пониманию.

3) Давать правильные показания о важных для дела обстоятельствах она не может.

4) Состояние потерпевшей во время совершаемых с нею действий не выходило за рамки эмоционального и физического дискомфорта.

Заключение судебно-психологического исследования от **99 г. потерпевшего С.А., 11 лет.

Обстоятельства дела: в течение трех месяцев ранее судимый Л. вымогал деньги у малолетнего С.А.

Вопрос эксперту: имеется ли у потерпевшего психологические особенности, существенно снижающие способность воспринимать события и давать о них правильные показания?

Данные экспериментально-психологического исследования:

Тест Векслера детский – вербальная оценка IQ –72, невербальная и полная –67, что соответствует уровню легкой степени дебильности.

Бендер-тест – набрано 42 балла, отмечается значимое отставание от возрастных норм. Выполнение на уровне ребенка шестилетнего возраста.

Тест Люшера – неустойчивость мотивационной направленности. Повышенная эмотивность при недостаточно развитом контроле. Стремление привлечь внимание окружающих, высокий уровень притязания. Адаптация затрудняется в ситуации, жестко регламентированной и в контактах с людьми категоричными. Выраженная уступчивость. Потребность привязанности не удовлетворена. Беспокойная неудовлетворенность, связанная с осознанием своей зависимости от объекта привязанности.

Психологический анализ.

Подэкспертный тревожен, беспокоен, события излагает путано, нечетко. Сколько раз давал деньги вымогателю, и в каком количестве, не помнит. Какова общая сумма отданных денег не знает («Мама говорит, что три тысячи тенге.») Способность считать деньги, и вообще способность к счету не развита. Так, на вопрос словарного субтеста, что такое доллар, сказал: «Сто долларов это сто восемьдесят тысяч казахских рублей.» Отмечает свою дружбу с вымогателем, хотя не может сообщить о нем точных фактических данных. («Ему восемнадцать лет, а может быть двадцать»). Очевидна зависимость подэкспертного от старшего по возрасту вымогателя, которому доверял и выполнял его требования. На вопросы старается отвечать “как положено”, хотя очевидна неспособность потерпевшего оценить ситуацию верно. «Мама сказала, что его должны посадить в тюрьму, потому что он сделал плохо».

Выводы:

1) Интеллект потерпевшего соответствует уровню легкой степени дебильности. Личностные черты – уступчивость, зависимость, неустойчивость мотивационной направленности, недостаточно развитый контроль эмоционального состояния.

2) Указанные особенности потерпевшего лишают его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значения для дела, и давать о них правильные показания.

Акт амбулаторной посмертной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы от **99 г. по факту смерти рядового в/ч * Ш.Е, 1979 г.р.**

На разрешение экспертов поставлены следующие вопросы:

1) Страдал ли при жизни Ш.Е. каким-либо психическим заболеванием?

2) Находился ли Ш.Е. в период предшествующий смерти в психическом состоянии, предрасполагающем к самоубийству?

3) Если исследуемое лицо находилось в предшествующий смерти период в предполагающем к самоубийству состоянии, то чем это состояние было вызвано?

Обстоятельства дела: Ш.Е. родился 29.05.79 г. в селе Б., младшим из двух детей. Отец и брат особых особенностей в somатическом и психическом развитии подэкспертного не отмечают. В школу пошел вовремя. Учился удовлетворительно. Закончил 8 классов, затем училище. В ноябре 1997 г. был призван в вооруженные силы. 02.11.97 г. направлен в в/ч *. Карантин проходил в в/ч **. С февраля 1998 г. проходил службу в с. Г. в в/ч *** на должности водителя. Внешне служба проходила нормально. Жалоб командированию не предъявлял. Лечился в в/ч в марте – апреле 1998 г. с диагнозами: пневмония, ОРЗ, функциональное нарушение мочевого пузыря. 4.07.98 г. около 19 часов рядовой Ш.Е.Б. был обнаружен на территории части повешенным на своем брючном ремне.

Экспертно-психологический анализ:

В детстве и подростковом возрасте подэкспертный от сверстников по характеру сильно не отличался. Со слов родителей "рос хорошим, добрым мальчиком, имел очень много друзей, увлекался музыкой, играл на гитаре, пытался сочинять песни. Был очень трудолюбивым, очень любил животных. Был общительным, отзывчивым и наблюдательным. Считал, что служба в армии - это большая честь и долг гражданина. Был очень ответственным".

Из характеристики классного руководителя: "Очень добрый, отзывчивый, общительный, был очень ответственным человеком". Со слов брата: "По характеру был спокойный, тихий, любил шутить, его трудно было вывести из себя, и, если выводили, то сразу отходил, не злопамятен, сердце у него было доброе. Чужие беды и проблемы как свои переживал, сочувствовал. Сам ни с кем в конфликте не вступал".

Особенно отмечали окружающие его чувствительность, ответственность, эстетические наклонности. Однако все знающие его по армейской службе характеризуют его замкнутым: "Был спокойный, малообщительный, замкнутый, ни с кем не дружил, а только поддерживал служебные отношения".

Из служебной характеристики: "Спокойный, уравновешенный, общительный в узком кругу". Из показаний сослуживцев: "Спокойный, с военнослужащими общался мало, близких друзей не имел", "Спокойный, молчаливый, сам по себе", "тихий, малообщительный и скрытный". "С первых же дней мне показался какой-то странный, т.е. с сослуживцами общался мало, всегда ходил задумчивый, если вопрос ему задавали, – ответит, нет – сам он ничего не рассказывал".

Из показаний командира в/ч ***: “Заметил, что каждую мелочь он принимает близко к сердцу”.

Т.е., с детства выявляется сензитивно-лабильный тип характера. Выраженность этих черт вполне была компенсирована в гражданской жизни. Быстрая смена внешней обстановки (призыв) трудно переносится людьми сензитивного типа. Не особенно благоприятные условия пребывания в части снижают компенсаторные возможности личности и затрудняют адаптацию к новым условиям. Подэкспертный долго и болезненно отвыкал от дома, привыкал к службе, просил родителей не приезжать в часть, т.к. боялся обострения тоски по дому. Имея место ранние пробуждения, обусловленные, очевидно, повышенной тревожностью. Условия жизни и социальный климат в роте были не очень благоприятные (см. показания брата): “Говорил, что в *** его избивали, на руки прижигали сигареты... военная форма была старая, грязная, сапоги тоже были изношены. Пилотка тоже была старая, внешний вид ... породил в себе жалость”. То же – в показаниях сослуживца: “Грязный, тихий, спокойный, молчаливый, можно сказать забытый”. Во время службы в С. брат подэкспертного отмечает: “Когда я ему передавал сигареты либо деньги, то он спиной загораживался от сослуживцев и прятал их по карманам”.

Во время лечения в в/ч по поводу пневмонии у подэкспертного отмечалось 8 случаев недержания мочи. В это время в истории болезни есть запись лечащего врача: “Больной адекватен, но вял и ипохондричен”. В выписке из истории болезни было рекомендовано “врачу части взять на диспансерный учет как больного с неустойчивой психикой...не ставить в наряды, связанные с ношением оружия”.

Со слов брата: “в апреле в госпитале ... говорил, что у него начались такие проблемы, и что он мочится ночью в постель. Я предложил ему комиссоваться, но Е. категорически был против, мотивируя это тем, что не так поймут в деревне по приезду. Сказал, что будет терпеть до конца. Настроение у него было снижено, подавлен, не хотел оставаться в Г., и просил перевести его в С. Сбросил 15-17 кг во время службы”.

Из показаний свидетелей явствует, что он в С. “ходил задумчивый. Говорил, что со всеми успел подружиться, но постоянно ходил и о чем-то думал. Был скрытным и мало разговорчивым”.

Из показаний командира взвода: “Хотя он проходил службу без замечаний, общался хорошо с сослуживцами, характер был спокойный – я все равно заметил, что у него есть стеснительность, которую определил по глазам. Иногда замыкался в себе. Если начинали втягивать в разговор, то он отвечал, что все у него нормально”.

В письмах домой старался не расстраивать родителей, уверяя, что все нормально, но настрой в письме в начале июня резко отличается от всех

предыдущих: “а в армии сейчас делать нечего, это не то время, когда было престижно служить в армии. Сейчас каждый второй старается отмазаться от армии за счет своих родителей. И правильно делают, что отмазываются. Как говорят у нас в армии: “Почему нет в армии КВН? А потому, что все находчивые сидят дома, а веселые на губе”...А Р., наверное, осенью собирается идти в армию. Я ему лучше посоветую не идти в армию, ничего здесь хорошего нет, только зря два года потеряешь...Мама и папа, вы не переживайте за меня, ладно. Я вас так люблю! До свидания! Не переживайте за меня! Не болейте, будьте здоровы! Спите спокойно (два слова зачеркнуты, неразборчиво)”.

За неделю до смерти его постель была сырая, но он объяснил, что на простынь пролилась фляжка с водой. Следов мочи якобы не было. За 3-4 дня до смерти у него обнаружилась гематома в теменной области, о чем он сообщил свидетелю, что ударился о выступающие части машины при ремонте. За два дня до смерти у него было снижено настроение. “Я его видел последние два дня без настроения, спрашивал, что с тобой, но он мне не сказал ни слова”.

Из показаний брата: ”3 июля глаза его испуганные, настроение сниженное, чем-то подавлен. Когда мы собирались уехать, он обратился ко мне и сказал, что надо поговорить, есть у него разговор. Говорил он это серьезно, был чем-то напуган”. Брат предложил отложить разговор до следующего посещения.

Из показаний военнослужащего, стоявшего в наряде 3.07.98 г.: ” Он был то весел, то ходил с опущенной головой”.

Из показаний А.: ”4 июля 1998 г. мы находились в роте. Он ходил как все, курил и играл на гитаре... Он как всегда обедал, нормально разговаривал с нами. После развода мы отправились топить баню, но в баню он не пришел. После бани до 16 часов он в роте отсутствовал. Обнаружен труп был в угольной подсобке, повешенном на своем поясном ремне. В кармане был обнаружен листок бумаги со стихами на казахском языке.

“О, ты чувство, мой цветок
Я один из твоих воздыхателей
Ты как прекрасная мечта,
Моя лебедь
Иду и жду тебя
В душе так тесно, сердце горит
Не могу жить, оставив тебя другому
Смотри на меня своими смеющимися глазами,
Оставь слезы
Хотя на этом свете
Много прекрасных девушек,
Не дает это тепла в сердце
А вся моя мечта, душа моя,
Сделать тебя счастливой
Одни приходят, другие уходят
Но если тебя, душа моя,

Не будет рядом,
То светлые дни, звездные ночи –
Все зря".

Об авторстве этих строк можно предполагать, но ониозвучны настроению и личностным чертам подэкспертного и могли ему принадлежать, явившись предсмертной запиской. Переписка его с подругой в деле не приведена, поэтому, окончательного вывода об этих отношениях и их связи с самоубийством сделать невозможнно.

Следует учесть, что механизм совладания у сензитивных личностей – уход. Выше описанные обстоятельства привели к возникновению у подэкспертного состояния фрустрации, которая выражалась в чувстве тоски, подавленности, изолированности, собственной слабости и ущербности, что является болевой точкой у личности сензитивно-лабильного типа.

Выход: В период, предшествующий смерти, подэкспертный находился в психическом состоянии, предрасполагающем к самоубийству, которое было вызвано:

- индивидуально – психологическими особенностями в виде сензитивно-лабильного типа характера, который был хорошо компенсирован в привычной среде, но при резкой смене жизненного стереотипа может испытывать затруднение при адаптации;

- перенесенными соматическими заболеваниями (пневмония, ОРЗ, гематома теменной области, особенно, недержание мочи), ослабившими психофизические адаптационные ресурсы организма.

Литература:

1. Балабанова Л. Судебная патопсихология. Донецк, 1998.
2. Васильева Н.В., Горьковая И.А. Судебная экспертиза и её клинико-психологические основания. СПб., 1997.
3. Кудрявцев И.А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза. 2-е изд. МГУ, 1999.
4. Сафуанов Ф.С. Судебная психологическая экспертиза в уголовном процессе. М., 1998.

О СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В г. ЭКИБАСТУЗЕ С 1996 ПО 2002 г.г.

Т.Б.Оспан, Т.Р.Байханова, Ж.С.Жолдыбаева

Общеизвестно, что г. Экибастуз длительное время считался благополучным регионом не только в Казахстане, но и во всём постсоветском пространстве; на фоне интенсивного развития индустрии поступательными темпами развивалась инфраструктура. Начиная со второй половины 90-х годов, в связи с глубокими рыночными преобразованиями проявилось ослабление социальной поддержки

населения, что привело к росту напряжения населения, активации суициdalной настроенности. Известны случаи, получившие широкий резонанс, когда определённые лица совершали суицидальные действия. Целью данной работы является анализ суицидов в г. Экибастузе по данным Экибастузского межрайонного отделения Павлодарского филиала ГУ Центра судебной медицины.

	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г. (4мес.)
Население	153тыс.	151,1тыс.	149,7тыс.	149,4тыс.	123,8тыс.	123,3тыс.	121,0тыс.	119,8тыс.
Суицидентов всего	45	84	47	68	44	62	52	11
мужчин	35	65	41	48	35	55	42	9
женщин	10	19	6	20	9	7	10	2
До 15 лет	-	1	1	1	1	-	4	-
15-39 лет	36	53	25	34	22	38	28	2
39-55 лет	1	22	12	19	13	15	13	-
55 лет и старше	1	11	10	13	10	11	7	2
Суицидов на 100 тыс. нас.	29,4	55,5	31,3	45,5	35,5	50,3	42,9	9,2

Как видно из демографической таблицы максимальный порог завершённых суицидов приходится на 1997 г. (период кризиса с сокращением

рабочих мест, задержкой выплат зарплаты, малой востребованности потенциала населения), в последующем количество суицидов неустойчиво

снижается, однако не доходит до уровня 1997 года.

По данным ряда авторов (Бочерников Н.Е., Згонников П.Т.) существенных половых различий не выявлено, авторы дальнего зарубежья указывают на увеличение числа суицидальных попыток в пользу мужчин 1,1:1. Приведённая таблица подчёркивает перевес мужчин-суицидентов за рассматриваемый период: 4/1.

Возрастные показатели совершивших суицидальные действия, таковы: больший удельный вес приходится на возрастной спектр 15-39 лет - 58,7% и перевес данной категории отмечался в 1997 г. и в 2001 г. - 63% и 61%, соответственно. На втором месте следует возрастной период 39-55 лет всего 23%, а лица старше 55 лет составили 15%, суицидентов моложе 15 лет 8 (1,9%).

По времени года выявлена такая закономерность; зима - 113 (28,1%), весна - 108 (26,8%), лето - 118 (30%), осень - 63 (15,6%).

По способу совершения суицидов лидирующее место занимает повешение 220 (54,7%), отравление 117 (29,1%), утопление 48 (11,9%), другие способы 17 (4,2%).

Местом совершения завершённых суицидальных действий является дом, 9 суицидов в ином месте.

В состоянии алкогольного опьянения 145 (36%) суицидов.

Приведённые факты свидетельствуют о наличии довольно высокого уровня завершённых суицидов в регионе: что требует разработки комплекса медико-социальных мероприятий по предупреждению суицидальных попыток; на нынешнем этапе можно предусмотреть возрождение телефонов доверия, работающих в круглосуточном режиме; развернуть приёмы психологов, психотерапевтов при крупных поликлиниках в рамках гарантиного объёма медицинской помощи; иметь в школах высококвалифицированных психологов и социальных психологов. В идеале следовало бы создание кризисных центров. Для примера: существующий в городе приют для детей и подростков, оказывающий комплекс услуг при стрессовых ситуациях, несомненно, сыграл роль в минимизации суицидов у лиц до 15 лет, составляющих всего 1,9%, что в 3-5 раз меньше, чем в г. Алматы (Мусинов С.Р.).

К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Л.Л.Пак, Р.М.Кубаева, З.А.Назаров, В.Л.Пак,
В.А.Можаев, Ж.К.Мусенова, К.Т.Тлеугарин

г. Актобе

Профилактика общественно опасных действий (ООД), совершаемых психически больными, относится к числу важнейших социальных задач современной психиатрии. Её решение неразрывно связано с совершенствованием организационных форм стационарной и внебольничной помощи, знанием клиники психических заболеваний и разработкой соответствующих законоположений. Анализ проведенных судебно-психиатрических экспертиз за последние 5 лет (1997-2001 г.г.) показал, что из числа освидетельствованных (2328 человек) признано психически больными 505 человек (21,7%), из них на диспансерном учете состояло 164 чел. (32,5%), впервые установлен диагноз психического заболевания у 341 чел. (67,5%). Повторно совершили преступления 151 чел. (29,9%). По характеру преступлений:

а) Особо опасные преступления совершили 113 чел., из них по болезненным мотивам 31 чел. На психиатрическом учете состояло 27 чел., не состояло 96 чел. Повторные правонарушения совершили 16 чел.

б) Различные правонарушения, не относящиеся к категории особо опасных, совершили 392 больных, на них правонарушения по болезненным мотивам совершили 43 больных. На психиатрическом учете до правонарушения состояло 28 чел., не состояло 15 чел.. Повторные правонарушения совершили 21 чел..

Все больные обеих групп совершили преступления в остром психотическом состоянии или в стадии обострения заболевания.

в) 299 больных совершили правонарушения не по психотическим мотивам, из них повторных 114. Из этой группы больных у 40 имели место четко выраженные изменения личности и они находились либо в стадии исхода, либо неглубокой, но достаточно длительной ремиссии (более 2-х лет), в остальных случаях (259 чел.) нет прямой связи с болезнью, а связаны с бытовой мотивацией. Причинами, побудившими к правонарушению, явились алкоголь, социальные конфликты, драки, виктимное поведение потерпевших и т.д. Анализ повторных правонарушений в этой группе – 114 чел.,

показал, что в большинстве случаев повторные правонарушения совершают лица, страдающие олигофренией, остаточными явлениями органического поражения головного мозга различного генеза с эмоционально-волевыми расстройствами, чаще психопатоподобного характера (79), психопатические

личности (35). Установлено, что лица с подобной нервно-психической патологией, совершившие правонарушения, ранее к психиатрам не обращались, при проведении СПЭ признавались вменяемыми, выпадали из поля зрения психиатров, что нередко приводило к совершению повторного правонарушения.

Нозологический состав испытуемых, признанных психически больными

№	Название болезни	Всего	Признано невменяемыми	%
1	Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя	8	4	0,8
2	Шизофрения	86	72	14,2
3	Острые транзиторные психические расстройства	11	2	0,4
4	Депрессивный эпизод	6	5	1,0
5	Невротические расстройства, связанные со стрессом и ситуацией	27	3	0,6
6	Расстройства зрелой личности и поведенческие расстройства у взрослых	92	-	-
7	Умственная отсталость	194	20	4,0
8	Органические психические расстройства, включая симптоматические	81	8	1,6
ИТОГО:		505	114	22,6

Данные таблицы свидетельствуют, что наибольший процент правонарушений среди психически больных совершают больные олигофренией, психопатией, шизофренией, органическим поражением ЦНС и т.д. Среди лиц, признанных невменяемыми, на первом месте стоят больные шизофренией – 72, на втором олигофренией – 20, на третьем – органическим поражением ЦНС – 8.

Проведенные исследования позволили нам наметить ряд мероприятий направленных на профилактику ОД, в первую очередь, это раннее выявление психических больных с социально опасными действиями.

При постановке впервые психиатрического диагноза во время амбулаторного наблюдения за психическими больными, на судебно-психиатрической экспертизе, в психиатрическом стационаре, в первую очередь, нами ставится вопрос о степени его социальной опасности к моменту обследования на ближайшее время, намечаются конкретные мероприятия – госпитализация или лечение в амбулаторных условиях, характер внебольничного наблюдения, выбор принудительных мер медицинского характера и т.д.

На основании изучения клинических проявлений психического заболевания, знания стереотипа развития психических заболеваний в рамках нозологии с учетом индивидуальных особенностей больного, основываясь на личной опыте врача

психиатр, наряду с активной медикаментозной терапией, намечает план социально-реабилитационных мероприятий, направленных на выработку правильных трудовых и социальных установок (налаживание связей с родственниками, акиматами, органами УВД, решение жилищно-бытовых проблем и т.д.).

Установлено, что значительное место в совершении психически больными правонарушений принадлежит отсутствию надзора за больными в домашних условиях. Зачастую больные, выписанные из стационара, из-за отсутствия надлежащего надзора уходят из дома, бродяжничают, совершают кражи и другие правонарушения. Некоторые родственники, несмотря на явную опасность для окружающих поведения больных, не только не принимают никаких мер для госпитализации больных, а иногда скрывают настоящее состояние больных, руководствуясь добрыми побуждениями, тем самым, способствуя совершению преступления, хотя его можно было предупредить. По этой причине необходимо предусмотреть уголовную ответственность опекунов, родных за оставление подопечных без надзора. Одной из мер предупреждения повторных ОД является принудительное лечение.

При рекомендации суду о применении мер принудительного характера мы оцениваем потенциальную общественную опасность, исходя из следующих критерий:

-
- 1) характера и тяжести преступления;
 - 2) особенностей клинической картины заболевания;
 - 3) наличия судимостей и иных асоциальных проявлений до возникновения психического заболевания;
 - 4) повторность направления на принудительное лечение;
 - 5) склонности к побегам, нападения на персонал и других больных и т.д.;
 - 6) эффективности той или иной формы принудительного лечения в прошлом.

С учетом вышеперечисленных критерии рекомендуем принудительное лечение в амбулаторных условиях или принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа, или принудительное лечение в специализированной психиатрической больнице с интенсивным наблюдением, где наряду с активными медикаментозными методами лечения должны проводиться и активные методы реабилитации.

К ВОПРОСУ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Л.Л.Пак, Р.М.Кубаева, В.А.Можаев,
Ж.К.Мусенова, З.А.Назаров, В.Л.Пак

г. Актобе

Целью данной работы явилось изучение общественно-опасных действий среди психически больных, находившихся на принудительном лечении в Областной психиатрической больнице, принципы проведения принудительного лечения и профилактика правонарушений. С этой целью нами проанализировано 57 историй болезни за последние 3 года (1999-2001 г.г.). Из числа лиц, находившихся на принудительном лечении 27 человек (47,4%) поступили на принудительное лечение впервые, 30 чел. – 52,6% повторно (в том числе 2 раза – 22 чел. – 38,5%, 3 раза – 3 чел. – 5,3%, 4 раза – 5 чел. – 8,6%).

По характеру правонарушений 8 чел. – 14,0% совершили особо опасные преступления (ст. 88, 101, 102);

42 чел. – 73,7% - правонарушения, не относящиеся к категории особо опасных (легкие телесные повреждения, хулиганские действия, клевета и т.д.);

4 чел. – 7,0% - кражи;

2 чел. – 3,5% - хранение наркотических веществ;

1 чел. – 1,8% - оскорбление власти.

Ранее состояли на учете у психиатра 37 чел. – 64,9%, у 20 больных – 35,1% психическое заболевание выявлено при отбывании срока наказания и в период следствия. 46 чел. – 80,7% поступают в стационар на принудительное лечение после суда, 11 чел. – 19,3% переведены из специализированной психиатрической больницы с усиленным наблюдением.

Диагностический состав лиц, находящихся на принудительном лечении:

Шизофрения – 42 чел. – 73,7%

Олигофрения – 6 чел. – 10,5%

Органическое поражение ЦНС – 4 чел. – 7,0%

Эпилепсия – 3 чел. – 5,3%

Инволюционный параноид – 2 чел. – 3,5%.

Анализ повторных правонарушений показал, что последние совершаются больными с выраженными

изменениями психики – 28 больных (49,1), или при обострении заболевания – 20 больных (35,1%), 9 – связаны с образом жизни (15,8%) больного. У больных, переведенных в специализированную психиатрическую больницу с усиленным наблюдением, преобладала психопатоподобная симптоматика. В отделениях они занимали лидирующее положение, своими действиями парализовывали деятельность медицинского персонала, не давали им возможность выполнять свои функциональные обязанности, держали в страхе больных, вымогали медикаменты, употребляли алкогольные напитки, совершали побеги, во время которых шли на повторные правонарушения (7 больных – 12,3%) и после суда вновь направлялись в психиатрическую больницу специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Реабилитация психических больных, находящихся на принудительном лечении, проводится поэтапно:

I этап - медикаментозная терапия;

II этап – реадаптационные мероприятия, включающие в себя помимо лекарственной терапии рациональную психотерапию, психокоррекционную работу для выработки правильных трудовых и социальных установок. В проводимой профилактике ОД наиболее эффективны лечебно-реабилитационные программы, которые учитывают свойственный данному больному механизм ОД и направляет на его основные механизмы. Поскольку часть больных совершает ОД под влиянием сложившейся ситуации, независимо от его желания (образ жизни, окружение больного, склонность к злоупотреблению алкоголем, преморбидный морально-этический уровень, интеллектуальная недостаточность, криминогенное прошлое и т.д.), наши усилия с первых дней были направлены на психокоррекционную

работу с родственниками по урегулированию внутрисемейных отношений, решение социальных вопросов местными административными органами (акиматы, ОВД и диспансерские отделения ПНД) по разрешению жилищных проблем, изоляции больного от асоциального окружения и т.д., в стационаре же мы привлекаем их к самоуправлению, работе внутри отделения и на территории больницы, культурным мероприятиям и т.д.

У больных, совершивших правонарушения по болезненным мотивам (бред, галлюцинации, сумеречные расстройства сознания и т.д.) и с выраженным изменением психики первостепенное значение имеет активная медикаментозная терапия, сочетающаяся с мероприятиями по трудовой реабилитации, коррекционно-воспитательной работе с привлечением психологов, психотерапевтов.

Согласно действующему приказу МЗ РК от 23.02.1998 г. № 93 «О совершенствовании порядка применения принудительных и иных мер медицинского характера в отношении социально-опасных больных» в больнице каждые шесть месяцев

проводится комиссионный осмотр на предмет прекращения или продления принудительного лечения.

Основными критериями для снятия принудительного лечения являются:

- 1) редукция психопатологической симптоматики;
- 2) полная социальная реадаптация и реабилитация.

Однако при принятии решения о прекращении принудительного лечения комиссия обращает внимание на характер и тяжесть преступления, наличие судимостей до возникновения психического заболевания, повторность принудительного лечения, склонность к побегам и т.д. Для предотвращения повторных правонарушений, на наш взгляд, необходимо пересмотреть практику поэтапного применения формы принудительного лечения с переводом больных из больниц специального типа с интенсивным наблюдением в психиатрический стационар общего типа. Считаем, что принудительное лечение должно быть полностью прекращено в соответствующем стационаре и перевод в психиатрическую больницу общего типа допустим лишь для продолжения лечения на общих основаниях.

ПРОБЛЕМЫ СЕМЕЙНОЙ ДИСГАРМОНИИ В НАРЦИССИЧЕСКИХ ПАРАХ

М.В.Рузгис

г. Москва

Проявление нарциссизма в парах имеет множество вариаций. Одна пара сознательно пытается убедить окружающих в полной гармонии сексуальных отношений. В другой паре один из партнеров эксплуатирует другого. Практика показывает, что в парах, где нарциссическая личность взаимодействует с мазохистской, их поведение не обязательно соответствует патологии каждого. Не редко приходится иметь дело с двумя проблемами: нарциссической патологией и обменом личностными аспектами, в результате которого в паре возникают патологические отношения, не соответствующие индивидуальному поведению каждого из партнеров.

Сексуальные отношения нарциссических личностей показательны при сравнении пар, где один или оба партнера страдают нарциссическим личностным расстройством, и пар без таких признаков. Человек с непатологически выраженным нарциссическими проявлениями способен поддерживать любовную и сексуальную связь с партнером в течение длительного периода. При наиболее тяжелых случаях нарциссизма человек не способен на длительные и гармоничные отношения. Если нарциссическая личность влюблена, идеализация объекта любви может фокусироваться на физической

красоте, власти, социальном статусе, славе как достойных восхищения и бессознательно инкорпорируемых в собственное Я атрибутах.

Нарциссические пациенты обнаруживают бессознательный страх перед любовным объектом, обусловленный спроектированной агрессией; кроме того, для них характерен недостаток внутренней свободы, которая позволяла бы интересоваться личностью другого. Их сексуальные фантазии строятся на бессознательной зависти к другому полу, отказе в раннем удовлетворении, желании получить то, в чем им было отказано ранее, чтобы избавиться от тяги к этому. Зависимость от партнера внушает страх, поскольку является признаком одновременно зависти и благодарности за зависимость; соответственно, зависимость замещается требовательностью или фрустрацией, когда требования не выполняются. Претензий становится все больше, так что их трудно купировать близостью, легче разрешать путем отщепления различных аспектов переживаний друг от друга, поддерживая внутренний покой фрагментацией отношений. При наихудшем варианте возникает чувство несвободы и преследования со стороны другого.

Личностные качества партнера нередко служит источником нарциссического удовлетворения. Так, например, нарциссическая личность может наслаждаться славой своего партнера, имеющего высокий социальный статус. Однако это не помешает ей оставаться равнодушной к внутреннему миру партнера вдобавок к бессознательным конфликтам, связанным с завистью. Отсутствие совместных ценностей препятствует открытию сферы новых интересов. Отсутствие же любопытства по отношению к партнеру и соответствующая ситуация, когда непосредственно поведение каждого должно, прежде всего, вызывать ответную реакцию, а вовсе не восприниматься как отражение интереса к внутренней реальности другого, является центральной проблемой нарциссизма, обусловленной нарушением идентичности и неспособности к глубокой эмпатии по отношению к другим. Именно это закрывает путь к пониманию жизни партнера. Источники удовлетворения недостаточны, вследствие чего безразличие к партнеру усугубляется, агрессия возрастает, формируется хроническая фрустрация, и межличностные отношения воспринимаются как тягостная обязанность. Это дополняется активизацией бессознательных конфликтов из прошлого, а также прорывом фruстрации и агрессии в интимные отношения пары. Ваалс писал: “Дело не в том, что “нарцисс” любит только себя и никого больше, а в том, что он любит себя также плохо, как и другого.”

Обычные любовные отношения в паре также имеют “нарциссический” оттенок, так как связаны с идеализацией выбранного партнера. Присутствует сознательное и бессознательное стремление получить удовлетворение от того, что партнер принимает и восхищается в личности тем, что она сама в себе не принимала, а также преодолеваются ограничения собственного пола посредством сексуальной близости с партнером - это дополнительно обслуживает “нарциссические” цели. Однако, так как партнер обеспечивает удовлетворение потребностей и вознаграждает благодарностью за то, что получает сам, любовные отношения являются объектно-ориентированными. Таким образом, нормальный нарциссизм и ориентированность на объект дополняют друг друга, в отличие от патологического нарциссизма, где ориентация на объект носит условный характер.

Нарциссическое расстройство личности у одного из партнеров накладывает отпечаток на межличностные отношения в паре, и разрешение длительно существующего конфликта требует глубокой работы над модификацией личностной структуры одного или обоих партнеров. Однако, как показывает практика, разрешение патологического взаимодействия обнаруживает то, что выглядело нарциссической патологией у одного или обоих партнеров, зачастую было результатом бессознательного взаимного согласия на эксплуатацию и выражение агрессии, порожденного другими конфликтами.

Молодой мужчина 27 лет предъявляет жалобы на снижение сексуального влечения и быструю потерю интереса к объекту любви и как следствие постоянный поиск нового “идеального” партнера.

Из клинических наблюдений и со слов пациента: Выбор нового партнера сопровождается яркой влюбленностью, идеализацией объекта любви, ощущением небывалой ранее полноты чувства, выраженным сексуальным влечением и осознанным желанием выстроить долгие и прочные отношения. Но малейшее отступление от идеального образа приводит к разочарованию и, как следствие, “охлаждению” чувств и потере интереса. Примечательно, что пациент выбирает женщин “исключительных”, чтобы встретить одобрение и зависть у своего окружения. При этом пациент имеет постоянную подругу в течение 6-ти лет, которая помогает ему в решении материальных проблем, в вопросах продвижения по карьерной лестнице, а также выступает в роли наставника и советчика в затруднительных жизненных ситуациях. Со слов пациента: “Я испытываю сильную привязанность и глубокое чувство к этой женщине, но последние несколько лет сексуальное влечение к ней отсутствует по причине того, что она меня в свое время оттолкнула.”

Примечательно, что некоторые нарциссические мужчины способны сохранять длительные отношения и испытывать нежность к женщинам от которых зависят, поскольку они бессознательно обеспечивают их как сексуальных партнеров.

Зашитная идеализация женщин у нарциссических мужчин, выражаемая в ярких мимолетных увлечениях, бывает притягательна для женщин, особенно с мазохистическими тенденциями. Помимо этого, нарциссических женщин могут привлекать мужчины, чье чувство превосходства и личной грандиозности удовлетворяет их собственную потребность в нарциссическом дополнении.

Что же касается данного пациента О.Кернберг пишет об этом, как о синдроме Дон Жуана. С одной стороны это мужчина с отчаянной потребностью соблазнять женщин, внутренне вынужденный к вступлению в сексуальные отношения, приводящие к фрустрации или унижению выбранной им женщины; обольщение в этом случае является почти осознанно, манипулятивно агрессивным, а оставление женщины приносит облегчение. С другой стороны это интенсивный навязчивый поиск новых приключений рождается идеализацией “объекта любви” и стремлением наконец найти ту, которая не разочарует.

В любом случае проблема нарциссизма в сексологии стоит остро и игнорировать наличие нарциссической патологии как самостоятельной нозологической единицы невозможно, так как сексуальные и психологические проблемы связаны со спецификой мироощущения и для того, что бы оказать помощь таким пациентам необходима глубинная личностная проработка с изменением отношения к собственному Я.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ КОСТАНАЙСКОЙ ОБЛАСТИ. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ.

Б.А.Шахметов

г. Костанай

Специализированную психиатрическую помощь населению области оказывают 3 стационара и отделение в структуре ЦРБ с общей мощностью 660 коек. До начала «оптимизации» стационарная сеть располагала 1125 койками. Причем областная психиатрическая больница имела 705 коек, в настоящее время стационар на 440 коек. Кроме общепсихиатрических коек развернуты психотуберкулезное отделение, детское отделение для психосоматических расстройств и неврозов, с пограничными органическими расстройствами и Центр медико-социальной реабилитации наркозависимых на 15 коек.

Внебольничная психиатрическая помощь представлена 4-мя диспансерными отделениями, а также психиатрическими кабинетами ЦРБ. Обеспеченность врачами по области составляет 0,8 на 10 тыс. населения. Не укомплектовано врачами 3 района (Тарановский, Сарыкольский, Амангельдинский).

Обеспеченность психиатрическими койками 6,6 на 10 тыс. населения. Работа койки в 2001 г. составила 388 дней. В 2001 г. улучшились основные качественные показатели. Повторность поступлений по области составила 15,1% (в 2000 г. – 16,1%). Резко снизилась летальность в стационарах области. В 2001 г. она составила 0,3%, в 2000 г. – 0,7. Существенно улучшился этот показатель по КОПБ – 0,4% в 2001 г., в 2000 г. – 0,8%. Это стало возможным, в основном, за счет резкого снижения летальности по психотуберкулезному отделению КОПБ за счет улучшения питания и медикаментозного обеспечения. Финансирование по этим спецификам было увеличено в 2 раза. Отмечается рост числа пользованных больных, в основном, за счет лиц, направляемых на военную экспертизу.

Активизировалась амбулаторная психиатрическая помощь. Число амбулаторных посещений по области в 2001 г. составило 140717 (в 2000 г. - 123315). Число зарегистрированных больных с впервые в жизни установленным диагнозом составило в 2001 г. 409,2 на 100 тыс. населения за 1 полугодие текущего года по КОПБ составил 461,1 (в 2000 г. – 362,2, при республиканском показателе – 180,8 за 2000 г.).

При этом сельская психиатрическая служба из-за недостатка штатов и кадров не может обеспечить своевременное выявление, и при необходимости, госпитализацию больных, в том числе социально-опасных, решать вопросы лечения и реабилитации группы часто и длительно болеющих,

осуществлять динамическое наблюдение за диспансерными больными.

В 2001 году заметно улучшилось лекарственное обеспечение и питание больных. Выделялись финансовые средства на бесплатное лечение амбулаторных больных. Однако их было крайне недостаточно.

Учитывая, что текущий год Указом Президента объявлен Годом здоровья, нами были определены цели и задачи областной психиатрической больницы на 2002 год.

Цели:

1. Провести комплекс мероприятий по улучшению здоровья сотрудников.
2. Повысить качество психиатрической помощи населению области.
3. Активизировать работу по пропаганде здорового образа жизни.

Задачи:

1. Организовывать питание сотрудников. Улучшить питание больных.
2. Внедрять физическую культуру для больных и медицинского персонала.
3. Расширить объем психологической, психотерапевтической и социальной помощи населению.
4. Увеличить объем и качество специализированной помощи сельскому населению.
5. Повышать профессиональную квалификацию медицинского персонала.
6. Активизировать лечебно-реабилитационную работу с больными.
7. Осуществить систему мероприятий по формированию сознания коллектива «больницы, способствующей здоровому образу жизни».

Был проведен профилактический осмотр сотрудников больницы. Определено состояние социального здоровья коллектива. Специалистами даны рекомендации. Разработан план социального развития коллектива, в котором предусмотрены мероприятия по физическому, трудовому и нравственно-этическому воспитанию и осуществлен комплекс культурно-массовых и оздоровительных мероприятий. Здоровье каждого сотрудника является залогом успешной работы коллектива в целом. Все это позволило принять участие в Международном движении «Больницы, способствующие здоровью». Проводимая целенаправленная работа будет способствовать формированию позитивного отношения к здоровью, повышению мотивации к здоровому образу жизни каждого сотрудника службы.

ДИАГНОСТИКА НАЧАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ МАЛОПРОГРЕДИЕНТНОЙ ПСИХОПАТОПОДОБНОЙ ШИЗОФРЕНИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ (клинический, экспериментально-психологический и судебно-психиатрический аспекты)

Н.К.Шайхысламова, Т.Б.Оспан, А.Г.Лободенко,
Ж.Ш.Аманова, Ж.Т.Кожанова

Распознавание начальных проявлений психических расстройств является одной из наиболее актуальных и, в тоже время, сложных проблем в психиатрии. Трудности диагностики намного возрастают, если речь идёт о подростковом возрасте.

Актуальность изучения данной проблемы на современном этапе развития психиатрии, по нашему мнению, обусловлена следующими обстоятельствами. В последние десятилетия в связи с явлениями патоморфоза отмечается видоизменение клинической картины шизофрении, большой удельный вес занимают стёртые, слабовыраженные проявления психической патологии. Клиническая картина шизофрении в ряде случаев выражена не резко, а её проявления похожи на некоторые варианты психической нормы и патологии психического здоровья и болезни, нет жёстких диагностических критериев ограничения шизофрении от других психических расстройств и вариантов нормы, неопределены границы шизофрении. Поэтому в настоящее время нередки такие ситуации, когда в отношении одного и того же клинического случая мнения психиатров могут быть диаметрально противоположными, например: «болен - здоров» или «психопатия – шизофрения» и т.д. Причем, это наблюдается не только у представителей различных психиатрических школ, но и у специалистов, придерживающихся одинаковых диагностических критериев. В первую очередь, камнем преткновения становится диагностика малопрогредиентной шизофрении и её психопатоподобного варианта (особенно инициального этапа). По мнению ведущих психиатров различных психиатрических школ, дифференциальная диагностика формирующейся психопатии и психопатоподобной шизофрении в подростковом возрасте является самой сложной диагностической задачей клинической психиатрии и окончательно не решена до настоящего времени. В подростковом возрасте организм продолжает своё психическое развитие, и возникающая болезнь изменяет это развитие, а изменённое психическое развитие изменяет, в свою очередь, клиническую картину. На это насылаются особенности почвы, эндокринногуморальные сдвиги, психогенные моменты, формирующаяся сексуальность и особенности микросоциальной среды. В судебно-психиатрической практике отмечается выраженное влияние психотравмирующей ситуации, явления симуляции, диссимуляции и аггравации, что делает диагностическую задачу ещё более сложной.

При анализе научной психиатрической литературы, можно сделать вывод о том, что несмотря на значительное число публикаций по данной теме, мнения разных авторов расходятся и в настоящее время эта проблема пока ещё далека от своего окончательно решения.

При анализе данных литературы и собственных наблюдений, тем не менее, можно выделить некоторые типичные особенности психопатоподобной шизофрении с началом в подростковом возрасте:

1. Как правило, психическое заболевание начинается исподволь, постепенно и имеет медленное, растянутое на годы течение с постепенным нарастанием симптоматики.

2. Нередко возникают известные трудности при определении времени начала болезненных нарушений (что особенно важно в практике СПЭК), сложно определить, где заканчивается преморбид и где начинается болезнь.

3. Клиническая картина, в основном, определяется облигатными психопатоподобными нарушениями, которые типологически коррелируют с основными вариантами психопатий (расстройств личности по МКБ-10).

4. На различных этапах заболевания могут встречаться факультативные психопатологические феномены, которые придают своеобразие клинической картине и позволяют выделить различные варианты заболевания (навязчивости, аффективные спонтанные колебания, дисморрофобия, патологическое фантазирование с оттенком одержимости, эпизодические галлюцинации).

5. У большинства психопатологических феноменов имеются психологические корреляты-аналоги акцентуация характера, психопатия, психопатоподобная шизофрения, характерологические и патохарактерологические реакции и т.д., то есть наблюдается непрерывный дискретный переходный ряд, континuum от крайних вариантов нормы к психической патологии с качественным скачком на определённом этапе патогенеза. Поэтому нередки случаи, когда проявления болезни расцениваются как шалость, плохое воспитание и ставится диагноз «предзапущенность», «ситуационная реакция», «симуляция».

6. Многие психические расстройства в подростковом возрасте изоморфны, т.е. похожи друг на друга независимо от нозологии или нозологически нейтральны, имеют «пубертатную окраску». Нередко многие феномены имеют «психопатоподобный фасад», например, психопатоподобный эквивалент депрессии.

7. Клинически психопатоподобные расстройства проявляются, в первую очередь, нарушениями поведения с выраженным снижением социальной адаптации, нередко - криминальностью.

8. На начальном этапе психопатоподобной шизофrenии психические нарушения стёрты,rudиментарны, фрагментарны, в связи, с чем нередки диагностические ошибки и только катамнез позволяет уточнить диагноз. По данным Гурьевой В.А. и Гиндикина В.Я. ошибки диагностики в данном случае могут составлять от 27 до 40% с гиподиагностикой шизофrenии.

9. Значительное число пациентов попадает в поле зрения психиатров только после совершения правонарушения и прохождения судебно-психиатрической экспертизы («криминальная манифестация шизофrenии»).

Под нашим наблюдением находилось 22 подростка мужского пола, больных малопрогредиентной психопатоподобной шизофrenией, в возрасте от 15 до 18 лет. Длительность катамнеза составила от 3 до 8 лет. Данная категория пациентов находилась на стационарной и амбулаторной лечебно-психиатрической экспертизе в связи с привлечением к уголовной ответственности. Изучение проводилось клинико-психопатологическим, катамnestическим и экспериментально-психологическим методами.

При изучении анамнеза обращало на себя внимание то, что преморбид был представлен различными вариантами акцентуаций характера (преимущественно шизоидным, гипертимным, истероидным, неустойчивым). Наследственность отягощена в 10% шизофrenией близких родственников и в 21% психопатией. Роль черепно-мозговых травм и других экзогенно-органических вредностей была незначительна 5-6%. Клинико-динамические изменения наблюдались преимущественно в периоды возрастных кризов, т.к. именно в эти периоды организм наиболее чувствителен к патогенному влиянию.

В первом возрастном кризе (3-5 лет) нередко отмечались недифференцированные диффузные страхи, в любое время суток, иллюзорные эпизодические и галлюцинаторные феномены - прикосновение, дуновение, ощущение постороннего присутствия рядом с собой, ускоренное интеллектуальное развитие. Во втором возрастном кризисе (6-7 лет) наблюдалась избирательность контакта, усиленная привязанность к одному из родителей - патологический симбиоз («цепляние за мать»), распирающие тупые головные боли, мигрирующие неприятные ощущения в теле, эпизоды беспричинного снижения настроения с вялостью, пассивностью или его повышения с дурашливостью, кривлением, капризностью. Иногда смена настроения могла отмечаться в течение одного дня (пассивность, вялость с утра, говорливость, дурашливость) в ряде случаев отмечались, так называемые, смешанные состояния. В возрасте 12-15 лет (негативная фаза

пубертата) изменялось отношение к близким в виде оппозиции, стремление делать назло («поступки вопреки ожиданиям»),rudиментарных бредовых идей («мать чужая, подставная», «смотрят не так, намекают на что-то»). В 15-16 лет нередко возникало внезапное асоциальное поведение у ранее послушных и комформных детей («как подменили ребёнка», «как два разных человека») - бродяжничество, грубая оппозиция, стремление к самоутверждению, грубость, цинизм, группирование с асоциальными сверстниками, алкоголизация, наркотизация, криминальность, нарушения влечения, садистические и гомицидные тенденции. В 16-18 лет наблюдалась явления инфантилизма, беспричинной тревоги, односторонние непродуктивные увлечения, дисморфофобии, навязчивости, фантазирование.

В ряде случаев (45%) наблюдалась явления, так называемого, «крутого надлома», качественного характерологического сдвига, когда появлялись не свойственные ранее характерологические черты, иногда диаметрально противоположные (на фоне шизоидности - истероидности, на фоне истероидности - нерешительности, мнительности, навязчивости). В других случаях (55%) происходило постепенное усиление преморбидных характерологических черт с присоединением явлений аутизма, эмоциональной холдности. Нередко наблюдалась микрокататонические проявления - манерность, вычурность моторики и мимики, паратимия и парамимия, импульсивность, пассивная подчиняемость. В дальнейшем можно было отметить, что по мере прогрессирования заболевания доболезненные особенности личности нивелировались с нарастанием изменений личности по шизофrenическому типу в связи, с чем многие больные становились, похожи друг на друга («как на одно лицо»). Продуктивные расстройства не занимали ведущего места в клинической картине или же были эпизодическими (оклики, идеи отношения, страхи, дисморфофобия).

В связи с полиморфизмом клинической картины можно условно выделить несколько вариантов малопрогредиентной психопатоподобной шизофrenии в зависимости от преобладания тех или иных симптомов (по аналогии с психопатиями, с которыми чаще всего приходится проводить дифференциальный диагноз):

1. Истероидный вариант постепенно на смену восторженности, театральности, демонстративности приходит эмоциональная холдность, манерность, вычурность, регressive синтонность, явления инфантилизма и ювенилизма.

2. Психастеноподобный вариант - психастено-подобные черты характера могли появиться внезапно в виде беспричинной тревожности, склонности к сомнениям, переходящих в амбивалентность, склонности к навязчивостям и ритуалам.

3. Шизоидный вариант (синдром «нарастающей шизоидизации» по Личко А.Е.) - характерно аутистическое фантазирование с отрывом от реальности, необычные односторонние сверхценные увлечения, эмоциональная монотонность, импульсивность, резонёрство.

4. Эксплозивный вариант - характерна эмоциональная бедность в сочетании с холодной агрессией, брутальностью, негативизмом, импульсивностью. Агрессия может проявляться парадоксально - по ничтожным малосущественным поводам дают бурные вспышки гнева, в то время, как действительно фрустрирующие факторы остаются интактными.

5. Неустойчивый вариант на фоне ослабления волевых процессов, внушаемости, некритичности, пассивной подчиняemости, гедонистических тенденций подростки легко вливаются в асоциальные группы, совершают правонарушения, алкоголизируются, бродяжничают, «дрейфуют по жизни». Следует отметить, что алкоголизация и наркотизация могут затушёвывать процессуальные изменения и тем самым затруднять диагностику.

6. Гебоидный вариант - психические нарушения отмечаются чаще, начиная с препубертата. Ведущее место в клинической картине занимает оппозиционное отношение к родным, обществу, моральным ценностям старшего поколения, упрежданное стремление к самоутверждению, растворение низших влечений, садизм, криминальность, отсутствие жалости и сострадания, так называемый, «анэтический комплекс». Выражена социальная дезадаптация. Нарушения поведения могут проявляться преимущественно в семье или в обществе («домашние тираны» и «враги общества»).

По нашему мнению, клиническими критериями, помогающими в правильной диагностике психопатоподобной шизофrenии, являются следующие:

1. Спонтанность и прогредиентность динамики.
2. Преобладание психопатоподобных явлений и нарушений поведения с типичной динамикой к нарастанию изменений личности по шизофреническому типу.
3. Рудиментарность и эпизодичность продуктивных симптомов.

4. Применение, так называемой, «невербальной диагностики» по мимике, жестикуляции, особенностям поведения, позволяющим выявить микрокататонические симптомы-бедность и парадоксальность мимики, избегание взгляда в глаза, стереотипная жестикуляция, манерность, угловатость моторики.

Существенную помощь в диагностике оказывает экспериментально-психологическое исследование, направленное, в первую очередь, на выявление нарушений мышления, типичных для шизофrenии. Однако, по данным Полякова Ю.Ф., это обнаруживается далеко не всегда, только в 50% случаев и в то же время здоровые родственники

больных шизофrenией также могут обнаруживать аналогичные нарушения мышления («патос» по Снежневскому А.В.).

При исследовании нарушений мышления используются методики классификации и исключения понятий, пиктограммы, ассоциативный эксперимент.

Наиболее типичными для больных шизофrenией следует считать изменение личностно-мотивационной сферы-снижения произвольности и продуктивности ассоциаций, склонность к пустому рассуждательству, снижение целенаправленности суждений, логические соскальзывания, неравномерность процесса обобщения, актуализация латентных признаков понятий.

При проведении экспертизы предпочтительно назначение комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы, по возможности, стационарной. При установлении диагноза малопрогредиентной психопатоподобной шизофrenии в наших наблюдениях больные признавались невменяемыми, т.к., несмотря на отсутствие признаков «большого психоза», всегда наблюдалась личностные изменения, тенденция к прогредиентности ослабление способности к волевой регуляции поведения и способности к прогнозированию социальных последствий произвольных действий, снижение критики.

Таким образом, подводя итог, можно отметить, что ранняя диагностика психопатоподобной шизофrenии сложна, многогранна и требует от врача психиатра досконального знания клиники, динамики этой нозологической единицы, знания возрастных особенностей протекания психических расстройств. На современном уровне развития научной клинической психиатрии эта проблема ещё далека от своего окончательного разрешения. Наличие нерешённых, спорных вопросов может приводить к диагностическим расхождениям, уточнить диагноз могут только многолетние катамнестические наблюдения. По нашему мнению, успехи фундаментальных наук, дальнейшее развитие психиатрии в будущем может привести к уточнению этиологии и патогенеза шизофrenии, уточнить её диагностические границы. Хочется верить, что это будет решено в обозримое ближайшее время.

Литература:

1. Блейхер В.М. «Ранняя диагностика психических заболеваний», Киев, 1989 г.
2. Личко А.Е. «Подростковая психиатрия», Ленинград, 1983 г.
3. Личко А.Е. «Психопатии и акцентуации характера у подростков», Ленинград, 1983 г.
4. Гурьева В.А., Гиндикин В.Я. «Юношеские психопатии и алкоголизм», Москва, 1981 г.
5. Тиганов А.С. «Руководство по психиатрии», т. 1, 2, Москва, 1999 г.
6. Гурьева В.А. «Подростковая судебная психиатрия», Москва, 1998 г.

-
-
7. Гурьева В.А. «Клиническая и судебная подростковая психиатрия», Москва, 2001 г.
8. Махова Т.В. «Особенности течения вялотекущей психопатоподобной шизофрении и её судебно-психиатрическое значение» // Журнал невропатологии психиатрии и психиатрии им. С.С.Корсакова, том 1, 1981 г., стр. 113-118
9. Гурьева В.А., Гиндин В.Я., Исаченкова М.Л. «К изучению клинических особенностей психопатоподобной шизофрении у детей и подростков» / Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, том 5, 1981 г., стр. 1532-1535
10. Башина В.М. «Ранняя детская шизофрения», Москва, 1989 г.
11. Семичёв С.Б. «Предболезненные психические расстройства», Москва, 1981 г.
12. Пантелеева Г.П., Цуцульковская М.Я., Беляев Б.С. «Гебоидная шизофрения», Москва, 1986 г.
13. Цуцульковская М.Я., «Начальные проявления психопатоподобной шизофрении, начавшейся в юношеском возрасте и их отграничение от так называемых пубертатных кризов» // Сборник работ, Москва, 1970 г., стр. 104-107.

НАРКОЛОГИЯ

МЕТОД СУРРОГАТНОГО ЗАМЕЩЕНИЯ (по преодолению табакозависимости)

О.В.Горышева

г. Москва

Этот метод синтезировал знания, полученные мною в результате изучения достижений в области научной психологии и медицины, осмыслиения опыта православного народного целительства, а также духовных практик, используемых в восточной медицине. Собранные по крупицам знания легли на почву практического опыта, итогом чего и стал настоящий метод.

Согласно бытующему мнению, в структуру личности входят различные субличности, отвечающие за взаимоотношение с внешним миром. Это отношения с родителями, детьми, друзьями, профессиональной деятельностью, алкоголем, курением и т.д. И, если по какой-либо причине отношения эти прерываются (развод, увольнение с работы, смерть близкого человека и т.д.), то личность невротизируется, начинает страдать. Это особенно видно после терапии табакозависимости существующими на сегодняшний день методами: кодированием, гипнозом, иглорефлексотерапией. Образуется некая пустота и, если не заполнить ее, то через некоторое время, в лучшем случае, возникает риск возврата к курению или развиваются нарко- и фармакозависимость, усиливается алкоголизация. Происходит это вследствие актуализации инфантильного орального опыта, что согласуется с фрейдовской теорией о возврате на оральную стадию психосексуального развития и проживании в отношениях матери и ребенка. Посредством механизма регрессии осуществляется неосознанное нисхождение на более ранний уровень приспособления, позволяющий удовлетворять желания. А с помощью механизма компенсации происходит бессознательная попытка замещения подобного подобным. Но может и лечиться подобным. И «не следует краснеть, заимствуя у народа средства, служащие к его излечению» (Гиппократ).

Так, во время таинства Причастия в Русской Православной церкви для исцеления души и тела под видом вина и хлебадается кровь и тело Христа, приняв их, верующий исцеляется. Преподобный Серафим Саровский в своей практике использовал сухарики из черного хлеба. Полученные из рук Святого с пожеланиями выздоровления, они приобретали чудодейственную силу. В русской народной практике целительства с древних времен использовались наговоренные захарем продукты, которые давались больному. Нечто подобное есть и в индийском священном ритуале Пуджа, где средством исцеления является прасад (т.е. освященные

продукты питания). Примеров тому в истории человечества много, но суть одна. Нуждающийся в помощи человек в тяжелую для него минуту с приемом пищи, данной ему с определенным значением и словами, раскрывается в ожидании чуда исцеления.

Исходя из изложенного, в процессе психологической практики сложился метод по преодолению табакозависимости, который состоит из 4 сеансов и имеет индивидуальный подход к каждому пациенту. Это комбинированный метод, гармонично сочетающий различные психотерапевтические приемы.

На I сеансе происходит сбор анамнеза, тщательное описание проблемы и превращение ее в объект. Выясняется степень готовности пациента к принятию на себя ответственности за свое решение (посредством я-высказываний). Устанавливаются доверительные отношения, позволяющие глубже проникнуть в психологию пациента. Через рассказ о проблеме происходит растождествоение пациента с курением. Выясняется, с какого возраста он курит, в каких случаях, что повлияло на решение бросить курить, отношение к этому родных и друзей, были ли в прошлом подобные попытки, чем закончились. Записывается по часам количество сигарет, выкуrivаемых пациентом в день, и анализируется каждая сигарета.

На II сеансе идет индивидуальный поиск замещающего объекта по каждой сигарете отдельно. Всячески поощряется прямое участие пациента в решении данной проблемы, что актуализирует свободу воли и творчество. После чего тренируется поведение методом бихевиоральной терапии по ранее записанным сигаретам с введением неожиданных стрессовых ситуаций. Далее с пациентом согласуется срок, в течение которого он предполагает не курить. Мною предлагается 3 месяца, по прошествии которых он может выбрать сам - курение или здоровый образ жизни. Этим снимается невроз, связанный с фатальностью происходящего.

III сеанс посвящен суггестивному закреплению через ритуал, который затрагивает глубинные стороны личности (убеждения, верования, предрассудки). Закрепляется выношенное самим пациентом (а не внущенное извне) желание бросить курить.

Пациенту предлагается удобно расположиться на стуле, расслабиться. Зажигается свеча. Включается магнитофон с легкой медитативной музыкой. Руки пациента лежат на бедрах ладонями вверх. С легким прикосновением своих рук к ладоням

пациента, я предлагаю закрыть глаза и сконцентрировать свое внимание на дыхании, почувствовать прикосновение воздуха при вдохе и выдохе. Вдох и выдох. Мышцы рук и ног расслаблены. Дыхание ровное, спокойное. Вы чувствуете приятную тяжесть. С каждым вдохом вы все больше и больше погружаетесь в приятную негу. Вдох и выдох.

После того, как дыхание пациента стало более глубоким, а мышцы расслабились, стоя, я начинаю делать волнообразные пассы руками сверху вниз вдоль туловища пациента, амплитуда которых вначале согласуется с дыханием пациента. Происходит присоединение. Затем движения моих рук становятся все более и более замедленными, а амплитуда более глубокая. И уже дыхание пациента автоматически подсоединяется к глубине моих пассов. Это продолжается 5-10 минут. После чего я захожу за спину пациента и начинаю делать различные пассы над головой пациента. Одновременно я стараюсь синхронизировать свое дыхание с дыханием пациента, в результате чего я имею возможность получить право на более интимное прикосновение к области головы методом наложения рук. В этот момент происходит как бы символическая передача пациента в руки терапевта, необходимо дать время пациенту прочувствовать свое

новое состояние. После чего я говорю только одну фразу, что с сегодняшнего дня, по вашему желанию, вы перестаете курить сроком на 3 месяца и даю пациенту возможность осознать и принять ее. Затем возвращаюсь в свое первоначальное положение, слегка дотрагиваюсь до рук пациента и предлагаю открыть глаза. Сеанс окончен.

Однако глубинный интимный смысл этого состояния остается недоступным. И иногда важно остановиться перед тайной, а не навешивать ярлыки и объяснения происходящему для того, чтобы дать возможность проявиться непроявленному.

IV сеанс – это поддерживающая терапия, коррекция психоэмоционального состояния в соответствии с уже полученным опытом преодоления зависимости. Используя метод эмпатийного слушания, я предлагаю пациенту рассказать о своем личном опыте по преодолению табакозависимости, своих страхах и сомнениях. «Выговорившись» пациент чувствует облегчение, очищение от стресса и бремени – «катарсис», в завершении которого возникает ощущение своего выздоровления, желанного избавления от табакозависимости. Получая обратную связь, я имею возможность проанализировать полученную информацию для использования ее в своей дальнейшей работе.

ТЕРАПИЯ СУБДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У ЗАВИСИМЫХ ОТ АЛКОГОЛЯ БОЛЬНЫХ ВИТАГАМ-РУЛИНОМ В КОМБИНАЦИИ С АМИТРИПТИЛИНОМ

В.В.Макаров, В.П.Колосов, Е.М.Коньков, Ф.З.Гафуров

Введение.

Распространенность субдепрессивных расстройств в рамках хронического алкоголизма достаточно высокая (1). Терапевтическая эффективность лечения этих расстройств остается низкой. Поэтому разработка и внедрение в практику новых лекарственных средств лечения этого типа депрессий является актуальной задачей наркологии. Важность назначения комплекса витаминов при лечении алкогольных субдепрессий отмечена многими авторами (2).

Витамины способствуют компенсации вторичного гиповитаминоза, нормализуют важнейшие физиологические процессы (окислительно-восстановительные и другие). Причем, в связи с данными об особом значении витаминов в генезе алкогольной патологии рекомендуются высокие дозы их применения. Так, витамины комплекса «В» и «С» некоторые авторы назначают до 500 мг в сутки и более (3).

В качестве средства лечения алкогольных субдепрессий нами изучен препарат «Витагам-Рулин» фирмы ООО «Рулин». Препарат одобрен Фармацевтическим комитетом Минздрава России (протокол от 8 февраля 2002 г.) и утвержден Департаментом государственного контроля лекарственных средств и медицинской техники Минздрава России в качестве средства лечения алкоголизма.

Витагам-Рулин создан на основе натриевой соли-N-никотиноил-аминомаслянной кислоты с добавлением комплекса витаминов и фолиевой кислоты, что значительно расширило его фармакологические возможности (4).

Фармакологические свойства и состав препарата

Витагам-Рулин обладает антитоксическим и антиоксидантным свойствами, улучшает кровоснабжение и функциональное состояние головного мозга, благотворно влияет на его метаболизм.

Витагам-Рулин улучшает микроциркуляцию и способствует улучшению кровоснабжения внутренних органов. Комплекс витаминов, входящих в состав препарата, способствует нормализации обмена веществ. Витагам-Рулин быстро всасывается из желудочно-кишечного тракта, распределяется в головном мозге, в почках, мышцах и жировой ткани.

При лечении хронического алкоголизма препарат используется в комплексе средств купирования острой алкогольной интоксикации, алкогольного абстинентного синдрома для уменьшения астенических, астено-невротических, астено-депрессивных состояний, а также при лечении алкогольной энцефалопатии; экситрапирамидных расстройств, возникающих при приеме психотропных средств (нейролептики, транквилизаторы).

Витагам-Рулин не обладает выраженными побочными эффектами. Противопоказаниями к приему препарата являются тяжелые заболевания почек и острое нарушение мозгового кровообращения.

Состав Витагам-Рулин:

Н-никотиноил-г-амино-маслянной кислоты
Натриевая соль 0,05 г
Тиамин хлорид 0,025 г
Рибофлавин 0,025 г
Пиридоксин 0,025 г
Никотиновая кислота 0,025 г
Кальция пантотенат 0,025 г
Кислота фолиевая 0,000025 г
Цинкобаламин 0,000025 г

Препарат выпускается в капсулах 0,4 г по 50 капсул в упаковке.

Цель и задачи исследования.

Целью настоящей работы являлось научное исследование эффективности, переносимости и безопасности применения препарата Витагам-Рулин при лечении субдепрессивных состояний у больных хроническим алкоголизмом. Задачами исследования являлись:

1. провести клиническое изучение больных хроническим алкоголизмом с субдепрессивными состояниями;
2. изучить влияние препарата на различные компоненты алкогольных субдепрессий – аффективный, психический, соматоневрологический (3);
3. определить особенности действия препарата Витагам-Рулин в комплексном лечении алкогольных субдепрессий.

Метод исследования.

Данное исследование являлось открытым, контролируемым, сравнительным.

Критерии включения в исследование.

В исследование включались больные алкоголизмом в I, II, III стадии заболевания, с субдепрессивными состояниями, мужчины и женщины в возрасте от 18-60 лет.

Критерии исключения из исследования.

Из исследования исключались больные:

- с тяжелыми психическими и соматическими заболеваниями в стадии обострения;
- беременные и кормящие женщины;
- не достигшие 18 летнего возраста.

Клиническая характеристика больных.

Для проведения исследования препарата Витагам-Рулин были отобраны 2 группы больных.

1 группа (основная) – больные, получавшие препарат – 40 человек.

2 группа (контрольная) – больные, не получавшие препарат – 18 человек.

Распределение больных по полу было следующее: в 1-ой (основной) группе мужчин – 30 человек (75,5%), женщин – 10 (27,5%), во 2-ой (контрольной) группе мужчин – 13 (75,8%), женщин – 5 (27,2%).

Распределение больных по возрасту: в 1-ой группе больных в возрасте от 18-25 лет было 9 человек (22,5%), с 26-35 лет - 18 человек (45,0%) и свыше 36 лет - 13 человек (32,5%); во второй группе в возрасте от 18-25 лет было 3 человека (16,8%), с 26-35 лет - 8 человек (44,4%), свыше 36 лет - 7 человек (38,8%).

Распределение больных по стадиям заболевания: в 1-ой группе (основной) больных с I стадией заболевания было взято 12 человек (30,0%); со II стадией - 20 человек (50,0%); с III стадией - 8 человек (20,0%). Во 2-ой (контрольной) группе с I стадией заболевания было отобрано 6 человек (33,3%), со II стадией - 9 человек (50,0%) и с III стадией 3 человек (16,7%).

Тип первичного психологического влечения к алкоголю в 1-ой (основной) группе постоянный тип у 11 больных (27,5%), периодический у 13 (32,5%), смешанный у 16 человек (40,0%). Во 2-ой (контрольной) группе, соответственно, у 4 (22,3%), у 6 (33,3%), у 8 (44,4%).

Преморбидные особенности обследованных больных в 1-ой (основной) группе были: норма у 7 больных, акцентуация у 21 (52,5%), психопатия у 12 больных (30,5%); во 2-ой (контрольной) группе норма у 5 человек (33,4%), акцентуация у 9 человек (50,0%), психопатия у 3 человек (16,6%).

Конституционально-личностные особенности выявлены следующие: в 1-ой (основной) группе астеников было 17 человек (42,5%), возбудимость 5 человек (12,5%), паранояльных - 1 человек (2,5%), шизоидов - 4 человека (10,0%), истериков - 13 человек (32,5%). Во 2-ой (контрольной) группе астеники составили 8 человек (44,4%), возбудимые - 2 человека (11,1%), паранояльные - 2 человека (11,1%), шизоиды - 1 человек (5,5%), истерики - 5 человек (27,9%).

Показатели сопутствующих соматических заболеваний у обследованных больных по данным анамнеза были следующие: в 1-ой (основной)

группе гепатит у 23 больных (57,5%), черепно-мозговая травма у 12 больных (30,0%), желудочно-кишечные заболевания у 17 больных (42,5%), бронхит у 6 человек (19,0%), гипертоническая болезнь у 12 человек (30,0%), стенокардия у 3 человек (7,5%). Во 2-ой (контрольной) группе гепатит был установлен у 10 человек (55,5%), черепно-мозговая травма у 4 человек (22,2%), желудочно-кишечные заболевания у 11 человек (61,1%), бронхит у 3 человек (16,6%), гипертоническая болезнь у 2 человека (11,1%).

Таким образом, клиническая характеристика больных, отобранных для проведения исследования, в 1-ой (основной) и 2-ой (контрольной) группах были приблизительно одинаковы и вполне пригодны для сравнительного изучения.

Характеристика психического статуса изученных больных

Исследованию подверглись больные алкоголизмом в клинической картине, у которых наблюдались субдепрессивные расстройства, возникающие аутохтонно или реактивно (психогенно) в период абстинентного синдрома и продолжающиеся после его исчезновения. Обычно это неглубокие депрессии, продолжительностью до 1 месяца и более (5).

При этом больные отмечали у себя пониженный фон настроения, который, как правило, сочетался с внутренней напряженностью, безотчетной тревогой, снижением желаний и побуждений к деятельности.

У них отмечалась слезливость, тоскливость, но тоска не носила витального характера, сохранялась относительная критика к самому болезненному состоянию, болезненное состояние связывалось с предшествующим злоупотреблением алкоголя.

В отличие от эндогенной депрессии у данного контингента больных отсутствовали выраженные суточные колебания настроения, хотя, обычно, к вечеру на фоне нарастающего утомления депрессивная симптоматика усиливалась. Отсутствовали суицидальные тенденции, идеи самообвинения, самоуничижения, идеаторная и двигательная заторможенность.

У обследованных больных депрессивный аффект не достигал значительной глубины и обычно маскировался раздражительностью, недоволь-

ством, придирчивостью, слезливостью, ипохондрическими жалобами. Окружающие и родственники расценивали это состояние как понятную «житейскую» реакцию, а не как болезненное состояние, требующее врачебного вмешательства.

Способ применения и дозировка препарата

Лечение препаратом Витагам-Рулин в обеих группах началось после купирования острых явлений алкогольной интоксикации у больных I стадии хронического алкоголизма и алкогольного абстинентного синдрома у больных во II и III стадиях алкоголизма, при диагносировании у них синдрома алкогольной субдепрессии.

1-ая (основная) группа больных получала Витагам-Рулин по 1 капсуле 3 раза в день в комбинации с амитриптилином по 25 мг 3 раза в день в течение 20 дней. С 21 по 30 день дневная доза Витагам-Рулина назначалась по 1 капсуле 2 раза в день и амитриптилина по 1 таблетке (25 мг) 2 раза в день.

2-ая (контрольная) группа получала амитриптилин по 1 таблетке (25 мг) 3 раза в день в течение 20 дней, с 21 по 30 день по 1 таблетке (25 мг) 2 раза в день, без базового лечения Витагам-Рулином.

Результаты клинического исследования.

Материалы клинического исследования эффективности и безопасности препарата Витагам-Рулин при лечении субдепрессивных состояний у больных хроническим алкоголизмом изложены в нижеследующих таблицах.

При оценке клинического состояния использованы общепризнанные принципы диагностики депрессий (2), включающие аффективные, психические и соматоневрологические компоненты. Изучение проводилось в динамике всего периода исследования препарата с интервалами контроля на 7, 14, 30 дни после начала лечения препаратом Витагам-Рулин. Каждый симптом выражался числом обнаружений в процентах от общего числа обследованных больных, как в основной, так и в контрольной группах. По разнице угасания симптомов в основной и контрольной группах делалось заключение об эффективности исследуемого препарата.

Таблица 1

Динамика купирования аффективного компонента субдепрессивных состояний

Симптомы	Основная группа (1)								Контрольная группа (2)							
	1 день		7 день		14 день		30 день		1 день		7 день		14 день		30 день	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Снижение настроения	40	100,0	39	95,5	27	67,5	5	12,5	18	100,0	18	100,0	16	88,8	4	22,2
Тревога	31	77,5	30	55,0	19	47,5	0	0	15	83,3	12	66,6	10	55,5	0	0
Тоска	37	92,5	34	85,0	17	42,5	0	0	17	94,4	14	77,7	15	83,3	1	5,5
Грусть	17	42,5	14	39,0	5	12,1	2	5,0	8	44,4	8	44,4	7	38,8	3	16,6
Обидчивость	22	55,0	21	32,3	7	17,1	3	7,5	7	17,5	4	22,2	4	22,2	0	0
Внутреннее напряжение	39	95,5	37	92,5	21	32,3	2	5,0	16	88,8	15	83,3	14	77,7	2	11,1

Как показано в таблице 1 уменьшение субдепрессивной симптоматики наблюдается с 14 дня, как в основной, так и в контрольной группах к 30 дню

лечения, регистрация болезненных симптомов наблюдается в единичных случаях. В основной группе болезненные явления исчезают быстрее.

Таблица 2
Динамика купирования психического компонента субдепрессий

Симптомы	Основная группа (1)								Контрольная группа (2)							
	1 день		7 день		14 день		30 день		1 день		7 день		14 день		30 день	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Недовольство собой	37	92,5	19	47,5	12	30,0	4	10,0	15	88,8	13	72,2	10	55,5	3	16,6
Недовольство окружающими	34	85,0	17	42,5	7	17,1	1	2,5	12	66,6	11	27,5	10	55,5	1	5,5
Придирчивость	18	45,0	12	30,0	6	15,0	2	5,00	9	50,0	7	38,8	5	27,7	2	11,1
Рассеянность	27	67,5	19	47,5	11	27,5	0	0	11	27,5	9	50,0	7	38,8	0	0
Отсутствие желаний	19	47,5	12	30,0	6	15,0	0		8	44,4	7	38,8	7	38,8	1	5,5
Влечение к алкоголю	40	100,0	35	87,5	30	75,0	5	12,5	18	100,0	18	100,0	15	83,3	4	22,2
Нерешительность	22	55,0	20	50,0	14	39,0	0	0	10	55,5	9	50,0	5	27,7	0	0
Раздражительность	37	92,5	27	67,5	19	47,5	2	5,0	15	83,3	14	77,7	12	66,6	4	22,2

Согласно таблицы 2 психические компоненты субдепрессий у обследованных больных в основной группе проходят быстрее и чаще, по сравнению с контрольной группой. Так, патологическое

влечение к алкоголю к 30 дню лечения в основной группе отмечено у 12,5%, а в контрольной у 22,2%, раздражительность, соответственно, была у 5,0% и 22,2%.

Таблица 3
Динамика купирования соматических компонентов субдепрессий

Симптомы	Основная группа (1)								Контрольная группа (2)							
	1 день		7 день		14 день		30 день		1 день		7 день		14 день		30 день	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Головная боль	18	45,0	21	52,5	12	30,0	0	0	13	72,2	11	61,1	8	44,4	1	55
Нарушение сна	34	85,0	27	67,5	20	50,0	2	5,0	14	77,7	13	72,2	8	44,4	2	11,1
Снижение аппетита	31	77,5	25	62,5	17	42,5	1	2,5	13	72,2	11	61,1	10	55,5	0	0
Запоры	27	67,5	20	50,0	10	25,0	0	0	10	55,5	10	55,5	4	22,2	0	0
Потливость	19	47,5	15	37,5	6	15,0	0	0	11	61,1	10	55,5	9	50,0	1	5,5
Общий дискомфорт	17	42,5	14	35,0	4	10,0	0	0	14	77,7	9	50,0	5	27,7	0	0
Парастезии	17	42,5	14	35,0	3	7,5	2	5,0	16	88,8	12	66,6	8	44,4	3	16,6
Общая слабость	37	92,5	34	85,0	9	22,5	0	0	15	83,3	15	83,3	10	55,5	3	16,6

На основании показателей таблицы 3 можно сделать вывод, что Витагам-Рулин заметно влияет на уменьшение усталости, купирование парастезий и нарушений сна. Эти показатели в основной группе купировались лучше, чем в контрольной.

Анализ карт обследования показал, что результаты лечения Витагамом-Рулином выше у больных алкоголизмом в I стадии заболевания, и, наоборот, в тяжелой III стадии заболевания результаты были значительно хуже.

Имел место влияние на эффективность лечения и возраст больных. Так, сравнительно низкие результаты были отмечены у больных в возрасте

старше 36 лет. Снижена эффективность лечения у лиц, в преморбиде которых отмечалась психопатические симптомы, при наличии возбудимых и истерических черт характера. Статистические данные на них не приводятся в связи с небольшим числом наблюдений.

Побочные действия и осложнения

Анализ материалов клинических испытаний препарата Витагам-Рулин показал, что у 15 из 40 обследованных больных наблюдались дискомфортные явления в области желудка и тошнота вскоре после его приема. Указанные явления проходили

спустя 20-30 минут самостоятельно. У больных отмечалась головная боль и головокружение. В связи с этим больным было рекомендовано принимать препарат строго после приема еды, что уменьшало указанные побочные явления. Во время проведения исследования отмены приема препарата или прекращения лечения не было.

Выводы

1. Препарат Витагам-Рулин обладает свойством снижать субдепрессивные явления у больных хроническим алкоголизмом.

2. При курсовом применении у больных отмечается более выраженный терапевтический эффект, по сравнению с лицами, у которых препарат не применялся.

3. Применение препарата Витагам-Рулин у больных алкоголизмом с субдепрессией позволяет:

- быстрее купировать или ослабить основные проявления болезни;
- ослабить вторичное патологическое влечение к алкоголю.

4. Препарат относительно хорошо переносится больными и не вызывает выраженных негативных побочных эффектов.

5. Препарат Витагам-Рулин обладает некоторым активирующе-стимулирующим действием, смягчающим проявления астении, апатии, синдрома хронической усталости и раздражительности.

Заключение

Полученные результаты позволяют сделать заключение о возможности его применения при купировании субдепрессивных состояний у страдающих алкогольной зависимостью.

Литература:

1. Ковалев А.А. с составит. Либерол – новое лекарственное средство для лечения депрессий. Информационное письмо. М., 1995, с. 6
2. Морозов Г.В. с составит. Алкоголизм. Руководство для врачей. М., 1983, с. 294, 315
3. Сегал Б.М. Алкоголизм. М., 1967, с. 475
4. Стаховская Л.В. с составит. Применение препарата пикмалион в неврологической практике. М., 1997
5. Качаев А.К. с составит. Алкоголизм. М., 1983, с. 295.

ОТНОШЕНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ К ПРОБЛЕМЕ НАРКОМАНИИ. (ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ)

А.А.Марашева

г. Караганда

К «гендерному подходу» мировое сообщество обратилось сравнительно недавно. Лишь в последние лет тридцать в науке стали оперировать таким понятием, как «гендер», или «социальный пол», и активно разрабатывать концепцию взаимоотношений мужчин и женщин как социально организованных групп со своими интересами и особенностями. Если говорить о гендере в широком смысле, то термин включает в себя сложную систему. Иными словами, это конструкция концептуальная и основанная на опыте, индивидуальная и общественная, кросс-культурная и специфически культурная, физическая и духовная, а также политическая. То есть она является отражением жизни в мире, создавшем нас не просто людьми, но всегда женщиной или мужчиной. В мире, где любое различие или разделение находится в системе строгих иерархических и доминирующих отношений (1). Именно гендерные установки отражают в известном смысле «стратегию» системы пол-гендер и указывают, кем мы должны быть: женщиной или мужчиной, девочкой или мальчиком. Рождаясь, люди

женского и мужского пола сразу попадают в сложившуюся систему отношений, где женщинам отведена пассивная роль, а мужчинам активная. При этом значимость активного («мужского») всегда выше пассивного («женского») в соответствии с иерархией отношений. Например, в образовательных методиках детских садов обучающие игры для девочек и мальчиков различно ориентированы. В игровой комнате отведены части отдельно для девочек и для мальчиков. У девочек воспроизведена домашняя обстановка (внутренний, «пассивный» мир), где их обучают быть «женщинами»: накрывать на стол, пеленать ребенка и др. (вести домашнее хозяйство). У мальчиков воспроизведен город (внешний, «активный» мир), где они изучают типы машин, правила дорожного движения, виды профессий. И если на образовательных занятиях девочек знакомят с понятиями (но не дают навыков), формирующимиися у мальчиков в обучающих играх, то мальчиков не учат о ком-нибудь заботиться. Мальчикам дарят книги познавательного характера, а девочкам - детскую кулинарию. И хотя книга

по кулинарии носит название детской, она ассоциируется только с девочками и только им предназначена [1]. Таким образом с детства формируют различную жизненную направленность и ценностную систему личности мальчика и девочки.

Гендерные аспекты наркомании мало изучены не только в российской, но и западной социологии, психологии и наркологии. В отечественной науке весьма обширное место занимает дискуссия об ускоренной феминизации наркомании, которая построена на данных количественных замеров числа употребляющих наркотики среди девушек и юношей. Однако качественные различия в отношении к наркотикам девушек и юношей практически не рассматривались.

Для изучения представлений детей в возрасте от 7 до 11 лет о наркотиках и об их отношении к ним врачи наркологи Областного детского психоневрологического объединения наркологического диспансерного отделения было проведено исследование учащихся образовательных школ 1-4 классов города Караганды.

Исследование носило анонимный характер. В предложенной анкете (разработчики А.Л.Катков и А.А.Марашева) дети отмечали только свой пол и возраст. В инструкции подчеркивались важность личного мнения каждого ребенка и необходимость ответов, исходящих из собственных представлений о заданной проблеме. Отмечалась необходимость независимой оценки, без вариантов совместного

обсуждения между участниками исследования. Таким образом, было обследовано более 1000 детей в возрасте от 7 до 11 лет – учащиеся 1 – 4 классов.

Анализ результатов показал, что основным источником информации антинаркотической направленности являются средства массовой информации (СМИ) – 45% (мальчиков 43,7% девочек 46,3).

В 1–4 классах 21,6% учеников получают данную информацию от учителей, друзей и знакомых (из них мальчиков 12,5% и девочек 30,6%).

Наблюдается ярко выраженная тенденция увеличения числа детей, отмечающих в качестве источника информации о наркотиках «видел на улице, во дворе» их число составляет 13,3% (18,8% мальчиков и 7,7% девочек).

Процент детей получающих информацию от родителей оказался самым низким и составил – 4% (девочек 7,7%, мальчики получают информацию от родителей 0,3%)

Из общего числа опрошенных детей 16,4% не получают информацию о наркотиках из выше перечисленных источников (девочек 25% и мальчиков 7,7%).

Данный вопрос показывает разную значимость источников информации для мальчиков и девочек. Более высокий процент мальчиков получающих информацию о наркотиках во дворе можно объяснить тем, что они в той или иной степени включены в дворовые компании, в которых часто наблюдается терпимое отношение к разовому употреблению наркотиков [2].

Таблица 1

Предпочтение источника информации детьми

вариант ответа	M, %	Д, %	среднее
РОДИТЕЛИ	25	53,4	39,2
УЧИТЕЛИ	28,1	15,7	21,9
ВРАЧИ	17,9	7,7	12,8
СОТРУДНИКИ МВД	3,1	15,3	9,2
ТЕЛЕВИЗИОННЫЕ ПРОГРАММЫ	9,7	6,5	8,1
ДРУЗЬЯ, ЗНАКОМЫЕ	3,1	---	1,5
ЗАТРУДНЯЮСЬ ОТВЕТИТЬ	6,3	0,6	3,8
НЕ ВЕРЮ НИ КОМУ	6,8	0,8	3,5

Анализируя полученные результаты, мы видим, что у детей есть потребность в получении информации о проблеме наркомании и наркотиках от родителей и учителей, но этой информации они от них не получают. Поэтому дети заполняют образовавшийся вакуум доступной информацией, которая «выплескивается» на них с экрана телевизора и носит характер своеобразной рекламы табака и алкоголя. Безусловно, существуют рекламные ролики антинаркотической направленности. Но их количество и качество не идет ни в какое сравнение с рекламами, сценами

из фильмов в которых табак, алкоголь выступают как символ мужества и силы.

Различия в процентном соотношении между мальчиками и девочками, желающими получать информацию от родителей можно объяснить тем, что в семье между девочкой и родителями сохраняются более близкие и доверительные отношения, чем у мальчиков.

На вопрос об отношении детей к проблеме наркомании большинство детей ответили, что главная причина – слабость характера 52,1% (из них мальчиков 65,7% и девочек 38,5%). Употребление

наркотиков как признак самостоятельности отметили 10,8% (из них мальчиков 6,2% и девочек 15,4%). Прием наркотиков возникает из-за недостатка информации об их вреде – так считают 15,5% (15,3% мальчиков и 15,6 девочек). Не определили свое отношение к данной проблеме 21,6% (12,5% мальчиков и 30,8% девочек). Таким образом мы видим, что как

девочки, так и мальчики главную причину начала употребления наркотиков видят в слабом характере, в неумении сказать «нет». Интересно отметить, что у мальчиков сформировано более четкое отношение к проблеме наркомании. В тоже время среди девочек достаточно велика группа «сомневающихся», не определивших свое отношение к данной проблеме.

Таблица 2

Опыт употребления наркотиков учащимися

к табакокурению	M, %	Д, %	среднее
■ курю каждый день	46,9	7,7	27,3
■ курю иногда	15,6	53,9	34,7
■ пробовал, не курю	21	15,4	18,2
■ предлагали, но я отказался	4	10,3	7,2
■ не пробовал	12,5	12,7	12,6
к алкоголю			
■ пробовал и находился в алкогольном опьянении	13,4	9,2	11,3
■ не пробовал никогда	72,1	70,5	71,3
■ предлагали, но я отказался	14,5	20,3	17,4
к наркотикам			
■ пробовал	2,1	1,6	1,9
■ предлагали, но я отказался	8,4	6,3	7,3
■ не пробовал	89,5	92,1	90,8

Если проанализировать полученные результаты о личном опыте употребления психоактивных веществ, то мы можем сказать, что мальчики чаще употребляют ПАВ, чем девочки. На вариант отве-

та «мне предлагали, но я отказался» меньше всего ответов дали мальчики. Вероятно, это связано с общением в дворовых компаниях и недостаточным вниманием взрослых к проблеме наркомании у детей.

Таблица 3

Определение признаков антинаркотической устойчивости

1. Я точно знаю, кто я такой и чего хочу в жизни:	M, %	Д, %	среднее
а) однозначно нет	15,6	23,1	19,4
б) однозначно да	68,8	38,4	53,6
в) затрудняюсь ответить	15,6	38,5	27
2. Я точно знаю, что нужно делать для исполнения своих желаний, планов:			
а) однозначно нет	18,8	---	9,4
б) однозначно да	60	66,9	63,5
в) не знаю	21,2	33,1	27,1
3. Я сам отвечаю за то, что происходит со мною в жизни:			
а) однозначно нет;	9,4	---	4,6
б) однозначно есть.	84,4	76,9	80,7
в) не знаю	6,3	23,1	14,7
4. Я умею делать свой выбор и держаться избранного, не смотря ни на что:			
а) однозначно нет	15,6	---	7,8
б) однозначно да	71,9	61,5	66,7
в) не знаю	12,5	38,5	25,5
5. Я сделал(а) свой выбор в отношении возможностей употребления наркотиков. И для себя я исключаю такую возможность, не смотря ни на что:			
а) однозначно нет	12,5	38,5	25,5
б) однозначно да	78,1	46,1	62,1
в) не знаю	9,4	15,4	12,4

Приведенные данные в таблице 3 говорят о значимости гендера в формировании антинаркотической устойчивости. Уже в возрасте 7-11 лет мальчики более четко определяют свою жизненную позицию, более ответственно относятся к своим поступкам, более осознанно относятся к процессу выбора в отношении возможностей употребления наркотиков.

На наш взгляд, это связано с тем, что мальчик и девочка изначально ориентированы на разные жизненные позиции. Девочкам отводится «пассивная» роль, мальчикам «активная». В гендерном аспекте реакции на наркотики становятся выражением всей ценностной системы ребенка. «Пассивная» и «активная» роль формирует разную систему ценностей, и отсюда ведет к различной мотивации

деятельности, в том числе и к разным мотивам употреблениям психоактивных веществ.

Таким образом, мы считаем, что при разработке программ первичной профилактики, целью которых является формирование антинаркотической устойчивости, следует учитывать гендерные особенности отношения к психоактивным веществам, и в целом к проблеме наркомании у детей.

Литература:

1. Абубикрова Н.И. Что такое «гендер»? // *Общественные науки и современность*. 1996, № 6, С. 123-125.
2. Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю. *Наркомании*. 2-е изд. СПб., 2001.

СОСУДИСТЫЕ И СОМАТОГЕННЫЕ ПСИХОЗЫ, ВОЗНИКШИЕ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО АЛКОГОЛИЗМА, И ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Р.О.Сарсенова, А.Г.Писчатская, А.Ж.Жубатканова

Эту группу составляют 32 больных, которые длительно страдали хроническим алкоголизмом, осложненным сосудистыми заболеваниями головного мозга и тяжелыми соматическими заболеваниями (поражения сердечно-сосудистой системы, диабет, бронхиальная астма, туберкулез легких, гепатохолецистит и др.). Большинство из этих больных (21 человек) ранее неоднократно стационарировались по поводу алкоголизма, в том числе 9 человек по поводу алкогольных психозов.

Психозы у больных этой группы возникали в большинстве случаев остро, непосредственно после алкогольных эксцессов. Лишь в единичных случаях они развивались постепенно у лиц, употреблявших небольшие дозы алкоголя, при явлениях интолерантности к нему.

В картине психозов у этой группы больных на первом плане были выраженные расстройства сознания, спутанность, резкое двигательное возбуждение, идеи воздействия и страха. Ведущими синдромами являлись галлюцинаторно-параноидный и аментивно-делириозный. Психозы протекали длительно – от нескольких недель до нескольких месяцев.

После выхода из психоза имела место частичная или даже полная амнезия периода острого состояния, и на первый план выступало значительное мnestико-интеллектуальное снижение вплоть до выраженной деменции. Отмечалось значительное слабоумие, депрессивный фон настроения. В отдельных случаях (3 больных) имели место элементы псевдопаралитического синдрома: эйфория,

нелепые идеи величия (высокое общественное положение, огромные заслуги в прошлом) - на фоне благодушия и при полном отсутствии критики к своему состоянию. Иногда встречались псевдотуморозные синдромы с длительной растерянностью, дезориентировкой, оглушенностью, которые возникли, как правило, после нарушений мозгового кровообращения. Лишь в 2 случаях имели место амнестические синдромы корсаковского типа, однако ни в одном из них полной картины корсаковского психоза не наблюдалось.

При лечении больных алкогольными психозами в пожилом возрасте особое внимание обращалось на дезинтоксикационные мероприятия и поддержание деятельности сердечно-сосудистой системы.

С первого же дня лечения назначались вливания глюкозы с магнезией, тиосульфата натрия, массивные дозы витаминов. Витаминотерапия проводилась в продолжение всего лечения. Начиналась она с ударных доз витамина В1 внутримышечно, а также введения витаминов В6, РР, С, В12. В качестве средств, стимулирующих деятельность сердечно-сосудистой системы, использовались кордиамин или кофеин, а также (при необходимости) гипотензивные, коронаролитические, сердечные глюкозиды и другие симптоматические средства. Широко использовалась также глютаминовая кислота внутрь по 0,5 г. 3 раза в день. Глютаминовая кислота, как известно, связывает в организме аммиак и способствует быстрой дезинтоксикации. Ее применение противопоказано при лихорадочных состояниях и резком психомоторном возбуждении.

Из нейролептических препаратов, применяющихся как для снятия возбуждения, так и в качестве антипсихотических средств пожилым больным предпочтительнее назначать галоперидол. Для купирования психомоторного возбуждения галоперидол применяли внутримышечно по 0,5-1 мл. 0,5% раствора 1-3 раза в день (в зависимости от состояния). После купирования возбуждения, которое достигалось в течение 2-5 дней при острых и в течение 7-15 дней при затяжных психозах, галоперидол назначали внутрь (в таблетках или каплях) по 5-10 мг. в день.

Физически крепким больным 60-65 лет назначали и фенотиазиновые нейролептики – аминазин и тизерцин, которыми также быстро удавалось добиться ликвидации острой психотической симптоматики.

Наряду с этим проводили психотерапию (доступными для понимания больных методами), направленную на полное прекращение в дальнейшем употребления ими спиртных напитков.

Лечение больных в стационаре продолжалось от 3-4 недель до 2-3 месяцев.

Собственно антиалкогольное лечение удалось провести лишь в немногих случаях. Психическое и физическое состояние больных этого сделать не позволили.

Поддерживающее лечение включало в себя лечение симптоматическими средствами, повторные психотерапевтические сеансы. Сенсибилизирующие к алкоголю средства (тетурам) не применяли. Однако тем больным, которые ранее лечились тетурамом, назначалось плацебо (фитин), и больные считали, что они получают тетурам.

Катамнестические сведения в отношении 27 больных, собранные через 1-2 года после их лечения, свидетельствуют о том, что 9 из них полностью воздерживаются от спиртных напитков: у 5 были кратковременные срывы, но к моменту обследования они находились в ремиссии: 13 больных через 3-8 месяцев после лечения вновь начали злоупотреблять алкоголем, и 2 из них перенесли повторные алкогольные психозы.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТРЕВОГИ И ФОБИИ У БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

А.Ю.Толстикова

г. Алматы

В последние годы проблема правильной и своевременной диагностики тревожного аффекта приобретает особое значение. Это объясняется широкой распространностью тревожных расстройств в общей популяции (5-10%), а также и тем, что наметились принципиально новые подходы к систематике и патогенезу данных нарушений.

Универсальный и неспецифический характер тревожного аффекта обуславливает трудности дифференциально-диагностического плана и требует от практического врача тщательного разграничения тревоги и других сходных аффективных расстройств, в частности, фобийных реакций. Особый интерес представляет рассмотрение феноменов тревоги и фобийных реакций у пациентов с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ).

При изучении психопатологии тревоги возникают известные трудности. Они определяются тем, что в термин «тревога» различные авторы вкладывают неоднозначное содержание. Под этим определением описываются симптомы, сходные по внешним проявлениям, но различные по своему происхождению [1].

В последние годы с введением в клиническую практику новой диагностической системы (МКБ-10) классификация тревожных и тревожно-фобических состояний подверглась значительной

модификации. В этом случае тревога выступает уже не просто как синдром, а как отдельная диагностическая категория, что не является привычным для отечественной психиатрической систематики, которая предполагает принцип нозологического подхода к диагностике психических расстройств.

При феноменологическом подходе делаются попытки рассмотрения тревоги как отдельной эмоциональной реакции или депрессии. Наиболее проблематичным, с точки зрения общей психопатологии, является разграничение тревоги и страха в структуре зависимости от ПАВ.

Под тревогой понимается состояние внутреннего напряжения и беспокойства с предчувствием угрозы и пессимистическими опасениями [2]. Главной особенностью тревоги является ее диффузный и бес предметный характер. В этом ее отличие от страха, который всегда наполнен конкретным содержанием, т.е. возникает по отношению к определенной угрозе. По-видимому, феноменологическое своеобразие тревоги, выражющееся, с одной стороны, в субъективном, локализующемся в груди чувстве волнения, тяжести, а с другой – в возникновении реальных или беспредметных опасений, дает основание ряду авторов либо рассматривать тревогу как совокупность тоски и страха [3], либо отождествлять ее со страхом [4].

Высокий уровень коморбидности тревожных и депрессивных расстройств показан в нескольких исследованиях [5, 6]. Имеются данные, свидетельствующие о высокой наследственной отягощенности аффективными расстройствами у больных с фобической тревогой [7].

В теоретическом аспекте сочетание депрессии и тревоги можно объяснить следующими положениями:

- тревога и депрессия представляют собой «фактор общего дистресса», который лежит в основе этих двух феноменов;
- характерно наличие коморбидности двух дискретных синдромов (собственно тревожного и депрессивного);
- возможна предрасположенность одного синдрома к другому.

Фрейд З. (1915) разграничивает состояния страха и тревоги. В психологической литературе слово *dngstlich* – «боязливый» часто переводится как тревожный. Фрейд З. употребляет его в более общем значении (склонный к страху «вообще», а не только к беспредметному страху, каким является тревога). Страх по Фрейду – это «состояние аффекта, т.е. объединение определенных ощущений ряда удовольствие-неудовольствие с соответствующими им иннервациями разрядки (напряжения) и их восприятием...». При анализе реального страха Фрейд указывает на то, что он сводится «к состоянию повышенного сенсорного внимания и моторного напряжения, которые называются готовностью к страховому. Из нее развивается реакция страха. В ней

возможны два исхода. Или развитие страха, повторение старого травматического переживания ограничивается сигналом, тогда остальная реакция может приспособиться к новой опасной ситуации, выразиться в бегстве и защите, или же старое одержит верх, вся реакция исчерпается развитием страха, и тогда аффективное состояние парализует и станет для настоящего нецелесообразным».

В настоящем сообщении приводятся данные изучения психопатологии тревоги и страха на основе исследования 193 больных, страдающих депрессивными состояниями в рамках зависимости от ПАВ. В число обследованных вошли 26 женщин и 167 мужчин. В возрастном отношении они распределились следующим образом: до 20 лет – 26, от 21 года до 30 лет – 74, от 31 года до 40 лет – 45, от 41 года до 50 лет – 33, от 51 года до 60 лет – 10, от 61 года до 70 лет – 4, свыше 70 лет – 1 больной.

Цель исследования – установление феноменологических черт тревоги и страха у пациентов с зависимостью от ПАВ.

Наш подход к изучению феноменологической сущности тревоги основан на представлении о ней как об одном из вариантов депрессии. Это позволяет говорить о тревоге как о феномене, включающем собственно аффективный, идеаторный и моторный компоненты.

В таблице 1 показано распределение обследуемых по степени тяжести депрессии (по данным клинических шкал М.Гамильтона, собственной оценочной шкале депрессии).

Таблица 1

Распределение больных по степени тяжести депрессии

Степень тяжести	Количество пациентов	
	Абс.	%
Легкая	75	39,0
Среднетяжелая	93	48,1
Тяжелая	25	12,9
Всего:	193	100,0

Таблица 2 иллюстрирует распределение пациентов по степени выраженности тревоги.

Таблица 2

Распределение пациентов по степени выраженности тревоги (по шкале тревоги)

Степень выраженности тревоги	Количество больных	
	Абс.	%
Отсутствие тревоги	59	30,6
Легкая	90	46,6
Среднетяжелая	41	21,2
Тяжелая	3	1,6
Всего:	193	100,0

Аффективный компонент у 189 пациентов был представлен субъективным чувством необъяснимого внутреннего волнения, беспокойства, напряжения, локализующимся за грудиной, в эпигастральной области, с неясным предчувствием беды, опасности. Вербальный компонент выражался в неопределенных опасениях, ожиданиях, направленных в будущее. Моторный компонент характеризовался различной степенью двигательного возбуждения – от легкой суетливости с «игрой пальцев рук» до состояния ажитации (7 случаев). Поведенческие маркеры тревоги включали напряженность позы, напряженное выражение лица, двигательное беспокойство. Лингвистические и паралингвистические компоненты речи подразумевали многословную модулированную напряженную речь, звонкий голос при описании жалоб, обильную жестикуляцию, отсутствие латентных пауз, ускоренный темп речи.

Семантическое содержание вербализаций включало в себя ожидание неопределенной опасности, отсутствие чувства безопасности, чувство одиночества, двойственную оценку будущего.

Такое описание и учет клинических проявлений тревоги дает основание говорить о ней как о многомерном и структурно-сложном образовании.

Нами анализировались отдельные компоненты тревоги, их интенсивность (в баллах), содержание, направленность и проекция опасений, соотношение тревоги с симптомами депрессии.

Тревожные опасения сочетались с чувством волнения, беспокойства, утраты «почвы под ногами». Такого рода опасения сопровождались сниженным фоном настроения, которое определялось как тосклиwyй аффект.

Собственно тревожный аффект в ряде случаев трактовался как страх за свое здоровье. Однако четкость в психопатологических definicijax свидетельствует о том, что здесь речь скорее идет о выраженной тревоге, чем о страхе.

Опасения в отношении своего социального будущего были разнородными. Они связывались со сверхенным отношением к своему здоровью, сомнениями по поводу возможности избавиться от зависимости от ПАВ и возможности возвращения к полноценной жизни; в других случаях – определялись самим фактором пребывания в наркологическом стационаре, который вызывал «чувство малоценностии». В аффективном синдроме тревожные опасения не имели определенного источника, они как бы «концентрировались» внутри («никогда не избавлюсь от зависимости», «в груди что-то тяжелое и большое», «что-то давит, крутит»).

Состояние страха психически было более связано и соединено с определенными ситуациями. В этом отношении в структуре психопатологических definicijax в 4 случаях превалировал страх одиночества, страх возникновения тревоги, в связи с

которым возникает потребность принять ПАВ, чтобы «вытеснить» страх, тревогу. Сознание собственной слабости, бесполезности, незащищенности, неполноты – являлось конечной причиной формирования тревоги.

На этом этапе проявления тревоги и страха становятся более взаимосвязанными, но и еще более сложными, если учесть их близкие феноменологические свойства, в частности, общность содержания опасений. В связи с этим можно говорить о страхе как о феномене «экзогенном и объективном», а о тревоге как «эндогенном и субъективном».

Тревога представляет собой феномен, характеризующийся чувством внутреннего беспокойства, волнения, направленностью их в будущее, вербальным и моторным выражением этих опасений. Фабула тревожных опасений является отражением ее психопатологической сущности. По своеобразию феноменологических свойств тревоги ее можно поместить в промежуточное звено между тоской и страхом. По собственно аффективному компоненту тревога приближается к депрессии и рассматривается как один из ее вариантов.

Таким образом, клинически важен тщательный психопатологический анализ тревожного аффекта в рамках зависимости от ПАВ. Необходимо проводить оценку симптомов, составляющих ту или иную разновидность тревожных состояний, с целью выявления наиболее прогностически значимых форм фармакотерапии и психотерапии.

Литература:

1. Hamilton M. – S. Phillip. med. Ass., 1972, v. 47, p. 431-440.
2. Снежневский А.В. Общая психопатология (Курс лекций) // Институт психиатрии АМН СССР, Новгородское обл. науч. мед. об-во невропатологов и психиатров, Новгородская обл. псих. б-ца. – Валдай, 1970. – 190 с.
3. Зурабашвили А.Д. Депрессии. Вопросы клиники, психопатологии, терапии. Москва – Базель, 1970, с. 91-100.
4. Lesse S. – Am. S. Psychother., 1973, v.27, P. 379-389.
5. Coryell W., Endicott S. et al. Depression and panic attacks: The significance of overlap as reflected in follow-up and family study data // Amer. S. Psychiat. – 1988. – Vol. 145, № 3. – P. 293-300
6. Hecht H. Anxiety and depression in a community sample: The influence of comorbidity on social functioning // S. affect. Disord. – 1990. – Vol. 18. – P. 1387-1144
7. Merikangas K.R. et al. Comorbidity for alcoholism and depression // Psychiat. Uin. Amer. – 1990. – Vol. 13, № 14. – P.613-632
8. Фрейд З. «Введение в психоанализ». Лекции. М., «Наука», 1995, С.250.

О ПСИХОСОМАТИЧЕСКОМ ПОДХОДЕ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

В.И.Шушкевич

г. Рудный

Актуальность проблемы терапии алкогольной зависимости и связанных с ней психосоматических осложнений послужило целью данной публикации.

С 1996 по 2000 г.г. проанализировано 1083 случая обращения в городскую поликлинику г. Рудного по поводу хронического алкоголизма и связанных с ним психосоматических страданий (1013 мужчин - 93,5% и 70 женщин - 6,5%).

Практически у всех пациентов преобладали пограничные психосоматические расстройства в виде астеновегетативной, аффективной, обсессивной и ипохондрической симптоматики, причем у 271 (25%) человек алкоголизму сопутствовали различные психосоматические заболевания (бронхиальная астма, язвенная болезнь, гипертоническая болезнь, ИБС), т.е. имели дело с контингентом больных неврозами и психосоматическими расстройствами, уже осложненными алкоголизмом.

Психосоматически ориентированный врач, прежде всего, помнит, что алкоголизм как чрезмерное потребление алкоголя - только симптом, сопровождающийся тяжелыми психосоматическими последствиями, но проблема лежит значительно глубже, коренясь в онтогенезе личности, складываясь под влиянием социализации личности, а потому обычным отнятием алкоголя не удается заменить врачевание всего комплекса проблем (Л.Ласло, Венгрия, 1991 г.). Когда мы говорим, что устранив причинные факторы, мы ставим своей задачей доступную коррекцию личности, ее интеграцию, урегулирование по мере возможности семейных, трудовых и социальных связей человека, а в более тяжелых случаях - медицинскую, трудовую реабилитацию и социализацию, то мы не предполагаем, что этого можно добиться с помощью превентивного применения дисульфирама, другими психофармакологическими препаратами, изоляцией или принудительным лечением. В то же время нам не следует предаваться наивной иллюзии, что перечисленных целей комплексной терапии можно достичь, позволяя больному (согласно столь естественному для алкоголика желанию) умеренно потреблять алкоголь.

Решающим для получения согласия больного на превентивное лечение, является начальный период установления контакта (это первый принцип Миннесотской модели лечения химической зависимости. «Mann D.A., 1979»). Важно, как больной будет принят, окажут ли ему достаточно внимания, насколько основательно обследуют, помогут смягчить предшествующие симптомы абstinенции, насколько радушно его примет лечебный коллектив, какую степень гуманности проявят по отношению к нему.

Нельзя переоценить важность партнерских отношений между врачом и больным. От них зависит успешность всех лечебных усилий, как в начале терапии, так и на реабилитационном этапе. Поэтому врач должен проявить максимум эмпатии уже на первоначальном, наиболее интенсивном этапе общения с больным. Это приобретает особое внимание, если мы имеем дело с социально сниженным, пренебрегаемым обществом, не имеющим жилища больным. У такого больного особое внимание врача может вызвать глубокую катартическую реакцию. В целях успешности психосоматического лечения необходимо добиться от больного готовности к сознательной коммуникации, предлагающей определенные привычные навыки.

Если удалось добиться первоначального контакта, предложим больному в течение года контролируемый прием дисульфирама. Обеспечив abstиненцию, разработаем для больного, исходя из особенностей его личности и зная его соматические проблемы, психо-социореабилитационную программу. Т.е. используем остальные принципы т.н. Миннесотской модели: учить людей справляться с проблемой, а не избавляться от нее; относиться к аддикту, как к целостной личности, которая втянута в болезнь на разных уровнях: эмоциональном, интеллектуальном, социальном, физическом и духовном; оказывать полноценную помощь со всех сторон, начиная с диагностики и детокса, и заканчивая семейной и духовной терапией; привлекать к лечению пациента специалистов разных областей - терапевтов, психологов и др.; позволять аддиктам учиться друг у друга методам реабилитации и восстановления (В.Ю.Завьялов, 2002 г.)

В нашей работе помимо патогенетически исправленной медикаментозной терапии (согласно Бэллем-Жер и Р.Пост, создавших т.н. «киндлинг-модель»), использовались методы недирективной психотерапии по М.Эриксону, построенной на выявлении позитивных возможностей и перспектив жизни человека, его ресурсных состояний. Пациент получает позитивную программу без спиртного, т.е. блокируется психотерапевтически влечеение к алкоголю. Параллельно активно использовались методы иглорефлексотерапии, музыкальной терапии, физиолечения. Групповая психотерапия использовалась для коррекции нарушений отношения личности и приобретения навыков адекватного общения, причем, большое внимание уделялось подражательности, изменению мотивации и взаимной индукции, в создании специфических условий взаимовлияния друг к другу. Осуществляется анализ алкогольных психологических игр пациента в его ближайшем окружении. На сеансах семейной психотерапии разрушались деструктивные игры, и формировался

новый стиль взаимоотношений в семье. Раньше семью наставляли, прежде всего, «лучше понимать» алкоголика и учиться «облегчить ему пребывание в задержании». Сам алкоголик обязан отвечать за все трудности перехода к трезвости и возвращения к здоровому образу жизни: за работу над собой, за необходимость владеть своими эмоциями, распоряжаться собственной жизнью. Такой подход составляет главнейшую и первостепенную цель, как во время реабилитации алкоголиков, так и в дальнейшем. Никто не должен нести ответственность за ваш переход к трезвости, кроме вас.

По результатам данной работы с пациентом заключается терапевтический договор, где изложен возможный стиль поведения пациента, а также действия и ответственность сторон за результаты лечения. Одной стороной является пациент, другой - врач. Кроме того, пациент получает поддерживающее лечение с помощью медицинских препаратов или сеансов психотерапии, что зависит от настроя самого пациента.

Иглорефлексотерапия применялась с целью рефлекторного влияния с точек акупунктуры на различные отделы ЦНС, при этом использовались общие, сегментарные и местные точки по первому и второму вариантам тормозного метода корпоральной и аурикулярной терапии. Группы формировались из 6-8 человек разного пола и возраста. Лечебные сеансы проводились в специально оборудованном гипнотарии городской поликлиники, оснащенном кушетками, креслами, стерео оборудованием. В среднем на курс лечения приходилось 5-10 процедур иглорефлексотерапии с суггестивным подкреплением, эриксоновской психотерапией, введением диазепама (согласно патогенетической модели киндерлинга) с начальной дозы 20мг в/в однократно, с дальнейшим оральным приемом. В течение года проводились обязательные этапы т.н. «поддерживающей» психотерапии. 704 (65%) пациента в течение года «сделали паузу», что характеризует высокий непосредственный эффект терапии, причем, на 30% уменьшилась обращаемость больных в городскую поликлинику по поводу имеющихся у них психосоматических заболеваний. Высокий эффект наблюдался, в первую очередь, у лиц с меньшим стажем потребления алкоголя, у 35% отмечалось уменьшение тяги к алкоголю, выразившимся в сокращении приема алкоголя в 3-4 раза, что положительно отмечено членами семей алкоголиков. В процессе лечения выявлялись лица, как с иждивенческой установкой («Бросить поможет врач»), так и высокомотивированные («прижалася болезнь - дальше некуда»), причем, пациенты с тревожно манильными чертами бросали из-за боязни перед последствиями алкоголизации (развитие цирроза печени и др.), акцептуанты «пили из риска» («авось запой минует стороной»), и некоторые бросали пить даже из стремления досадить врачу («сам бросил, а не лечение помогло»), хотя эти побуждения искусственно формировались врачом в атмосфере коллективного взаимовлияния. Однако импульсивные

лица чаще других давали «срывы» и рецидивы «запойного употребления».

Таким образом, анализ полученных данных указывает на целесообразность психосоматического подхода в комплексной терапии алкогольной зависимости с активным использованием различных методов психотерапии (с упором не на ремиссию или воздержание, а на превращение больного с алкогольной зависимостью в трезвенника, т.е. учить людейправляться с проблемой (третий Миннесотской модели), подключением в работу семьи алкоголика, использования патогенетических механизмов (т.н. «киндерлинг-модель») в медикаментозном лечении алкоголизма, а также методов иглорефлексотерапии, что согласуется с данными литературы (В.В.Макаров, 1996 г., В.Ю.Завьялов, 2002 г., Л.Ласло, 1991 г., И.С.Павлов, 1999 г., Д.В.Владимиров, 1991 г., Г.А.Манн, 1979 г. и др.).

Литература:

1. Макаров В.В. *Новые подходы помощи злоупотребляющим алкоголем.* (Вопросы ментальной медицины и экологии, т. 99, № 2, 1996 г., с.82-84)
2. Владимиров Д.В. *Построение патогенетической терапевтической схемы лечения алкогольных абстинентных состояний и алкогольных психозов.* (Сб. Вопросы психиатрии и наркологии, Костанай, 1991 г., с. 131-135)
3. Л.Ласло (Будапешт, Венгрия) *Психосоматический подход в терапии больных алкоголизмом.* (Сб. Вопросы психиатрии и наркологии, Костанай, 1991 г., с. 117-120)
4. В.Ю.Завьялов, *Пьющий мужчина. Диагноз трудных вопросов жизни.* Новосибирск, 2002 г., с. 234
5. Павлов И.С. *Технология психотерапии алкогольной зависимости 21 века: человек с зависимостью-трезвенник.* Вопросы ментальной медицины и экологии, т. 5, № 3, 1999 г, с. 48-49
6. Шушкевич В.И. *Об опыте психотерапевтической работы на промышленном предприятии.* Сб. Вопросы психиатрии и наркологии, Костанай, 1991 г., с. 212
7. Шушкевич В.И., Литвинович В.Д. *Об опыте работы комплексной психотерапевтической работы на базе поликлиники общесоматической сети.* Сб. Вопросы ментальной медицины и экологии, 1997 г., т. № 3, с. 28-31
8. Шушкевич В.И. *Особенности комплексной терапии табачной зависимости в условиях городской поликлиники.* Сб. Вопросы психиатрии и наркологии. Т.10, Костанай, 1992 г., с. 79-80
9. Шушкевич В.И., П.П.Саенко, *Об особенностях комплексной терапии алкогольной зависимости в условиях городской поликлиники.* Сб. Вопросы ментальной медицины и экологии. Т. 7, 2001 г. № 1, с. 59-60
10. Mann G.A., *Recovery of reality: overcoming chemical dependency.* Harper I Collins Publisher. 1979, p. 180.

ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

ПСИХОЛИНГВИСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Е.А.Корабельникова

Психолингвистика – наука, занимающаяся изучением и описанием особенностей порождения, понимания, функционирования и развития речи (1). Данное научное направление с каждым годом все более раздвигает свои рамки. В настоящее время наиболее интенсивно психолингвистика развивается в направлении социальной психологии и социолингвистики. Относительно молодым направлением является ее использование в медицине как средство диагностики различных патологических состояний, что особенно актуально для врачей неврологической, психоневрологической и психотерапевтической практики.

Особый интерес для исследователей представляет изучение особенностей речи больных с невротическими расстройствами. Данные исследований, так или иначе касающихся особенностей вербальной коммуникации больных неврозами, относятся, в основном, к ситуации специально ориентированного психотерапевтического взаимодействия, реже – речевых особенностей больных с невротическими расстройствами безотносительно к определенной ситуации.

Большинство таких работ выполнено в рамках психоаналитического направления. Их авторы предлагают использовать лингвистические подходы для объективизации процедуры проведения психоанализа и изучения сложных мотивов как пациента, так и психотерапевта в психотерапевтической ситуации (4, 11, 12, 15). Среди подобных исследований встречаются работы по изучению семантических особенностей речи, характерных для определенных личностных особенностей пациентов (14), семантического аспекта диалога между пациентом и психотерапевтом (13, 5), грамматических ошибок и оговорок, которые допускают пациенты в процессе психоанализа (4, 11). Психолингвистический подход к анализу психотерапевтической ситуации использован также в рамках других концепций. Особенно широкое распространение с целью формализации речевого поведения получил метод контент–анализа, предложенный L.A.Gottschalk (9, 10), позволяющий объективно, систематически и количественно описать явное содержание коммуникации. Автором разработаны специальные шкалы для измерения выраженности в речи таких состояний, как тревога, депрессия, агрессия, шкалы «социального отчуждения», «надежды» и пр. Данный метод нашел применение для анализа самого разнообразного круга проблем,

касающихся содержания речевого поведения (7, 8). Интерес представляют также работы, посвященные сравнительному изучению верbalного поведения психосоматических больных и больных неврозами. Исходя из полученных данных, психосоматические пациенты испытывают трудности в вербальном выражении своего состояния (17, 18), имеют более ограниченный словарь эмоциональных слов (16), недостаток субъективно подразумеваемых значений (19). Детальный анализ больных с невротическими расстройствами в зависимости от клинических характеристик и типа личности с использованием вышеуказанных шкал проведен Н.А.Додоновой (2). Автором проанализированы лексико–семантические и морфологические характеристики речи больных неврозами, при этом определен более высокий, чем у здоровых, уровень выраженности в речи состояний тревоги, депрессии, агрессии, показано более частое употребление больными местоимений первого лица, выявлены низкие по сравнению со здоровыми показатели предметности и связности речи и некоторые другие особенности. В целом, вопрос о возможности использования речевых показателей для изучения патогенеза и дифференциальной диагностики невротических состояний, особенно применительно к детскому возрасту, остается малоизученным.

Целью нашего исследования явилось изучение лексико–семантических характеристик речи детей и подростков с невротическими расстройствами с помощью принципиально новых средств компьютерного смыслового анализа текстов.

Обследовано 78 больных с невротическими расстройствами, составивших основную группу и 25 здоровых испытуемых в возрасте 10 – 17 лет.

В качестве образов устной речи в нашей работе использовались утренние отчеты испытуемых о своих сновидениях. Запись рассказов производилась на магнитофонную ленту с последующим дословным переведением в письменный текст. Процедура психолингвистического исследования включала в себя следующие этапы:

1. Определение среднего количества слов в отчете.
2. Определение коэффициента словарного разнообразия речи (отношение количества разных слов в отчете к общему количеству слов).
3. Дистрибутивно–статистический анализ текста (всей совокупности отчетов о сновидениях анализируемой группы испытуемых) по методике, разработанной на базе Московского специализированного (по

медицинским специальностям) центра новых информационных технологий при Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова (руководитель центра - Крейнес М.Г.) и реализованной в виде специальной компьютерной системы смыслового анализа текстов (3). Сущность метода заключается в выделении в тексте слов, являющихся его основным семантическим и/или стилистическим детерминантой. С учетом особенностей лексического материала (небольшой объем каждого конкретного протокола, их тематическое и сюжетное разнообразие) и целей его анализа (сопоставительный анализ) мы выделяли часто встречающиеся во всей совокупности текстов анализируемой группы слова, не являющиеся, так называемыми, грамматическими словами (союзы, предлоги и пр.). Эти слова в дальнейшем будут именоваться значимыми.

4. Систематизация значимых слов с использованием предложенной нами схемы категоризации, включающей 19 категорий (см. схема).

Психолингвистический анализ отчетов о сновидениях больных неврозами показал, что в среднем они содержат больше слов (110), чем у здоровых (65, $p<0,05$). Коэффициент словарного разнообразия в данной группе составляет 0,72, т.е. отмечалась тенденция к его снижению по сравнению с группой здоровых (0,79).

С позиции рассмотрения синтаксической модели (т.е. структурной схемы) отчетов о сновидениях данные особенности можно связывать, как со своеобразием самих сновидений (информационная насыщенность образов, богатство и сложность сюжета), т.е. денотативным аспектом, так и со способом их представления (алекситимия, расширение семантического поля за счет контекстуального вовлечения актуальных переживаний), т.е. десигнативным аспектом организации синтаксической модели рассказа. Вместе с тем, коэффициент словарного разнообразия при неврозах имел тенденцию к снижению. Учитывая своеобразие образцов устной речи в нашем исследовании, включающих не рассказ одного испытуемого, а совокупность отчетов различных лиц в каждой исследуемой группе, данный факт свидетельствует о появлении в рассказах разных испытуемых общих слов, которые мы гипотетически можем считать лингвистическими коррелятами невротических состояний.

Соеобразие отчетов о сновидениях при невротических расстройствах проявляется также в особенностях количественной и качественной представленности основных категорий значимых слов (см. таблица 1). В составе значимых слов в отчетах испытуемых основной группы категория «Объекты» была количественно менее представлена, чем у здоровых. Ее качественной особенностью является уход от обычных, эмоционально-нейтральных объектов в сторону соматических объектов («Части тела, органы»), объектов, связанных с

агрессией («Дикие животные», «Преступные элементы»), необычных объектов («Экзотические, мистические существа»), а также более частое упоминание матери, что может быть связано с невротической привязанностью к матери, недостаточной ролью отца в семье и другими, до конца неясными, причинами. Качественно иное содержание категории «Активность», по-видимому, определяется фиксацией на собственных чувствах и ощущениях, склонностью к размыщлению («Мыслительная активность», «Чувства, ощущения»), а также тенденцией к уходу, отгороженности от окружающих объектов («Удаление, потеря»). Дефицит категории «Совершенные действия» соотносится с высокой частотой незавершенных сновидений, определяемой по методике экспертной оценки сновидений, и не противоречит высказанной нами гипотезе о наличии у больных неврозами качественно иной, чем у здоровых, стратегии активности, не завершающейся достижением цели и удовлетворением потребности. Значимые слова других категорий, встречающихся только в группе неврозов, связаны с негативными ощущениями и переживаниями и сопряженными с ними образами и событиями («Слова с однозначной негативной коннотацией», «Экстремальные события», «Болезнь, смерть»), состоянием эмоционального напряжения («Состояние», «Слова с однозначной негативной коннотацией аффективного типа»), а также являются признаками субъективной модальности, о чем свидетельствует наличие оценочного фактора («Нравственная характеристика», «Слова с однозначной негативной коннотацией ценностно-смыслового типа») и уровня обобщения («Слова со значением семантической безысключительности»). Вследствие особой значимости для больных неврозами собственных концепций, те аспекты окружающей действительности и собственной личности, которые выходят за рамки субъективной картины мира, возможно и являются источником появления в речи испытуемых, больных неврозами, значимых слов со значением новизны и неожиданности.

Представленные данные дают основание говорить о лингвистике невротических состояний, которая касается не только специфики смыслообразования, но и особого «семантического кодирования» сенсорной информации (обработки и структурирования информации с помощью системы речевых категорий). Нарушение соотношений аффективных и когнитивных компонентов «означивания» за счет аффективной активации приводит к весьма тонким нарушениям процесса смыслообразования: «размытию» границ семантического поля, увеличению объема речепродукции, неспецифической интенсификации и пролонгации процесса «означивания» в ситуации речевого опосредования. Возможно, данный механизм наряду с другими приводит к изменению не только речепродукции, но и

поведения в более широком смысле (т. н. «невротические тенденции поведения»). Лингвистика невротических состояний отличается не только многословием, но и особенностями семантического воплощения. Значимые для больных невротическими расстройствами слова, хотя и относимые к разным категориям, можно объединить одним смысловым радикалом, отражающим эгоцентризм, ригидность установок, негативные семантические ассоциации (или коннотации) и склонность к интроекции в восприятии окружающего мира. Ментальный лексикон у больных неврозами отражает

устойчивые отклонения в смысловой сфере личности, которые, по-видимому, имеют прямое отношение к психосемантическим аспектам невротического состояния, т.е. к центральным звеньям его патогенеза.

Результаты проведенного нами исследования свидетельствуют о бесспорной важности и информативности психолингвистического анализа при невротических расстройствах и позволяют наметить перспективы дальнейшего изучения психолингвистических особенностей как важного источника клинико-психологической информации в процессе психотерапии.

Таблица 1

Представленность значимых слов различных категорий в отчетах испытуемых (%)

Категории слов	Здоровые	Больные неврозами
Объекты природы	9,6	2,8
Здания, сооружения и их элементы	—	4,4
Предметы досуга и развлечения	9,6	0,8
Части тела, органы	—	1,2
Люди	9,6	8,9
Родственники:		
-родители	1,6	—
-отец	1,6	0,4
- мать	—	0,8
- прародители	—	0,4
Животные:		
- домашние	1,6	0,8
- дикие	—	1,6
Сверстник, друзья	4,8	0,8
Преступные элементы	—	2
Лица старческого возраста	—	0,8
Экзотические, мистические существа	—	2
Речевая активность	1,6	1,6
Мыслительная активность	—	1,2
Чувства, ощущения	—	1,2
Эмоции	1,6	2,8
Приближение, приобретение	19,2	1,2 ^x
Удаление, потеря	1,6	3,2
Совершенные действия	17,6	8,8
Несовершенные действия	11,2	17,2
Физиологические явления	4,8	1,2
Болезнь, смерть	—	2
Обычные события	1,6	0,4
Экстремальные события	—	1,6
Состояние	—	1,2
Нравственная характеристика	—	0,4
Эффект неожиданности	—	1,2
Фактор новизны	—	1,2
Слова с однозначно негативной коннотацией:		
- конкретно-чувственного типа	—	0,8
- аффективного типа	—	4,8
- ценностно-смыслового типа	—	0,8
Слова с однозначной позитивной коннотацией	9,6	—
Слова со значением семантической безысключительности	—	2,4

Схема категоризации слов

1. Предметы
 - 1.1. Объекты природы (пример: «дерево», «озеро»)
 - 1.2. Здания, сооружения, их элементы (пример: «стол», «посуда»)
 - 1.4. Учреждения (пример: «школа», «магазин»)
 - 1.5. Транспорт (пример: «автомобиль», «метро»)
 - 1.6. Одежда, украшения (пример: «пальто», «перстень»)
 - 1.7. Предметы досуга и развлечения (пример: «кукла», «велосипед»)
 - 1.8. Части тела, органы (пример: «глаз», «сердце»)
 - 1.9. Космические тела (пример: «звезда», «комета»)
 - 1.10. Другие
2. Люди
 - 2.1. Родственники (пример: «мама», «сестра»)
 - 2.2. Сверстники, друзья (пример: «подруга», «ребята»)
 - 2.3. Люди определенного пола и возраста (пример: «мужчина», «старуха»)
 - 2.4. Представители определенной профессии (пример: «учитель», «врач»)
 - 2.5. Преступные элементы (пример: «вор», «бандит»)
 - 2.6. Другие
3. Животные
 - 3.1. Домашние (пример: «собака», «канарейка»)
 - 3.2. Дикие (пример: «волк», «заяц»)
4. Экзотические, мистические существа (пример: «чудовище», «вампир»)
5. Явления
 - 5.1. Природные (пример: «дождь», «гроза»)
 - 5.2. Физиологические (пример: «еда», «сон»)
 - 5.3. Болезнь, смерть (пример: «умереть», «ангина»)
6. События
 - 6.1. Обычные (пример: «встреча», «поездка»)
 - 6.2. Экстремальные (пример: «катастрофа», «война»)
7. Активность
 - 7.1. Чувства, ощущения (пример: «чувствовать», «зудеть»)
 - 7.2. Эмоции (пример: «тревожиться», «радоваться»)
 - 7.3. Мыслительная активность (пример: «думать», «решать»)
 - 7.4. Двигательная активность (пример: «идти», «бежать»)
 - 7.5. Речевая активность (пример: «говорить», «рассказать»)
 - 7.6. Потребности, желания (пример: «хотеть», «желать»)
 - 7.7. Творческая активность (пример: «изобретать», «рисовать»)
 - 7.8. Активность связанная со сном (пример: «уснуть», «сниться»)
- 7.9. Совершенные действия (пример: «придти», «сделать») и несовершенные действия (пример: «идти», «делать»)
- 7.10. Приближение, приобретение (пример: «ходить», «взять») и удаление, потеря (пример: «уйти», «уронить»)
8. Состояние и бытие (пример: «находиться», «ждать»)
9. Характеристика
 - 9.1. Качество, свойство, состав (пример: «железный», «острый»)
 - 9.2. Форма, размеры (пример: «маленький», «круглый»)
 - 9.3. Количество, степень выраженности (пример: «много», «сильный»)
 - 9.4. Цвет (пример: «красный», «цветной»)
 - 9.5. Скорость (пример: «быстро», «медленно»)
 - 9.6. Эмоциональная характеристика (пример: «тревожный», «радостный»)
 - 9.7. Нравственная характеристика (пример: «добрый», «злой»)
 - 9.8. Фактор новизны (пример: «чужой», «неизвестный»)
 - 9.20. Эффект неожиданности (пример: «вдруг», «внезапно»)
- 9.11. Другие
10. Окружающая обстановка (пример: «улица», «сад»)
 11. Ориентация (пример: «направо», «вниз»)
 12. Восприятие себя (пример: «мне», «сам»)
 13. Взаимодействие (пример: «встретиться», «дружить»)
 14. Время (пример: «будущее», «поздно»)
 15. Конкретность (пример: «этот», «здесь») и обобщенность (пример: «все», «всюду»)
 16. Вспомогательные слова (пример: «который», «чтобы»)
 17. «Сорные слова» (пример: «вот», «ну»)
 18. Слова с однозначной позитивной и негативной коннотацией (ОПК и ОНК)
 - 18.1. Слова с ОПК конкретно-чувственного (пример: «вкусный», «мягкий»), аффективного (пример: «радость», «счастье») и ценностно-смыслового (пример: «хороший», «добрый») типов
 - 18.2. Слова с ОНК конкретно-чувственного (пример: «боль», «зуд»), аффективного (пример: «тревога», «страх») и ценностно-смыслового (пример: «плохой», «злой») типов
 19. Слова со значением семантической безызключительности, т.е. с крайним значением (пример: «всякий», «никакой»)

Литература:

1. Горелов И.Н., Седов К.Ф. *Основы психолингвистики. Учебное пособие – 3 – е изд., перераб. и доп. – Москва, 2001 – 304 с.*
2. Додонова Н. А. *Диагностическое значение лексико–семантических и морфологических*

-
-
- особенностей речи больных неврозами: Автореф. Дис. ... канд. Психол. Наук. М. 1988.*
3. Крейнес М.Г., Афонин А.А. Компьютерная техника 1997; 4:13 – 32.
 4. Abrams. S. *Psychoanal Q.* 1984; 53: 3: 431 – 432.
 5. Arbiser S. *Revista Uruguayana de Psicoanálisis Psychother. Psychosom.* 1978; 58: 23 - 35.
 6. Bobryk J. *Przeglag Psychologiczny.* 1978; 21: 1: 95 – 104.
 7. Dollard J., Auld F. *Scoring human motives. A manual.* New Haven, Conn: Yale Univer. Press., 1959. – 452 p.
 8. Hostly O.R. et al. *Handbook of Social Psychology.* 1968; 2: 596 - 692.
 9. Gottschalk L.A. *Psychother. Psychosom.* 1977; 28: 1 - 4: 73 – 82.
 10. Gottschalk L.A. *Comprchens. Psychiat.* 1978; 19: 4: 387 – 392.
 11. Isai R.A.J. *Amer. Psychoanal. Assoc.* 1977; 25: 2: 427 - 452.
 12. Marshall E. *New Haven* 1975.
 13. Ross R.N., *Semiotica. Psychother. Psychosom.* 1978; 23: 3- 4: 229 - 242.
 14. Shapiro D. *Language and Style. Psychother. Psychosom.* 1977; 10: 4: 262 - 269.
 15. Smith J.H. (ed.) *Psychoanalysis and language. New Haven* 1978.
 16. Taylor G.J., Doody K.M. *Psychother. Psychosom.* 1985; 43: 1: 32 – 37.
 17. Von Rad M., Laucat L. Lolas F.F. *Psychother. Psychosom.* 1977; 28: 1 - 4: 83 - 97.
 18. Waysfeld B., Barzic M., Guy-Grand B. *Psychother. Psychosom.* 1977; 28: 1 - 4: 127 - 132.
 19. Zepf S. *Psychother. Psychosom.* 1977; 28: 1 - 4: 278 - 284.

ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Н.Б.Мусабалинова, Ж.А.Оспанова

г. Павлодар

Нарушение гормональной функции одной из желез обычно вызывает изменение состояния других эндокринных органов. Функциональная взаимосвязь нервной и эндокринной систем лежит в основе нарушения психической деятельности. В настоящее время выделяют особый раздел клинической психиатрии – психоэндокринология.

Независимо от того, какая железа внутренней секреции поражена, эндокринные расстройства часто сопровождаются общей для всех эндокринологии симптоматикой, названной неспецифическим эндокринным психосиндромом.

Для неспецифического эндокринного психосиндрома характерны следующие симптомы:

- изменение инстинктов и влечений как в сторону их активизации, так и снижения, вплоть до полного их угасания;
- снижение психической и физической активности;
- расстройства настроения.

Аффективно-личностные изменения могут быть охарактеризованы как психоподобный синдром.

Особенностями течения психических расстройств, возникающих в связи с эндокринными нарушениями, являются их фазность, периодичность и пароксизмальность, причем, чем доброкачествонее эндокринное заболевание, тем больше выражены фазность и периодичность психических расстройств.

Необходимо отметить, что если эндокринное заболевание начинается в детстве, то это может

приводить к патологическому формированию личности, особенности которого зависят от характера эндокринопатии (преобладание черт возбудимой психопатии, психопатия тормозного круга и т.д.).

Ранее возникновение эндокринопатии может привести к задержке психического развития, подчас выраженной.

Представленность этих общих для всех эндокринных заболеваний, расстройств в определенной степени зависит от таких факторов, как наследственная патология и преморбидные особенности личности. Большое значение имеет возрастной период заболевания.

Динамика психических расстройств также характеризуется определенными закономерностями: возникновение неспецифического синдрома на ранних этапах болезни или при длительно протекающих, но сравнительно легких эндокринных заболеваниях; при прогрессировании основной болезни, даже при относительно доброкачественном ее течении, возможно постепенное формирование амнестического органического синдрома; при увеличении тяжести эндокринного заболевания с нарастанием токсикоза, могут возникнуть как острые, так и затяжные психозы.

Для всех эндокринных заболеваний характерно наличие ведущего астенического синдрома.

Следует отметить, что наряду с неспецифическими особенностями эндокринного психосиндрома и характерной динамикой психических расстройств в целом при каждом эндокринном

заболевании общие нарушения выражаются по-разному, в различной степени и в различных сочетаниях.

Гипотериоз возникает вследствие недостаточности щитовидной железы. Наиболее характерные соматические признаки: отеки лица, конечностей, тела, брадикардия. В целом для заболевания очень характерны вялость, зябкость, сонливость, гиподинамия, быстрая утомляемость, замедление ассоциативных процессов. Может также наблюдаться неврозоподобная симптоматика, выражающаяся в раздражительности, подавленном настроении, ранимости, эмоциональной лабильности.

В качестве иллюстрации приведем одно из наших наблюдений. Больная Ж., 27 лет. Из анамнеза: с 3-х месяцев страдала анемией, росла болезненною девочкой. С 6-7 лет стали наблюдаться отеки на лице, на ногах, постоянно мерзла, а также в возрасте 12 лет лечилась у детского нефролога по поводу острого диффузного гломерулонефрита. В июне 1996 года больная госпитализирована в терапевтическое отделение с диагнозом хроническая железодефицитная анемия, хронический гломерулонефрит. В отделении, в связи с изменением психического состояния (бегала по коридору, плакала, вызывала отца, ночью боится засыпать, испытывает страх, тревогу) консультирована врачом-психиатром и переведена в психиатрическую больницу с диагнозом: депрессивно-параноидальный синдром. Жалуется на слабость, сонливость, зябкость.

При осмотре: состояние средней степени тяжести, астеничен, кожные покровы бледные, речь – тихая, монотонная. Больная замедленна. Лицо – маскообразное, невыразительное. Кожа сухая, бледная, холодная на ощупь, грубая с шелушением. Волосы жирные, ломкие, без блеска. Язык утолщен, с отпечатками по краям. Щитовидная железа не увеличена. Сердце-тоны глухие, ритмичные. ЧСС – 57 уд. в мин. АД = 90/60 мм рт.ст. В легких хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания слабо (+). Отеков на ногах нет. Диурез в норме.

Рентгенография костей черепа: костной патологии нет, турецкое седло не изменено. Гайморовы пазухи прозрачны, фронтальные, решетчатые кости свободны.

Эхо - головного мозга: Ширина III – желудоч. – 5,0 мм, индекс мозгового плаща – 2,7, смещения со структур головного мозга не выявлено.

Глазное дно: ангиопатия сетчатки.

ЭКГ сердца: синусовая брадикардия, 54-57 уд.в мин. горизонтальное положение эл. осл. сердца. Диффузное изменение миокарда.

Гармон T4 – 14,2, холестирин – 4,0 ммом/п, сахар крови – 3,6 ммом/п.

Анализ мочи: белок – 0,033 %, Л- сплюш в поле зрения.

Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты – 85,5000, эритроциты – 2500.

Анализ крови: С 07-45 мм/час, Л – 6,0-10%, НВ – 87 г/л, эр – 3,0, 10.12, ЦП – 0,9 г/л.

Консультирована эндокринологом. Диагноз: Первичный гипотериоз тяжелой степени тяжести, не исключается вторичный гипотериоз, хр. железодефицитная анемия средней степени тяжести.

Заключение нефролога: хронический пиелонефрит, латентное течение со сниженной функцией почек.

Учитывая диагноз больной, проведено комплексное лечение. Основным методом лечения первичного, вторичного гипотиреоза является заместительная терапия тиреоидными гормонами и содержащими их препаратами. Больной назначен трийодтиронин 50 мкг S таб. Утром увеличивая дозу каждые 5 дней на 2-5 мкг до достижения оптимальной дозы (50 мкг) до полной компенсации недостаточности щитовидной железы. Лечение проводилось под контролем уровня T4 в крови и динамики клинических проявлений.

В результате проведенного лечения состояние улучшилось, выписана в удовлетворительном состоянии.

Рекомендовано: наблюдение у врача эндокринолога и постоянный прием трийодиронина.

Зоб диффузный токсический характеризуется диффузным увеличением щитовидной железы и повышением ее функции отмечаются нарушения обмена веществ, часто экзофтальм, похудание, тахикардия. Больные обидчивы, рассеяны, жалуются на повышенную утомляемость, снижение работоспособности, что выражается как в физической, так и в психической астении. Реже отмечается состояние вялости, апатии, безразличия. Депрессии обычно сопровождаются тревогой. Весьма типичны расстройства сна в виде трудности засыпания, тревожных сновидений. При затяжной форме базедовой болезни могут отличаться интеллектуально-мнестические расстройства.

В качестве примера приведем один из наблюдавшихся нами случаев.

Больная А., 38 лет, госпитализирована 04.06.2002 года в психиатрический диспансер впервые в жизни с изменением психического состояния. По направлению участкового психиатра.

Из анамнеза: ранее не обращалась к психиатру, наследственностью психическими заболеваниями и алкоголизмом не отягощена. Психическое состояние изменилось с января 2002 года снижением работоспособности, перестала справляться с работой (работала продавцом, уволили с работы), стала уединяться, не спала по ночам, испытывала тревогу, страх, чувство нехватки воздуха.

Психическое состояние: внешне напряжена и в тоже время неусидчива, беспокойна, тревожна, недостаточно опрятна, ориентирована верно, в сознании. Контакт малопродуктивный. При беседе негативна, не понимает цели госпитализации «почему я

именно в психиатрической больнице?», периодически озирается по сторонам, отрицает наличие голосов. Эмоционально бедна. Критика снижена.

Назначено лечение: нейролептики и антидепрессанты.

Осмотрена невропатологом. Диагноз: здоровья.

На флюорографии грудной клетки патологических изменений не выявлено. ЭКГ Синусовая тахикардия, час. – 104 уд. в мин. Диффузные изменения миокарда. Лабораторные данные: ОАК, ОАМ, холестерин в крови, сахар крови в пределах нормы.

Психолог: На фоне достаточного уровня интеллектуального развития обнаруживается снижение уровня обобщения, опора на несущественные признаки, неравномерность процессов мышления. Мнемические функции снижены.

На фоне проводимого лечения психическое состояние не улучшилось. Консультирована терапевтом, эндокринологом.

При осмотре жалобы на боль и удушье в шейной области, сердцебиение, слабость, потливость, похудание, дрожь в теле. Состояние удовлетворительное, правильное телосложение, пониженное питание. Кожные покровы влажные, гладкие на ощупь. Щитовидная железа увеличена до III степени диффузная. Кортоны громкие, I – тон усилен на верхушке, тахикардия, ЧСС – 108 уд. в мин., АД = 110/70 мм.рт.ст. В легких хрипов нет, везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены, отеков нет.

Диагноз: Диффузно-токсический зоб III степени, тиреотоксикоз средней степени тяжести впервые выявленный.

Основным методом лечения диффузно-токсического зоба тиреостатическими средствами – мерказолилом. Механизм действия мерказолила:

- блокирует образование тироидных гормонов;

- оказывает иммуномоделирующие действие, улучшает функцию Т-лимфоцитов-супрессоров, снижает титры антитиреоидных антител.

Мерказолил назначен нашей больной по 0,005 по 2 таб. 3 раза в день после еды в течение 1 месяца.

На фоне проводимой терапии отмечена отчетливая положительная динамика. Больная для дальнейшего лечения переведена в эндокринологическое отделение.

Анализ катамнестических сведений по амбулаторным картам свидетельствует о том, что в приведенных случаях после проведенного этиопатогенетического лечения и выписки из стационара больные находились в удовлетворительном состоянии. Больная А. после госпитализации в эндокринологическое отделение была оперирована. Дальнейшее наблюдение за больными показало, что психические расстройства не возникали.

- Таким образом, приведенные выше наблюдения показывают, что по мере течения эндокринных заболеваний часто возникают различные симптомы психических расстройств, что приводит к неправильной диагностике, и больные оказываются в поле зрения психиатров.

- После консультации эндокринолога и назначения правильного этиопатогенетического лечения наблюдается отчетливая положительная динамика в состоянии больных, что подтверждается катамнестическим наблюдением.

- При диагностике психических заболеваний, осложненных эндокринным расстройством, следует принимать во внимание сложное сочетание клинических особенностей и полисистемность поражения внутренних органов, психической и нервной сфер.

Литература:

1. Клиническая психиатрия под ред. проф. Н.Е.Бачерикова, М., «Медицина», 1998 год;
2. Руководства по психиатрии под ред. Академика Г.Б.Морозова, М., «Медицина», 1990 год.

АНАЛИЗ ПО СУИЦИДАМ ПО КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2001 ГОД И 1 КВАРТАЛ 2002 ГОДА

А.П.Негай, Р.О.Сарсенова, А.С.Алиева, М.А.Дон

г. Кзылорда

Суицидология - наука о самоубийствах, проблема, которая волнует последние десятилетия демографов, экологов, политиков, врачей. Ее задачи - выяснение причины и избежание самоубийств. По данным ВОЗ бурный рост самоубийств, особенно попыток, начался после 50-х годов.

Эти состояния входят в первую десятку причин смерти в США, Швеции, Дании, Финляндии, Японии, Венгрии и других странах, в том числе и СНГ.

Феномен суицида чаще всего связывается с представлением о психологическом стрессе. При этом имеется ввиду острое эмоциональное состояние, возникающее в определенной сложной ситуации, когда происходит столкновение личности с препятствиями на пути удовлетворения ее важнейших жизненных потребностей. Одна из причин суицидогенности в обществе - это средства массовой информации: телевидение, видео, которое учит,

подсказывает, выявляет и выделяет инстинкты из подсознания, особенно, негативные. Сознание верит тому, что видит, а затем видит то, чему верит. Телевидение изо дня в день насыщает сознание боевиками, сексом, кровожадным спортом: ритуальными заклинаниями, растущей криминальностью общества. Жизнь отдельного человека обесценивается, люди привыкают к смерти. Смерть стоит рядом. Изменяется сознание индивида. Самоубийство становится рядовым явлением. Психологический процесс нарушает внутренний, эмоциональный баланс вызывает угрозу человеческой психики.

По области за 2001 г. и 1 квартал 2002 года всего было совершено 287 или 47,3 на 100 тыс. населения суицидов (не учитывая незавершенных). По городу Кзылорда совершено суицидов – 302 – 49,8 на 100 тыс. населения.

Из них:

Завершенных – 96 – 48,8 на 100 тыс. населения
Незавершенных – 246.

В том числе психическими больными 21 человек – 7,8%.

1) Завершенных 10 – 10,4%
2) Незавершеных 11 – 4,5% от общего числа суицидов.

По завершенным суицидам.

Распределение мужчин по полу и возрастам было следующим:

Мужчин – 84 или 89,3% (16,8 на 100 тыс. населения мужского)

По возрастам:

От 15 до 24 лет – 28 – 33,3%.

От 25 до 35 лет – 40 – 47,6%

Старше 35 лет – 16 – 19%

Состоят в браке 40 – 47,6%, холостые – 44 – 52,4%.

Способы:

1. повешение – 69 – 82,1%
2. отравление лекарствами – 10 – 11,9%
3. огнестрельное ранение – 2 – 2,4%.
4. Утопление – 3 – 3,6%

Женщин – 12 – 12,5%

от 15 до 24 лет – 3 – 25%

от 25 до 35 лет – 5 – 41,7%

старше – 4 – 33,3%

На 100 тыс. женского населения – 19,6

Замужем – 8 – 66,7%, холостые – 4 – 33,3%

Способы:

1. отравление лекарственными препаратами и уксусной кислотой – 5 – 41,7%
2. повешение – 5 – 41,7%
3. утопление – 2 – 16,7%

Из 246 незавершенных суицидов.

Распределение по возрастам было следующим:

Мужчин – 90 – 36,6%, из них в возрасте:

От 15 – 24 лет – 50 – 55,6%

От 25 – 35 лет – 21 – 23,3%

36 лет и старше - 19 – 21,1%

Способы:

1. Повешение – 11 – 12,2%
2. Лекарственное отравление – 62 – 68,9%
3. Уксусная эссенция – 17 – 18,9%

Женщин – 156 – 63,4%

От 15-24 лет – 114 – 73,1%

От 25-35 лет – 28 – 17,9%

36 и старше – 14 – 8,9%

Способы:

- 1.Лекарственное отравление – 120 – 76,9%
2. Уксусная эссенция – 34 – 21,8%

Проводимый анализ показывает, что среди суицидогенов завершают суицид чаще мужчины 89%, холостые в возрасте 25-35 лет – 40%, женщины реже 10,7%, состоящие в браке, одинаков по всем возрастным группам. Незавершают суицид чаще женщины 62%, в возрасте от 15 до 24 лет – 71,3%, мужчины в несколько реже 37,9%, в возрасте от 15-24 лет – 60,4%.

Среди способов совершения суицида у мужчин преобладает повешение – 84%.

У женщин – отравление – 62%.

Из лекарственных препаратов чаще используется «Изониазид, димедрол, уксусная кислота».

По нашему мнению необходимо создание структуры по типу экстренной психологической службы, которая может вовремя оказать специализированную помощь и направить суицидогенную энергию в сторону, противоположную акту самоубийства, учитывая, что люди в этот момент находятся в психологически шоковом состоянии и не способны сами справиться со стрессами. Реакция должна быть разумной, ибо в человеческом организме есть компенсаторные механизмы психические и физические позволяющие справиться практически с любыми сложными ситуациями.

К ВОПРОСУ ОБ ИССЛЕДОВАНИИ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ В ПОГРАНИЧНОЙ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Ю.А.Россинский, Г.И.Алтынбекова,
А.С.Каражанова, А.З.Нургазина

г. Павлодар

В настоящее время, крайне актуальной проблемой современной психиатрии и наркологии является рост пограничных нервно-психических расстройств (Александровский Ю.А., 1994, 1997, Семичев С.Б., 1987, Семке В.Я., Положий Б.С., 1990, Семке В.Я., Аксенов М.М., 1996, Чуркин А.А. с соавт., 1998, Аксенов М.М. с соавт., 2001), психоадаптационных состояний (Острецов О.В., 1995, Семке В.Я., 2000-2003, Россинский Ю.А., 2001), аддиктивного поведения (Бохан Н.А., Мандель А.И., 2000, Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., 2000, Мандель А.И. с соавт., 2001, Четвериков Д.В., 2002, Нургазина с соавт., 2003), аффективных (депрессивных) нарушений (Корнетов Н.А., 1998-2003) суициального поведения (Корнетов Ал.Н., 1998-2000). Некоторые яркие сравнения четко характеризуют актуальность проблемы, связанной с вышеуказанными расстройствами: низкая адаптационная способность невротической личности в современных условиях определяет ее как своеобразный «барометр нашего времени» (Семке В.Я., 2001), а рост депрессивных расстройств как «неинфекционную эпидемию XXI века» (Семке В.Я., Корнетов Н.А., 2003). Другой важной проблемой, связанной с качеством индивидуального и социально-психического здоровья, является проблема формирования и развития зависимости человека от психоактивных веществ – ПАВ (Валентик Ю.В., 2001) рост наркомании (Иванец Н.Н., 2001, Кошкина Е.А., 2001, Алтынбеков С.А., 2003) являющийся в настоящее время «одной из острейших глобальных проблем, представляющих собой угрозу здоровью населения, экономике, социальной сфере, правопорядку во многих странах мира» (Цетлин М.Г., Пелипас В.Е., 2000). Особую обеспокоенность вызывает увеличение наркологических заболеваний у детей и подростков (Сирота Н.А., с соавт., 2001, Алтынбеков С.А., 2002, 2003, Каражанова А.С., 2003).

Вышеуказанные проблемы А.Л.Катков (2001, 2003) связывает с недостаточными базисными, адаптационными свойствами личности и социума, а способность к самоорганизации определяет основополагающей характеристикой здоровья (Катков А.Л., 1998, 2002), выделяя ее в отдельную категорию – психологического здоровья. Разделение категорий психического и психологического здоровья позволяют дифференцированно подходить к вопросам охраны и развития здоровья человека. Развитие психологического здоровья позволит личности быть более устойчивой в агрессивной быстрым меняющейся среде. Только развитие качественно

новых психологических свойств (неразвитых в достаточной степени ранее) позволяет личности быть социально-компетентной и самодостаточной: «В настоящее время речь уже не может идти только об охране психического здоровья, современная ситуация диктует необходимость формирования и развития психического и психологического здоровья» (А.Л.Катков, 1998). В.Я.Семке (2001) также отмечает идею разработки новейших методов и способов формирования здоровой, гармоничной личности. О развитии психологического здоровья отмечают и другие авторы (Adkins M.A. et al., 1999, Silver M., 1999, Parker M.W., et al. 2001, Ricketts J., 2002).

Нами (РНПЦ МСПН и кафедра психотерапии и наркологии СГМА) разрабатываются концепция развития психологического здоровья, стратегии развития личностных свойств антинаркотической устойчивости, сквозная модель профилактики, лечения и реабилитации/неоабилитации наркозависимости (Катков А.Л., 1998, 2001-2003, Катков А.Л., Россинский Ю.А., 2002, Россинский Ю.А., 2003).

В предыдущих публикациях в отношении профилактики и раннем выявлении, пограничных нервно-психических расстройств и группы риска мы приводили разработанный нами вопросник, позволяющий выявить на ранних этапах признаки расстройств психической адаптации (РПА) (Россинский Ю.А., Бахтияров Д.Н., 2002). В настоящей публикации мы приводим разработанный нами вопросник, позволяющий определить поведенческие индикаторы аллопсихической адаптации или, так называемых, активных стратегий совладания – копинг-стратегий. Данный вопросник разработан на основе публикаций Ф.Б.Березина (1998), Н.А.Сироты с соавт. (2001).

Вопросы данного вопросника разделены на четыре раздела, каждый из которых отражает определенную стратегию совладания с проблемной ситуацией: 1) копинг, нацеленный на оценку; 2) копинг, нацеленный на проблему; 3) копинг, нацеленный на эмоции; 4) уход от проблемы, игнорирование ситуации. Ниже приведены вопросы, соответствующие каждому разделу. В каждом разделе вопросы обозначены порядковыми номерами соответствующие общему количеству вопросов данного раздела, а в скобках обозначены номера данных вопросов, которые соответствуют порядковому номеру их расположения в таблице вопросов на определение копинг-стратегии.

1. Копинг, нацеленный на оценку – преодоление стресса, включающее в себя попытки определить

значение ситуации и ввести в действие определенные стратегии: логический анализ, когнитивная переоценка и др. (вопросы: 1; 4; 8; 12; 16; 20; 24)

В ситуации конфликта или проблемы я:

- 1) Я стараюсь подробно оценить ситуацию
- 2) Я неоднократно оцениваю произошедшее
- 3) Я определяю для себя последствия этой ситуации
- 4) Я определяю для себя первые шаги преодоления ситуации
- 5) Я анализирую, как избежать в дальнейшем подобных ситуаций
- 6) Я оцениваю хорошие и плохие стороны произошедшей ситуации
- 7) Я думаю, какой опыт можно извлечь для себя из ситуации

2. Копинг, нацеленный на проблему, – совладание со стрессом, имеющее целью модифицировать, уменьшить или устраниить источник стресса. (Вопросы: 2; 5; 9; 28)

- 8) Я ищу источник стресса
- 9) Я пытаюсь уменьшить влияние стресса
- 10) Я пытаюсь уменьшить источник стресса
- 11) Я пытаюсь модифицировать источник стресса, чтобы уменьшить его влияние

3. Копинг, нацеленный на эмоции, – преодоление стресса, включающее в себя когнитивные, поведенческие усилия, с помощью которых человек пытается уменьшить эмоциональное напряжение и поддержать аффективное равновесие (вопросы: 3; 6; 7; 10; 11; 13; 14; 15; 17; 18; 21; 22; 25; 29; 30)

- 12) Я стараюсь переосмыслить ситуацию и изменить свое отношение к ней
- 13) Я стараюсь уйти в работу, чтобы не думать о проблеме
- 14) Я ухожу в чтение литературы или просмотр фильмов от стресса
- 15) Общение с животными помогает мне пережить стресс
- 16) Я ухожу от стресса в азартные игры
- 17) Я стараюсь увеличить физические нагрузки или заняться спортом, чтобы не думать о проблеме
- 18) Я ухожу в любовные или романтические отношения от стресса
- 19) Если я накричу на кого-нибудь, то легче переношу стресс
- 20) Я «съедаю» свой стресс – во время стресса у меня повышается аппетит
- 21) Курение помогает мне в ситуации стресса
- 22) Алкоголь помогает мне снять стресс
- 23) При значительном стрессе я принимаю наркотики
- 24) Чтобы облегчить стресс, мне нужно с кем-нибудь поделиться своей проблемой
- 25) В ситуации стресса я нуждаюсь в общении и поддержки друзей и близких

26) В ситуации сильного стресса я причиняю себе боль или могу нанести себеувечье

27) Я допускаю самоубийство, как средство ухода от проблемы.

4. Уход от проблемы, игнорирование ситуации (вопросы: 19; 23; 27; 31; 32; 33).

- 28) Я не пытаюсь дать оценку ситуации
- 29) Я не задумываюсь о последствиях этой ситуации
- 30) Я полагаюсь на принцип «Все решится само собой»

31) Я полагаюсь на судьбу и не думаю о том, что это может произойти со мной снова

32) Я не ищу источник стресса

33) Я не пытаюсь уменьшить влияние стресса

Для удобства заполнения респондентом, данный вопросник мы представили в виде таблицы. Ниже мы приводим вариант вопросника, который мы использовали для изучения копинг-стратегий у больных наркоманией, проходящих стационарный курс лечения в Республиканском научно-практическом Центре медико-социальных проблем наркомании и их родственников, а также учащихся (студентов и школьников).

Вопросник для определения характерных копинг-стратегий в проблемных ситуациях.

Ф.И.О. _____ Пол ____ Возраст _____
Национальность _____

Данный опросник относится к ситуациям стресса, проблемным ситуациям, ситуациям внутриличностного или межличностного конфликта и вашего реагирования на эти ситуации. Если утверждение подходит вам, вы отмечаете соответствующую клетку в столбце «Да». Если утверждение не подходит вам, вы, соответственно, отмечаете клетку в столбце «Нет».

Литература:

1. Алтынбеков С.А. *Наркологическая ситуация в Казахстане в 1991-2001 г.г. и задачи по реформированию системы наркологической помощи. Психическое здоровье населения Сибири: региональные проблемы, перспективы и пути решения: сборник материалов международной научно-практической конференции (Барнаул, 21-23 мая, 2003 г.) / Под ред. Акад. РАМН, заслуженного деятеля науки РФ В.Я. Семке. – Томск: Изд-во Том. Ун-та, 2003, с. 16-19;*

2. Березин Ф.Б. *Психическая и психофизиологическая адаптация человека*. Л.: Наука, 1988. – 270 с.;

3. Иванец Н.Н. *Наркология – предмет и задачи. Лекции по наркологии. Издание третье, по редакцией Н.Н.Иванца – М.: Медпрактика, 2001, с.6-13;*

4. Катков А.Л. *Теория и практика формирования психического здоровья населения. К 29. Костанай, 1998. – 268 с.;*

№	Утверждение	Да	Нет
1.	Я стараюсь подробно оценить ситуацию		
2.	Я пытаюсь уменьшить влияние стресса		
3.	Я стараюсь увеличить физические нагрузки или заняться спортом, чтобы не думать о проблеме		
4.	Я неоднократно оцениваю произошедшее		
5.	Я пытаюсь уменьшить источник стресса		
6.	Я ухожу в любовные или романтические отношения от стресса		
7.	В ситуации стресса я нуждаюсь в общении и поддержки друзей и близких		
8.	Я определяю для себя последствия этой ситуации		
9.	Я пытаюсь модифицировать источник стресса, чтобы уменьшить его влияние		
10.	Если я накричу на кого-нибудь, то легче переношу стресс		
11.	В ситуации сильного стресса я причиняю себе боль или могу нанести себеувечье		
12.	Я определяю для себя первые шаги преодоления ситуации		
13.	Я стараюсь переосмыслить ситуацию и изменить свое отношение к ней		
14.	Я «съедаю» свой стресс – во время стресса у меня повышается аппетит		
15.	Я допускаю самоубийство, как средство ухода от проблемы		
16.	Я анализирую, как избежать в дальнейшем подобных ситуаций		
17.	Я стараюсь уйти в работу, чтобы не думать о проблеме		
18.	Курение помогает мне в ситуации стресса		
19.	Я не пытаюсь дать оценку ситуации		
20.	Я оцениваю хорошие и плохие стороны произошедшей ситуации		
21.	Я ухожу в чтение литературы или просмотр фильмов от стресса		
22.	Алкоголь помогает мне снять стресс		
23.	Я не задумываюсь о последствиях этой ситуации		
24.	Я думаю, какой опыт можно извлечь для себя из ситуации		
25.	Общение с животными помогает мне пережить стресс		
26.	При значительном стрессе я принимаю наркотики		
27.	Я полагаюсь на принцип «Все решится само собой»		
28.	Я ищу источник стресса		
29.	Я ухожу от стресса в азартные игры		
30.	Чтобы облегчить стресс, мне нужно с кем-нибудь поделиться своей проблемой		
31.	Я полагаюсь на судьбу и не думаю о том, что это может со произойти мной снова		
32.	Я не ищу источник стресса		
33.	Я не пытаюсь уменьшить влияние стресса		

5. Катков А.Л. Обоснование сквозной модели лечения, реабилитации и профилактики распространения наркозависимости в Республике Казахстан. Вопросы наркологии Казахстана, том 1 № 2, 2001, с. 9-12;

6. Катков А.Л., Россинский Ю.А. Комплексное исследование качества социального психического здоровья: Информационное письмо. РНПЦ МСПН, Павлодар, 2002. – 24 с.;

7. Корнетов Н.А., Ветлугина Т.П., Языков К.Г., Счастный Е.Д., Иванова С.А., Симуткин Г.Г. – «Распространенность и клинико-конституциональные закономерности полиморфизма депрессивных расстройств и суициdalного поведения» Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 1999. № 4;

8. Корнетов Ал.Н, Дорохова И.Г. Распространенность суицидов в Томской области среди лиц

подростково-юношеского возраста. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. Томск. 2000. № 4;

9. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. – М.: «Академический проект», Екатеринбург: «Деловая книга», 2000. – 460 с.;

10. Кошкина Е.А. Эпидемиологические исследования в наркологии. Лекции по наркологии. Издание третье, по редакции Н.Н.Иванца – М.: Медпрактика, 2001, с.33-47;

11. Мандель А.И., Бохан Н.А., Радченкова Е.М. Анализ наркологической ситуации в Томской области за 1990-2000 гг. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. Томск, 2001. № 3 (21), с.79-84;

12. Россинский Ю.А. Клинико-биологические особенности расстройств психической адаптации у подростков женского пола. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Томск, 2001;

-
13. Россинский Ю.А. Концепция развития психологического здоровья и стратегии формирования и развития свойств антитаркотической устойчивости личности. Психическое здоровье населения Сибири: региональные проблемы, перспективы и пути решения: сборник материалов международной научно-практической конференции (Барнаул, 21-23 мая, 2003 г.) / Под ред. Акад. РАМН, заслуженного деятеля науки РФ В.Я.Семке. – Томск: Изд-во Том. Ун-та, 2003, с. 234-240;
14. Россинский Ю.А., Бахтияров Д.Н. Интегрированное взаимодействие врачей-психотерапевтов и работников образования, как стратегия первичной профилактики химической зависимости и раннего выявления пограничных психических расстройств у детей и подростков // «Вопросы наркологии Казахстана», Том 2, № 2, 2002, стр. 93-96, г. Павлодар;
15. Семке В.Я., Положий С.Б. Пограничные состояния и психическое здоровье. – Томск: изда-тельство Томского университета, 1990, - 209 с.;
16. Семке В.Я., Аксенов М.М. Пограничные со-стояния. Региональные аспекты. – Томск: изда-тельство Томского университета, 1996, - 184 с.;
17. Семке В.Я., Корнетов Н.А. Депрессивные расстройства – «Неинфекционная эпидемия» XXI века. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. Томск, 2003. № 2 (28), с.14-18;
18. Семке В.Я. Клиническая персонология. Томск: МГП «PACKO», 2001. – 376 с.;
19. Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Хажилина И.И., Видерман Н.С. Профилактика наркомании у подростков: от теории к практике. М.: Генезис, 2001. – 216 с.;
20. Четвериков Д.М. Психологические механизмы и структура аддиктивного поведения личности. Автореферат докторской диссертации на соискание ученой степени доктора психологических наук. Новосибирск 2002;
21. Adkins M.A., Sample B., Birman D. Mental Health and the Adult Refugee: The Role of the ESL Teacher. ERIC Digest. National Clearinghouse for ESL Literacy Education Washington DC. ED439625. 1999.;
22. Parker M.W. Physical, spiritual and psychological aging in a social context: usual and successful. nts. and Settings., SW 583 Physical, Spiritual and Psychological Aging in a Social Context.htm. 2002, Dr. Michael Parker, School of Social Work, The University of Alabama;
23. Ricketts J. Counseling, Psychological, Mental Health, and Social Services. 700 Governors Drive, Pierre, South Dakota 57501-2291. janet.ricketts@state.sd.us, 2002;
24. Silver, M. (1999). Picture stories and mental health. In M.A. Adkins, D. Birman, & B. Sample (Eds.), «Cultural adjustment, mental health and ESL: The refugee experience, the role of the teacher, and ESL activities». (pp. 23-25). Denver, CO: Spring Institute for International Studies.

ДИСКУССИОННАЯ ТРИБУНА

ОПРОВЕРЖЕНИЕ К СТАТЬЕ “ФЕНОМЕН БЕССОЗНАТЕЛЬНОГО ПРЕДВИДЕНИЯ...”, НАПЕЧАТАННОЙ В ЖУРНАЛЕ, ТОМ 7, № 3

А.Ф.Троицкий

Автор с сожалением вынужден принести свои глубокие извинения редакции журнала “Вопросы ментальной медицины и экологии” и читателям. Проведенная работа по проверке достоверности феномена, описанного в статье, дает основания полагать, что имели место случайные совпадения, которые были положены в основу выводов.

Для проверки был организован банк данных, в котором случайные числа от 1 до 6 записывались в таблицах. Источником случайных чисел послужили обычные игральные кубики. После каждого броска кубика в строку таблицы вносились отметка. Каждая таблица содержала результаты 180-ти проб (бросков), всего 4320 проб. 4 таблицы

составляли интервалы, по которым вычислялись: дисперсия (s), среднее арифметическое (\bar{X}), ошибка средней арифметической m_{cp} . Получилось 6 блоков по 4 таблицы, между которыми (по каждой строке) вычислялись: разница средних ($D\bar{X}$) и достоверность (r). Получилось 7 значений $D\bar{X}$ с достоверностью $0,1 < r < 0,2$, 9 значений $D\bar{X}$ с достоверностью $0,05 < r < 0,1$ и одно $D\bar{X}$ с достоверностью $0,02 < r < 0,05$. В статье обработке подверглись от 600 до 900 раскладок по 8 цветных карточек, т.е. от 4800 до 7200 проб.

РЕЗЮМЕ

МЕНТАЛЬНЫЙ ДИЗАЙН И ПРИКЛАДНАЯ МИФОЛОГИЯ. ДАЛЬНЕЙШЕЕ РАЗВИТИЕ ЛИНГВИСТИЧЕСКОГО ПОДХОДА В ПСИХОТЕРАПИИ

Быков С.И., Быкова-Григорьевских И.В., Ургина Ю.А.

Методологической базой метода выступает суггестивная лингвистика – раздел психолингвистики, разработанный И.Ю.Черепановой. Метод является научным развитием прикладных аспектов суггестивной лингвистики с целью создания уникальной идеи, разработки и проектирования целостной идеи-концепции, экспертизы и сопровождение вплоть до полного воплощения в жизнь.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ АРТ-ТЕРАПИИ

Букаева С.К., Нургазина А.З., Кощегулова Р.М.

В данной работе выделяются и описываются основные факторы психотерапевтического воздействия – художественная экспрессия, психотерапевтические отношения, интерпретация - в арт-терапевтическом направлении психотерапии. Определяется их эффективность в работе с наркозависимыми пациентами.

АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ

Букаева С.К., Нургазина А.З., Кощегулова Р.М.

Данная статья посвящена изучению основных понятий арттерапии, описывается история развития данного психотерапевтического направления, основные формы психотерапии, а также представлены и описаны сессии групповой арттерапии.

РАЗВИТИЕ РЕФЛЕКСИВНОЙ КУЛЬТУРЫ ПОДРОСТКОВ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ

Давыдова Г.

В рамках задачи профилактики наркомании в школе автором была разработана концепция регуляционного (ориентационно-ценностного) консультирования и программа развития рефлексивной культуры школьников, научным основанием которых является рефлексивная методология развития смысловых содержаний педагогического воздействия.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СНОВИДЕНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ

Корабельникова Е.А.

В настоящей работе сновидения детей и подростков изучались с использованием методики экспертного исследования сновидений. Регистрация сновидений осуществлялась многократно путем записи на магнитофонную ленту отчетов о сновидениях непосредственно после утреннего пробуждения.

ТЕМА СУДЬБЫ В РАБОТЕ С КЛИЕНТАМИ

Коваленко А.Н., Есельсон С.Б.

В настоящей работе приводится и обсуждается типологизация концепций судьбы, которая позволяет экзистенциальному терапевту удерживать значительную смысловую емкость, достаточную для работы с клиентом.

ПСИХОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Когай О.С., Моторыкин В.М., Муханбетина М.А., Лапина Т.П.

Основная цель данной статьи – обратить внимание практикующих врачей на патогенетические механизмы развития язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, а также указать на эффективность психотерапии как одного из патогенетических методов лечения при данной патологии.

WEB-САЙТ «ПОДДЕРЖКА». ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ИНТЕРНЕТ.

Суатбаев Н.Р.

Данный проект был осуществлен при поддержке Отдела образовательных и Культурных Программ Государственного Департамента США и администрирован Советом по Международным исследованиям и обменам. Проект реализован на базе Восточно-Казахстанского областного психоневрологического диспансера и негосударственного учреждения «Стресс».

ПСИХОТЕРАПИЯ ПОДРОСТКОВ С ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Титова В.В.

На сегодняшний день одним из основных и наиболее перспективных направлений в лечении наркозависимых является психотерапия. На базе Омской городской наркологической больницы для детей и подростков начато проведение исследования эффективности функционального использования универсальных механизмов психотерапевтической коммуникации в комплексной терапии.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК, ПЕРЕЖИВШИХ СМЕРТЬ ДЕТЕЙ

Ходорева Т.В.

Работа с пациентами, перенесшими утрату близких, является наиболее сложной в психотерапии, требует испытания духовных сил врача, его профессиональной компетенции. В данной работе изложены основные моменты лечения таких пациентов.

К ПРОБЛЕМЕ ИНТЕГРАЦИИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ

Хропова Г.А.

В настоящей работе рассматривается проблема интеграции различных психотерапевтических теорий и методов, подчеркивается актуальность данной проблемы и основные тенденции в ее развитии.

РОЛЬ СПК В РЕГУЛЯЦИИ АГРЕССИИ В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ (на модели алкоголизма)

Хропова Г.А.

В данном исследовании изучение агрессии проводилось в отделении психотерапии для больных алкоголизмом психиатрической клиники имени Карла Бонхеффера в Берлине. Материал для исследования составили две группы испытуемых – немцев в возрасте от 21 до 65 лет. Первую группу составили здоровые люди, вторую группу вошли люди больные алкоголизмом.

КЛИНИЧЕСКОЕ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ЦЕЛИТЕЛЕЙ С ВОЗБУДИМЫМ РАДИКАЛОМ ЛИЧНОСТИ

Адылов Д.У.

С использованием клинического и экспериментально-психологического методов исследования в данной работе приведено описание особенностей возбудимого радикала личности целителей с последующей конкретизацией преимущественного стиля взаимодействия их с пациентами.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПСИХОЗОВ С ПСИХОТИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ И ИЗМЕНЕННЫМ СОСТОЯНИЕМ СОЗНАНИЯ У ЦЕЛИТЕЛЕЙ

Адылов Д.У.

Целительские представления могут быть включены в бредовые переживания больных, отражать миф о необходимости наличия психического расстройства для занятия целительством. Популярность целительства делает актуальным дифференциальную диагностику бредовых психозов с психотическими проявлениями и измененным состоянием сознания у целителей.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ШИЗОФРЕНИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ГАШИШНОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ, И ЕЕ ПРОЯВЛЕНИЯ В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Измаилова Н.Т., Илешева Р.Г.

Данное сообщение основано на наблюдении свыше 200 больных шизофренией, употреблявших гашиш. Среди них более чем у одной трети больных начало шизофренического процесса, установленного клинико-анамнестическим методом, относилось к детскому-подростковому возрасту. Из этого числа больных 35 наблюдались в возрасте 14-18 лет.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА И ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ИХ СОЧЕТАНИИ

Негай А.П., Сарсенова Р.О., Ким В.В., Хан А.А.

В настоящем сообщении сделана попытка рассмотреть некоторые стороны многообразных взаимоотношений между туберкулезом и психическими заболеваниями. С этой целью было изучено 109 больных, находившихся на лечении, страдающих различными формами активного туберкулеза и психическими болезнями.

К ВОПРОСУ О «СИСТЕМЕ ОТКРЫТЫХ ДВЕРЕЙ»

Негай А.П., Сарсенова Р.О., Писчатская А.Г., Жубатканова А.Ж.

Понятие системы «Открытых дверей» в психиатрической практике известно давно, но в данной статье в это понятие помимо лечебного фактора вложен и другой смысл. В работе подчеркивается важность создания таких систем для психиатрических больниц.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ПЕЛЛАГРОЙ ПО МАТЕРИАЛАМ КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ЗА 2000-2002 ГОДЫ

Негай А.П., Макашева Н.П., Курегенов Т.И., Даужигитов Т., Ким О.В.

Целью данной работы явилось изучение психических расстройств при дефиците никотиновой кислоты. Первый случай поступления больного с пеллагрой был в 2000 г. В последующем такие больные стали поступать всё чаще. Основная масса этих больных (12 человек) получала лечение в 4 отделении интенсивной терапии. Среди поступивших больных, мужчин было 3, женщин - 17. Среди больных преобладали женщины, а по возрасту – лица от 30 до 50 лет.

СУДЕБНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ РАБОТЫ

Новикова М.

В статье приводятся теоретические основы решения вопросов, стоящих перед КСППЭ (по данным литературы). В качестве примеров приводятся 4 заключения, касающиеся различных вопросов (1 – по экспертизе обвиняемого, 2 – малолетних потерпевших и 1 – по факту самоубийства).

О СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В г. ЭКИБАСТУЗЕ С 1996 ПО 2002 г.г.

Оспан Т.Б., Байханова Т.Р., Жолдыбаева Ж.С.

Известны случаи, получившие широкий резонанс, когда определенные лица совершили суицидальные действия. Целью данной работы является анализ суицидов в г. Экибастузе по данным Экибастузского межрайонного отделения Павлодарского филиала ГУ Центра судебной медицины.

К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Пак Л.Л., Кубаева Р.М., Назаров З.А., Пак В.Л., Можаев В.А., Мусенова Ж.К., Тлеугарин К.Т.

В данной работе обсуждается связь профилактики общественно опасных действий, совершаемых психически больными с совершенствованием организационных форм стационарной и внебольничной помощи, знанием клиники психических заболеваний и разработкой соответствующих законоположений. Представлен анализ проведенных судебно-психиатрических экспертиз.

К ВОПРОСУ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Пак Л.Л., Кубаева Р.М., Можаев В.А., Мусенова Ж.К., Назаров З.А., Пак В.Л.

Целью данной работы явилось изучение общественно-опасных действий среди психически больных, находившихся на принудительном лечении в областной психиатрической больнице, принципы проведения принудительного лечения и профилактика правонарушений.

ПРОБЛЕМЫ СЕМЕЙНОЙ ДИСГАРМОНИИ В НАРЦИССИЧЕСКИХ ПАРАХ

Рузгис М.В.

В данной работе рассматривается ряд проявлений нарциссизма в парах. Также описываются личные качества нарциссической личности, и как поведение таких людей влияет на семейный климат и взаимоотношения супругов.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ КОСТАНАЙСКОЙ ОБЛАСТИ. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ.

Шахметов Б.А.

В настоящей статье освещаются основные вопросы организации психиатрической помощи в Костанайской области, рассматриваются основные цели и задачи, решаемые психиатрической службой в области.

ДИАГНОСТИКА НАЧАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ МАЛОПРОГРЕДИЕНТНОЙ ПСИХОПАТОПОДОБНОЙ ШИЗОФРЕНИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ (клинический, экспериментально-психологический, судебно-психиатрический аспекты)

Шайхысламова Н.К., Оспан Т.Б., Лободенко А.Г., Аманова Ж.Ш., Кожанова Ж.Т.

В этой работе рассматриваются проблемы распознавания начальных проявлений малопрогредиентной психопатоподобной шизофрении в подростковом возрасте. Описываются основные положения в определении и диагностике данного заболевания.

МЕТОД СУРРОГАТНОГО ЗАМЕЩЕНИЯ (по преодолению табакозависимости)

Горышева О.В.

Этот метод синтезировал знания, полученные автором в результате изучения достижений в области научной психологии и медицины, осмыслиения опыта православного народного целительства, а также духовных практик, используемых в восточной медицине. Собранные по крупицам знания легли на почву практического опыта, итогом чего и стал настоящий метод.

ТЕРАПИЯ СУБДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У ЗАВИСИМЫХ ОТ АЛКОГОЛЯ БОЛЬНЫХ ВИТАГАМ-РУЛИНОМ В КОМБИНАЦИИ С АМИТРИПТИЛИНОМ

Макаров В.В., Колесов В.П., Коньков Е.М.

В качестве средства лечения алкогольных субдепрессий авторами изучен препарат «Витагам–Рулин» фирмы ООО «Рулин». Препарат одобрен Фармакологическим комитетом Минздрава России (протокол от 8 февраля 2002 г.) и утвержден Департаментом государственного контроля лекарственных средств и медицинской техники Минздрава России в качестве средства лечения алкоголизма.

ОТНОШЕНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ К ПРОБЛЕМЕ НАРКОМАНИИ. (ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ)

Марашева А.А.

Для изучения представлений детей в возрасте от 7 до 11 лет о наркотиках и об их отношении к ним, врачами Областного детского психоневрологического объединения наркологического диспансерного отделения было проведено исследование учащихся образовательных школ 1-4 классов города Караганды. Исследование носило анонимный характер. Описывается гендерный аспект.

СОСУДИСТЫЕ И СОМАТОГЕННЫЕ ПСИХОЗЫ, ВОЗНИКШИЕ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО АЛКОГОЛИЗМА, И ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Сарсенова Р.О., Писчатская А.Г., Жубатканова А.Ж.

Было обследовано 32 больных, которые длительно страдали хроническим алкоголизмом, осложненным сосудистыми заболеваниями (поражения сердечно–сосудистой системы, диабет, бронхиальная астма, туберкулез легких, гепатохолецистит и др.). Большинство из этих больных (21 человек) ранее неоднократно стационировалось по поводу алкоголизма, в том числе 9 человек по поводу алкогольных психозов.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТРЕВОГИ И ФОБИИ У БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Толстикова А.Ю.

В настоящем сообщении приводятся данные изучения психопатологии тревоги и страха на основе исследования 193 больных, страдающих депрессивным состоянием в рамках зависимости от ПАВ. В число обследованных вошли 26 женщин и 167 мужчин. Цель исследования – установление феноменологических черт тревоги и страха у пациентов с зависимостью от ПАВ.

О ПСИХОСОМАТИЧЕСКОМ ПОДХОДЕ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Шушкевич В.И.

В статье проанализирована эффективность психосоматического подхода в комплексной психотерапии алкогольной зависимости в условиях городской поликлиники г. Рудного Костанайской области. Отмечается высокий эффект терапии: у 704 (65%) пациентов отмечалась годовая ремиссия, на 30% уменьшилась обращаемость больных в поликлинику по поводу имеющихся психосоматических заболеваний.

ПСИХОЛИНГВИСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Корабельникова Е.А.

Целью настоящего исследования явилось изучение лексико-семантических характеристик речи детей и подростков с невротическими расстройствами с помощью принципиально новых средств компьютерного смыслового анализа текстов.

ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Мусабалинова Н.Б., Оспанова Ж.А.

В данной статье раскрывается связь этиопатогенетического лечения психических расстройств, возникающих у больных с эндокринной патологией.

АНАЛИЗ ПО СУИЦИДАМ ПО КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2001 ГОД И 1 КВАРТАЛ 2002 ГОДА

Негай А.П., Сарсенова Р.О., Алиева А.С., Дон М.А.

В настоящем сообщении предлагается анализ ситуации, связанной с суицидами по Кызылординской области: общее количество, возрастной и половой аспекты, способы совершения суицидов.

К ВОПРОСУ ОБ ИССЛЕДОВАНИИ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ В ПОГРАНИЧНОЙ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Россинский Ю.А., Алтынбекова Г.И., Каражанова А.С., Нургазина А.З.

В настоящей публикации приводится разработанный авторами вопросник, позволяющий определить поведенческие индикаторы аллопсихической адаптации или, так называемых, активных стратегий совладания – копинг-стратегий.

SUMMERIES

MENTAL DESIGN AND APPLIED MYTHOLOGY. THE FURTHER DEVELOPMENT OF THE LINGUISTIC APPROACH IN PSYCHOTHERAPY

Bykov S.I., Bykova-Grigor'evskih I.V., Urgina Ju.A.

As methodological base of a method the suggestive linguistics section of psycholinguistics, developed by I.J.Cherepanovoj stands. The method is scientific development of applied aspects of suggestive linguistics with the purpose of creation of unique idea, development and designing of the integral idea-concept, examination and support down to a full embodiment in life.

PSYCHOTHERAPEUTIC INFLUENCE OF ART THERAPY

Bukaeva S.K., Nurgazina A.Z., Koshchegulova R.M.

In the given work major factors of psychotherapeutic influence - art expression, psychotherapeutic relations and interpretation - in art therapeutic direction of psychotherapy are allocated and described. Their efficiency in work with drug addicts is defined.

ART THERAPEUTIC DIRECTION OF PSYCHOTHERAPY

Bukaeva S.K., Nurgazina A.Z., Koshchegulova R.M.

Given article is devoted to studying of the basic art therapy concepts, the history of development of the given psychotherapeutic direction, the basic forms of psychotherapy are described, and also sessions of group art therapy are submitted and described.

DEVELOPMENT OF REFLECTIVE CULTURE OF TEENAGERS IN PSYCHOLOGICAL CONSULTATION

Davydova G.

Within the framework of a problem of prevention of an addiction at school the author developed the concept of regulation (orientation-value) consultation and the program of development of reflective culture of teenagers. Scientific basis is the reflective methodology of development of semantic maintenances of pedagogical influence.

USE OF DREAMS IN DIAGNOSTICS AND THERAPIES OF NEUROTIC DISORDERS AT CHILDREN

Korabel'nikova E.A.

In the present work dreams of children and adolescents were studied with use of a technique of expert research of dreams. Registration of dreams was carried out repeatedly by record on a recorder tape of reports on dreams directly after morning awakening.

THEME OF DESTINY IN WORK WITH CLIENTS

Kovalenko A.N., Esel'son S.B.

In the present work it is resulted and discussed typologization of concepts of destiny which allows to the existential therapist to keep significant semantic capacity, sufficient for work with the client.

PSYCHOTHERAPY IN A COMPLEX OF TREATMENT OF A STOMACH ULCER AND A DUODENAL GUT

Kogai O.S., Motorykin V.M., Muhanbedina M.A., Lapina T.P.

The basic purpose of given article is to pay attention of physicians to pathogenetic mechanisms of development of a stomach ulcer and a duodenal gut and also to specify efficiency of psychotherapy as one of pathogenetic treatment methods at the given pathology.

WEB-SITE «SUPPORT». PSYCHOLOGICAL SERVICE IN THE INTERNET

Suatbaev N.R.

The given project was carried out at support of the Department of Educational and Cultural Programs of the USA State Department and administered by the International Researches and Exchanges Council. The project is realized on the basis of East Kazakhstan regional psychoneurologic clinic and NGO «Stress».

PSYCHOTHERAPY OF TEENAGERS WITH CHEMICAL DEPENDENCE

Titova V.V.

For today one of the basic and most perspective directions in treatment of drug addiction is the psychotherapy. On the basis of Omsk city narcological hospital for children and teenagers realization of research of efficiency of functional use of universal mechanisms of the psychotherapeutic communications in complex therapy is begun.

EXPERIENCE OF TREATMENT WOMEN, WHO HAVE ACED CHILDREN DEATH

Hodoreva T.V.

Work with the patients, who have ached children death, is the most difficult in psychotherapy, demands test of spiritual forces of the doctor, his professional competence. In the given work the basic moments of treatment of such patients are stated.

TO A PROBLEM OF INTEGRATION OF PSYCHOTHERAPEUTIC METHODS

Hropova G.A.

In the present work the problem of integration of various psychotherapeutic theories and methods is considered, the urgency of the given problem and the basic tendencies in its development is emphasized.

ROLE OF SOC IN REGULATION OF AGGRESSION IN NORM AND A PATHOLOGY

Hropova G.A.

In the given research studying of aggression was carried out in department of psychotherapy for patients with alcoholism of psychiatric clinic named by Charles Bonheffera in Berlin. The material for research was made by two groups of patients - Germans in the age of 21-65. The first group was made by healthy people, the second group patients with alcoholism have come.

CLINICAL AND EXPERIMENTAL-PSYCHOLOGICAL INVESTIGATION HEALERS WITH AN EXCITABLE RADICAL OF PERSONALITY

Adylov D.U.

With use of clinical and experimental-psychological methods of research in the given work the description of features of an excitable radical of personality of healers with the subsequent concrete definition of primary style of their interaction with patients is given.

DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF PSYCHOSES WITH PSYCHOTIC MANIFESTATIONS AND THE CHANGED CONDITION OF CONSCIOUSNESS AT HEALERS

Adylov D.U.

Healers' representations can be included in delirious experiences of patients, reflect a myth about necessity of presence of mental frustration for healerness. Popularity of healerness makes actual differential diagnostics of delirious psychoses with psychotic manifestations and the changed condition of consciousness at healers.

CLINICAL FEATURES OF THE SCHIZOPHRENIA COMPLICATED WITH HASHISH INTOXICATION, AND ITS MANIFESTATIONS AT YOUNG AGE

Izmailova N.T., Ilesheva R.G.

The given article is based on observation over 200 patients with schizophrenia who has used hashish. Among them more than at one third of patients the beginning of schizophrenia process determined with clinicoanamnestic method, concerned to young age. From this number of patients 35 were observed in the age of 14-18.

FEATURES OF CURRENT OF A TUBERCULOSIS AND MENTAL DISEASES AT THEIR COMBINATION

Negai A.P., Sarsenova R.O., Kim V.V., Han A.A.

In the present article attempt to consider some sides of diverse mutual relation between tuberculosis and mental diseases is made. With this purpose it was investigated 109 patients who are taking place on treatment, suffering by various forms of active tuberculosis and mental illnesses.

TO A QUESTION ON «OPEN DOORS SYSTEM»

Negai A.P., Sarsenova R.O., Pischatkaya A.G., Zhubatkanova A.Z.

The concept of system «Open Doors» of psychiatric practice is known for a long time, but in given article other sense is enclosed in this concept besides the medical factor also. In work importance creation of such systems for psychiatric hospitals is emphasized.

MENTAL DISORDERS AT PATIENTS WITH PELLAGRA ON MATERIALS OF KYZYLORDA REGIONAL PSYCHONEUROLOGIC HOSPITAL IN 2000-2002

Negai A.P., Makasheva N.P., Kuregenov T.I., Dauzhigitov T., Kim O.V.

The purpose of the given work was studying mental disorders at deficiency of a nicotinic acid. The first case of patient with pellagra was in 2000. In the subsequent such patients began to appear even more often. The great bulk of these patients (12 people) received treatment in intensive therapy department. Among the entered patients, men was 3, women was 17. Among patients women prevailed, and on age - persons near 30-50 prevailed.

JUDICIAL-PSYCHOLOGICAL ASPECT OF WORK

Novikova M.

In article theoretical bases of the decision of the questions facing Complex Forensic Medical Examination are resulted (according to the literature). As examples 4 medicolegal reports are resulted concerning various questions (1 - on examination of defendant, 2 - juvenile victims and 1 - on the fact of suicide).

ABOUT SUICIDE SITUATIONS IN EKIBASTUZ FROM 1996 TILL 2002

Ospan T.B., Baihanova T.R., Zholdybaeva Z.S.

The cases which have received a wide resonance when the certain persons have made suicide actions are known. The purpose of the given work is the analysis of suicides in Ekibastuz on data of Ekibastuz interdistrict department of Pavlodar branch of the Centre of forensic medicine.

TO A QUESTION OF PREVENTION OF SOCIALLY DANGEROUS ACTIONS OF MENTALLY ILL PATIENTS

Pak L.L., Kubaeva R.M., Nazarov Z.A., Pak V.L., Mozhaev V.A., Musenova Z.K., Tleugarin K.T.

In the given work connection of prevention of socially dangerous actions made by mentally ill patients with perfection of organizational forms stationary and out patient services, and knowledge of clinic of mental diseases and development of the appropriate statutes is discussed. The analysis of the carried out forensic-psychiatric examinations is submitted.

TO A QUESTION OF COMPULSORY TREATMENT MENTALLY PATIENTS

Pak L.L., Kubaeva R.M., Mozhaev V.A., Musenova Z.K., Nazarov Z.A., Pak V.L.

The purpose of the given work was studying public-dangerous actions among mentally patients who are taking place on compulsory treatment in regional psychiatric hospital, principles of realization of compulsory treatment and prevention of offences.

PROBLEM OF FAMILY DISHARMONY IN AUTOPHILIA COUPLES

Ruzgis M.V.

In the given work a number of autophilia manifestations in couples is considered. Also it is described personal qualities of persons with autophilia and how the behavior of such people influences a family climate and mutual relation of spouses.

THE ORGANIZATION OF PSYCHIATRIC SERVICE IN KOSTANAI REGION

Shahmetov B.A.

In present article the basic questions of the organization of a psychiatric service in Kostanai region are taken up, the basic purposes and the problems solved by psychiatric service in region are considered.

DIAGNOSTICS OF INITIAL MANIFESTATIONS OF CONTINUOUS SLUGGISH SCHIZOPHRENIA AT TEENAGERS

Shaihyislamova N.K., Ospan T.B., Lobodenko A.G., Amanova Z.S., Kozhanova Z.T.

In this work problems recognition of initial manifestation of continuous sluggish schizophrenia at teenagers are considered. Substantive provisions in definition and diagnostics of the given disease are described.

METHOD OF SUBSTITUTE REPLACEMENT

Gorysheva O.V.

This method synthesized the knowledge received by the author as a result of studying of achievements region scientific psychology and medicine, judgement of experience orthodox national healerness, and also spiritual practices, used in east medicine. The knowledge collected on particles has lain on ground of practical experience, a result of that became the present method.

THERAPY OF DEPRESSIONS AT PATIENTS DEPENDENT ON ALCOHOL WITH VITAGAM-RULINOM IN A COMBINATION WITH AMITRIPTYLINE

Makarov V.V., Kolosov V.P., Kon'kov E.M.

As means of treatment of alcoholic subdepressions authors investigate a preparation «Vitagam-Rulinom» of «Rulin» Company. The preparation is approved by Pharmacological committee of Ministry of Health of Russia (the report from February, 8, 2002) and authorized by Department of the state control of medical products and iatrotechnics of Ministry of Health of Russia as means of treatment of alcoholism.

THE ATTITUDE OF CHILDREN OF YOUNGER AGE GROUP TO A PROBLEM OF DRUG ADDICTION

Marasheva A.A.

For studying representations of children in the age of from 7 till 11 about drugs and about their attitude to them, doctors of Regional children's psychoneurologic associations of narcological branch it was carried out research of pupils of educational schools of 1-4 grades of Karaganda. Research had anonymous character. It is described gender aspect.

THE VASCULAR AND SOMATOGENIC PSYCHOSES WHICH HAVE ARISEN ON A BACKGROUND OF CHRONIC ALCOHOLISM AND FEATURE OF TREATMENT OF ALCOHOLIC PSYCHOSES AT PATIENTS OF ADVANCED AGE

Sarsenova R.O., Pischatskaya A.G., Zhubatkanova A.Z.

It was surveyed 32 patients who suffered chronic alcoholism for a long time, complicated with vascular diseases (intimate-vascular system, diabetes, a bronchial asthma, a tuberculosis, hepatobiliary tract etc.). The

majority of these patients (21 persons) earlier repeatedly have been in treatment concerning alcoholism, including 9 person concerning alcoholic psychoses.

PSYCHOPATHOLOGICAL ASPECTS OF ALARM AND PHOBIA AT PATIENTS WITH DEPENDENCE FROM PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

Tolstikova A.Ju.

In the present article the data of studying a psychopathology of alarm and fear on the basis of research of 193 patients, suffering a depression within the framework of dependence from psychoactive substances are cited. The number surveyed people included 26 women and 167 men. The purpose of research is a determination of phenomenological features of alarm and fear at patients with dependence from psychoactive substances.

ON PSYCHOSOMATIC APPROACH IN COMPLEX THERAPY OF ALCOHOLIC DEPENDENCE IN CONDITIONS OF A CITY POLYCLINIC

Shushkevich V.I.

In article efficiency of psychosomatic approach in complex psychotherapy of alcoholic dependence in conditions city polyclinics of Rudnyi in Kostanai region is analyzed. The high effect of therapy is marked: at 704 (65%) patients it was marked annual remission, on 30% has decreased appealability of patients in a polyclinic concerning available psychosomatic diseases.

PSYCHOLINGUISTIC FEATURES OF PATIENTS WITH NEUROTIC DISORDERS

Korabel'nikova E.A.

The purpose of the present research was studying of semantic characteristics of speech of children and teenagers with neurotic disorders with the help of essentially new means of the computer semantic analysis of texts.

DIFFICULTIES OF DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF MENTAL DISTURBANCES AT ENDOCRINE DISEASES

Musabalinova N.B., Ospanova Z.A.

In given article connection of ethiopathogenetic treatment of mental disorders arising at patients with endocrine pathology is discussed.

THE ANALYSIS ON SUICIDES IN KYZYLORDA REGION IN 2001 AND 1 QUARTER OF 2002

Negai A.P., Sarsenova R.O., Alieva A.S., Don M.A.

In the present work the analysis of the situation connected to suicides on Kyzylorda region is offered: total, age and sexual aspects, ways of suicides.

**TO A QUESTION ON RESEARCH OF COPING STRATEGY IN BOUNDARY PSYCHIATRY
AND NARCOLOGY**

Rossinsky Ju.A., Altynbekova G.I., Karazhanova A.S., Nurgazina A.Z.

In the present publication the questionnaire developed by authors is resulted, allowing to define behavioral indicators of allopsychic adaptations or, so-called, active strategy of coping.