



ВЕСТНИК

ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ ЧУВАШИИ

ПСИХИАТРИНЕ ПСИХОЛОГИИ ЧАВАШ ХЫШАРСИ
THE BULLETIN OF CHUVASH PSYCHIATRY AND PSYCHOLOGY



2

2006

ЧУВАШСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ПСИХИАТРОВ,
НАРКОЛОГОВ, ПСИХОТЕРАПЕВТОВ, ПСИХОЛОГОВ

ВЕСТНИК

ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ ЧУВАШИИ

Психиатрипе психологин чăваш хыпарĕи
The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ
ИЗДАНИЕ

№ 2

Чебоксары
2006

Научно-практическое издание Чувашской ассоциации психиатров, наркологов, психотерапевтов, психологов

Председатель редакционного совета

А.Б. КОЗЛОВ (Чебоксары, Россия)

Редакционный совет:

А.А. АЛЕКСАНДРОВ (Санкт-Петербург, Россия)

К.А. ИДРИСОВ (Грозный, Россия)

Е.Н. КАДЫШЕВ (Чебоксары, Россия)

Б.Д. КАРВАСАРСКИЙ (Санкт-Петербург, Россия)

А.М. КАРПОВ (Казань, Россия)

В.Н. КРАСНОВ (Москва, Россия)

С. ЛЕСИНСКЕНЕ (Вильнюс, Литва)

Д.М. МУХАМАДИЕВ (Душанбе, Таджикистан)

С.А. НУРМАГАМБЕТОВА (Алматы, Казахстан)

А.Ф. СОГОЯН (Ереван, Армения)

Д. ХРИСТОДУЛУ (Афины, Греция)

А.В. ХУДЯКОВ (Иваново, Россия)

А.А. ЧУРКИН (Москва, Россия)

С. ЭВАНС (Нью-Йорк, США)

Главный редактор

Е.Л. НИКОЛАЕВ (Чебоксары, Россия)

Редакционная коллегия

И.Е. БУЛЬГИНА (редактор раздела «Наркология»)

Д.В. ГАРТФЕЛЬДЕР (технический редактор)

А.В. ГОЛЕНКОВ (зам. главного редактора,

редактор раздела «Психиатрия»)

А.Н. ЗАХАРОВА (редактор раздела «Психология»)

Ф.В. ОРЛОВ (ответственный секретарь

редактор раздела «Психотерапия»)

Адрес редакции

Россия, 428018, Чувашская Республика,

г. Чебоксары, ул. К. Иванова, 20

Тел. (8352) 42-01-30, 42-53-41,

факс (8352) 42-03-83

Е-mail: chapn1962@yahoo.com

**Чăваш психиатрĕсемпе наркологиĕсен,
психотерапевчĕсемпе психологиĕсен
ассоциацийĕн клиника практикипе
ăслăлăх кăларăмĕ**

Редакци канашĕ пуçлăхĕ
А.Б. КОЗЛОВ (Шупашкар)

Редакци канашĕ
А.А. АЛЕКСАНДРОВ
(Санкт-Петербург)
К.А. ИДРИСОВ (Грозный)
Е.Н. КАДЫШЕВ (Шупашкар)
Б.Д. КАРВАСАРСКИЙ
(Санкт-Петербург)
А.М. КАРПОВ (Хусан)
В.Н. КРАСНОВ (Мускав)
С. ЛЕСИНСКЕНЕ (Вильнюс)
Д.М. МУХАМАДИЕВ (Душанбе)
С.А. НУРМАГАМБЕТОВА
(Алматы)
А.Ф. СОГОЯН (Ереван)
Д. ХРИСТОДУЛУ (Афины)
А.В. ХУДЯКОВ (Иваново)
А.А. ЧУРКИН (Мускав)
С. ЭВАНС (Нью-Йорк)

Тĕп редакторĕ
Е.Л. НИКОЛАЕВ (Шупашкар)

Редакци ушкăнĕ
И.Е. БУЛЬГИНА
Д.В. ГАРТФЕЛЬДЕР
А.В. ГОЛЕНКОВ
(тĕп редактор сумĕ)
А.Н. ЗАХАРОВА
Ф.В. ОРЛОВ (яваплă секретарĕ)

Редакци вырăнĕ
428018, Чăваш Республики,
Шупашкар хули, К. Иванов ур., 20

Тел. (8352) 42-01-30, 42-53-41
факс (8352) 42-03-83
E-mail: chapn1962@yahoo.com

Research and clinical practice edition
of the Chuvash association
of psychiatrists, narcologists,
psychotherapists, psychologists

Chairman of Editorial Council
A.B. KOZLOV (Cheboksary)

Editorial Council
A.A. ALEKSANDROV
(St. Petersburg)
G. CHRISTODOULOU (Athens)
A.A. CHURKIN (Moscow)
S. EVANS (New-York)
K.A. IDRISOV (Grozny)
E.N. KADYSHEV (Cheboksary)
A.M. KARPOV (Kazan)
B.D. KARVASARSKY
(St. Petersburg)
V.N. KRASNOV (Moscow)
A.V. KHUDIYAKOV (Ivanovo)
S. LESINSKIENE (Vilnius)
D.M. MUKHAMADIEV (Dushanbe)
S.A. NURMAGAMBETOVA
(Almaty)
A.F. SOGHOYAN (Yerevan)

Editor-in-Chief
E.L. NIKOLAEV (Cheboksary)

Editorial Board
I.E. BULYGINA
D.V. HARTFELDER
A.V. GOLENKOV
(deputy editor)
F.V. ORLOV (executive editor)
A.N. ZAKHAROVA

Editorial office
20 K. Ivanova ul., Cheboksary
Chuvash Republic 428018 Russia

Tel. +7 (8352) 42-01-30, 42-53-41
Fax. +7 (8352) 42-03-83
E-mail: chapn1962@yahoo.com

СОДЕРЖАНИЕ

От редактора.....	6
-------------------	---

АКТУАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

А.А. Александров

Современное состояние патогенетической психотерапии.....	8
--	---

И.В. Реверчук

Психобиологические механизмы нозогенеза пограничных психических расстройств.....	17
--	----

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Н.М. Абрамова

Результаты исследования личности суицидентов с помощью Я-структурного теста Аммона (ISTA).....	27
--	----

Д.М. Мухамадиев, Р.Х. Муминова

Некоторые аспекты клинической и экспериментально-психологической оценки качества жизни у гражданских лиц, получивших боевую травму.....	38
---	----

ПЕРЕКРЕСТОК КУЛЬТУР

Е.Л. Николаев

Психотерапия в контексте культуры. Статья вторая: этнокультуральные детерминанты психотерапевтического процесса.....	45
---	----

М.П. Сергеев, В.С. Гордова

Психопатологический анализ жизни и творчества Марины Цветаевой	77
---	----

РЕАБИЛИТАЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА

Д.М. Мухамадиев, Ш.М. Гулямов

К вопросу о социально-психологической реабилитации женщин-беженок после их репатриации	94
---	----

А.В. Худяков

Использование произведений литературы в процессе антиаддиктивного воспитания учащихся	101
--	-----

СОБЫТИЯ И ИМЕНА

Борис Дмитриевич Карвасарский (к 75-летию со дня рождения)	109
---	-----

Б.Д. Карвасарский и Чувашия	112
-----------------------------------	-----

Е.Л. Николаев

Перспективы развития психотерапии как науки в эпоху доказательной медицины	119
---	-----

Рефераты зарубежных изданий	123
-----------------------------------	-----

Рефераты текущих публикаций	130
-----------------------------------	-----

ОТ РЕДАКТОРА

Уважаемые читатели! Данный номер посвящен удивительному человеку, который внес огромный вклад в развитие психотерапии в нашей стране, многогранно разрабатывая ее научные, организационные, образовательные и практические аспекты — Борису Дмитриевичу Карвасарскому. Его вклад в российскую медицину и в российскую психологию поистине трудно переоценить. С именем Б.Д. Карвасарского у многих наших современников прочно ассоциируются психотерапия и медицинская психология. Именно поэтому основной темой номера являются современная психотерапия и клиническая (медицинская) психология, а также тесно связанные с ними вопросы пограничной психиатрии, психопрофилактики и реабилитации.

Открывается номер статьей о современных проблемах патогенетической психотерапии и возможных путях их преодоления, в частности, через интеграционные процессы. Оригинальной и небесспорной представляется позиция исследователя психобиологических механизмов нозогенеза пограничных психических расстройств. Однако вывод о комплексном характере анализа этиопатогенеза психических нарушений сомнений не вызывает.

Рассмотрение культурных аспектов психотерапевтического процесса в условиях этнически неоднородного общества позволяет значительно расширить представления о психотерапии в различных обществах и культурах, определить проблемные точки кросс-культурного взаимодействия в психотерапевтической диаде, а также очертить возможные перспективы развития психотерапевтической практики.

В разделе клинической психологии представлены результаты изучения кризисной личности с позиций динамической психиатрии, а также определения качества жизни у гражданских лиц, получивших военные травмы, что отражает актуальные на-

правления научных исследований, имеющих большое практическое значение.

Знание ключевых моментов этиопатогенеза психических нарушений позволяет эффективно планировать профилактические и реабилитационные мероприятия, примером чему является материал о социально-психологической реабилитации беженков в Таджикистане. Нетривиальный подход к психопрофилактике потребления ПАВ подростками предлагается автором, который опирается на эмоционально-художественный опыт литературных произведений отечественных писателей.

Стихи, как жанр литературного творчества, могут быть также использованы для психопатологического анализа личности их автора, что предлагается в следующей статье в отношении трагически ушедшей из жизни М. Цветаевой.

Завершается номер информацией о событиях, непосредственно связанных с именем Б.Д. Карвасарского, которые, помимо юбилейного, носят также важный перспективный характер.

АКТУАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

А.А. Александров

*Санкт-Петербургская медицинская академия
последипломного образования*

Патогенетическая психотерапия до сих пор не получила у нас широкого распространения. Для этого есть причины. В.Н. Мясищев сформулировал концепцию невроза и патогенетической психотерапии в 1935-1939 гг. Как раз в эти и последующие годы психология в нашей стране впала в немилость, предпринимались попытки замены ее физиологией высшей нервной деятельности. Основными методами психотерапии стали гипноз и аутогенная тренировка, применение которых научно легко обосновывалось с позиций физиологии высшей нервной деятельности. Патогенетическая психотерапия (как "психогенетическая"), по существу, была оставлена.

Авторы учебников по психиатрии, как правило, определяют неврозы как "психогенно обусловленные функциональные расстройства нервной системы". При этом личность больного или полностью игнорируется, или подменяется такими понятиями, как "темперамент", "конституция", "тип высшей нервной деятельности", в лучшем случае — "акцентуация характера". И хотя в конце 50-х — начале 60-х гг. идеологическое давление на науку уменьшилось, психология была реабилитирована и как будто возникли условия для развития патогенетической психотерапии, позиции "физиологов" в психиатрии оказались столь сильными, а нейродинамическая теория неврозов И.П. Павлова столь глубоко укоренилась в сознании уже не одного поколения психиатров, что психогенетическая, конфликтцентрированная концепция психотерапии не могла пробиться сквозь броню со-

противления и нежелания принять иную точку зрения на патогенез невроза и его лечение. Именно в этом причина того, что до самого последнего времени главными методами психотерапии оставались суггестивные, а во взглядах на неврозы доминировала нейродинамическая концепция.

Интересно, что сам И.П. Павлов не отвергал психогенетического понимания невроза. У него есть прекрасная фраза, которую часто в своих статьях цитировали ученики В.Н. Мясищева для защиты от возможных обвинений их в симпатиях к фрейдизму. "Может случиться", — говорил великий физиолог на одной из клинических сред, — "что и сам больной генезиса своей навязчивости не знает, позабыл или не догадался об этой связи. Связь существует, а как взялась — неизвестно".

Анализируя истории больных неврозами, И.П. Павлов выходил за пределы нейродинамики, придавал большое значение переживаниям человека, свойствам его характера и социальному окружению. Источники невроза он искал как в особенностях мышления больного, так и в его жизненных стремлениях, а также в условиях работы.

В.Н. Мясищев рассматривал невроз как болезнь личности, понимая под последней тезис Маркса и Энгельса "совокупность общественных отношений". Ядро личности составляет система отношений человека: отношение человека к другим людям, к миру явлений и предметов, к самому себе. Невроз рассматривается как психогенное (конфликтогенное) нервно-психическое расстройство, которое возникает в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека.

Система отношений формируется на протяжении всей жизни человека, основы же ее закладываются в детстве в результате интериоризации социальных, прежде всего семейных отношений. Главной целью патогенетической психотерапии является реконструкция системы отношений, нарушенной в процессе развития личности под воздействием социальных факторов, прежде всего искаженных межличностных отношений в родительской семье.

В противоположность психоанализу и другим глубинно-психологическим теориям в теории личности В.Н. Мясищева

существенными являются не определенные, описанные по содержанию отношения (например, эдиповы отношения), а общие структурные отношения. Наполняются содержанием и анализируются отношения только в отдельном случае, но не для описания системы личности как таковой.

Цели патогенетической терапии достигаются в ходе реализации трех основных форм терапевтического воздействия: осознание и проработка внутриличностного конфликта в процессе индивидуальной терапии; выявление и коррекция недостаточно адаптивных форм поведения (реконструкция отношений личности и тренировка нового поведения) в ходе групповой терапии и с помощью терапевтического коллектива (терапевтического сообщества). В своей последней статье В.Н. Мясищев (1973) определил цели патогенетической терапии более масштабно, чем прежде: принцип лечения заключается в переделке личности в процессе общения и совместного труда и быта.

Огромный поток информации в области психотерапии и психологии, хлынувший в Россию в последнее десятилетие, широкое распространение у нас новых методов психотерапии, опять-таки оттеснили наш отечественный подход. Однако у патогенетической психотерапии есть будущее и оно связывается, по нашему мнению, с настоящей ситуацией в психотерапии, которая характеризуется стремлением к интеграции различных методов психотерапии.

Многие психотерапевты, работая в рамках выбранного ими психотерапевтического подхода, заимствуют те или иные методы из других подходов, что продиктовано стремлением к повышению эффективности психотерапии. Патогенетическая психотерапия обладает большим потенциалом дальнейшего развития в качестве научно-методологической основы для интеграции различных подходов психотерапии.

Заслуга В.Н. Мясищева заключается в том, что он произвел коренную ревизию ортодоксального психоанализа, преодолев его биологическую направленность и создав социально-психологическую модель психотерапии.

Среди тех, кто стремился придать психоанализу более "культурное лицо", В.Н. Мясищев был наиболее последователь-

ным и кардинальным преобразователем: сохранив понятие интрапсихического (психодинамического) конфликта, он отбросил вольные интерпретации психоанализа, основанные на мифологии, заменив их анализом реальных жизненных отношений. Интрапсихические конфликты описываются В.Н. Мясищевым не по содержанию, как у З. Фрейда, а по структуре. Задача психотерапевта заключается в том, чтобы наполнить интрапсихический конфликт содержанием, почерпнутым из конкретной жизненной ситуации пациента и анализа его системы отношений. Из психоанализа были заимствованы и такие понятия, как "психологические механизмы защиты", "инсайт", "эмоциональное отреагирование" ("катарсис") и др. Таким образом, разрабатывая патогенетическую психотерапию, В.Н. Мясищев интегрировал в эту систему, теоретической основой которой послужила разработанная им социально-психологическая модель личности, известные достижения психотерапии своего времени.

Существует по меньшей мере две предпосылки для возникновения интегративной психотерапии. Во-первых, идея интеграции различных психотерапевтических приемов заложена в самой сущности личностно ориентированных систем психотерапии, поскольку любая психотерапия, ориентированная на личностное изменение, акцентируя, как правило, одну из плоскостей личностного функционирования (когнитивную, эмоциональную, поведенческую), не может полностью игнорировать другие. Интеграция когнитивной и поведенческой терапии, возникновение на основе этого слияния нового подхода — когнитивно-поведенческого — важная веха на пути создания интегративной модели психотерапии.

Второй предпосылкой для интеграции различных подходов является широкое внедрение в практику групповой психотерапии. Групповая психотерапия создаёт уникальную терапевтическую ситуацию, связанную с включением пациента в реальное взаимодействие с другими людьми, в котором создаются условия интенсивного психологического воздействия на все плоскости личностного функционирования. Групповая психотерапия с неизбежностью подводит к использованию приемов, предназначенных для воздействия на когнитивные, эмоциональные и по-

веденческие аспекты личности, разработанные в рамках различных терапевтических подходов (психодинамического, феноменологического, когнитивно-поведенческого), поскольку в процессе группового сеанса пациенты что-то обсуждают (когнитивный аспект), переживают (эмоциональный аспект) и определенным образом ведут себя по отношению друг к другу (поведенческий аспект).

В связи с этим назревает необходимость поиска единой интеграционной платформы, теоретико-методологической основы психотерапии. С нашей точки зрения, этой цели наилучшим образом отвечает модель патогенетической психотерапии. В развитии аутогенетической психотерапии можно выделить три этапа.

Первый этап связан с деятельностью самого В.Н. Мясищева, его учеников и последователей (Р.Я. Зачепиский, Б.Д. Карвасарский, В.К. Мягер, Е.К. Яковлева и др.) и характеризуется разработкой модели индивидуальной патогенетической психотерапии. В ходе патогенетической психотерапии решалась в основном задача осознания нарушенных особо значимых отношений личности и возникающих в психотравмирующей ситуации интрапсихических конфликтов. Возможности же коррекции нарушенных отношений в ситуации диадного взаимодействия "терапевт-пациент" были ограничены.

Второй этап (70-80-е гг.) — развитие модели групповой патогенетической психотерапии — связан с деятельностью Б.Д. Карвасарского и руководимого им коллектива (Г.Л. Исурина, В.А. Мурзенко, В.А. Ташлыков и др.). Широкие возможности, которые предоставляла групповая динамика для реконструкции нарушенной системы отношений, позволили переименовать патогенетическую психотерапию в личностно ориентированную (реконструктивную) психотерапию. Модель начинает приобретать черты интегративной: интеграция групповой динамики в систему патогенетической (рациональной) психотерапии.

Наконец, третий, современный этап озаглавлен целенаправленными попытками создания интегративной модели личностно ориентированной (реконструктивной) психотерапии; ра-

боты в этом направлении наиболее последовательно выполняются в Институте им. В.М. Бехтерева (под руководством Б.Д. Карвасарского) и на кафедре медицинской психологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования.

Личностно ориентированная (реконструктивная) психотерапия является системой, открытой для интегрирования с различными психотерапевтическими подходами. Будучи структурой, первично лишенной содержания, она представляет собой своеобразную методологическую основу интегративной психотерапии — структуру, которая, подобно периодической системе Менделеева, постепенно наполняется новыми элементами. На язык патогенетической психотерапии можно без труда перевести основное содержание высказываний других школ, в том числе психоанализа, поскольку ее подход лишь предлагает структуру, которую можно наполнить конкретным содержанием. Объектом психологического воздействия патогенетической психотерапии являются нарушенные отношения личности. Поскольку отношение, по В.Н. Мясищеву, характеризуется трехчленной структурой — наличием когнитивного, эмоционального и поведенческого аспектов — спектр психологического воздействия при интегративном подходе значительно расширяется: для решения задач коррекции отношений в каждом из трех аспектов могут привлекаться приемы психологического воздействия из различных психотерапевтических направлений и подходов. При этом различные психотехники выполняют тактические задачи, способствуя достижению основной стратегической цели — реконструкции нарушенной системы отношений человека.

В систему личностно ориентированной (реконструктивной) психотерапии могут быть интегрированы, с нашей точки зрения, некоторые техники гештальттерапии, когнитивно-поведенческой терапии (в частности, рационально-эмотивной терапии А. Эллиса). Личностно ориентированную (реконструктивную) психотерапию сближает с когнитивным подходом общая базальная гипотеза, которая гласит, что не события сами по себе вызывают эмоциональные расстройства, а то, как человек воспринимает эти события, что он думает и что переживает по по-

воду этих событий, иными словами, отношение человека к этим событиям.

Главная задача патогенетической психотерапии заключается в реконструкции системы отношений больного неврозом; главная задача когнитивно-поведенческих подходов — изменение убеждений пациентов, замена дисфункциональных убеждений, иррациональных установок на более адаптивные, замена жестких эмоционально-когнитивных связей (схем) более гибкими.

Существенная разница двух подходов (патогенетической психотерапии и когнитивных моделей терапии) состоит в том, что в когнитивной психотерапии из анализа выпадает важное (с точки зрения патогенетической психотерапии) промежуточное звено патогенеза эмоционального нарушения — психологический конфликт. Психогенез как таковой не интересует когнитивную терапию. Она фокусирована на конечном результате неправильного развития личности — на системе иррациональных, малоадаптивных, приводящих к нарушению личностного функционирования позиций, убеждений. А. Эллис неоднократно подчеркивал, что рационально-эмотивная терапия не интересуется "генезом" эмоциональных расстройств, её интересует то, благодаря каким иррациональным убеждениям (установкам, позициям) эти расстройства поддерживаются в настоящем.

Когнитивный психотерапевт работает с убеждениями пациента, с его системой отношений, ценностей, с его мировоззрением и философией. Поэтому А.Эллис, например, прямо называет свой подход философским. Патогенетический же психотерапевт при тесном сотрудничестве с пациентом проводит вначале анализ проблематики пациента, вскрывает генез заболевания, интрапсихические конфликты, приводящие к возникновению эмоциональных нарушений, прослеживает, как внутренние конфликты приводят к межличностным проблемам, выясняет, какие условия личности (особенности системы отношений) способствуют возникновению конфликтов (внутренних и внешних) и их рациональному разрешению, а уже затем (или одновременно с этим) занимается вопросами реконструкции личности, перевоспитания пациента. Патогенетическая психотерапия В.Н. Мясищева является по сути своей не только рациональной, но и

психодинамической — в этом её существенное отличие от когнитивной психотерапии. В связи с этим патогенетическая психотерапия может в значительной степени обогатить арсенал психологических средств, предназначенных для выявления дезадаптивных позиций личности и реконструкции системы отношений больных неврозами, обратившись к методам, применяемым в когнитивно-поведенческих подходах.

Надо заметить, что, проводя психоаналитический анализ, психотерапевт при работе с пациентом, прибегая в ходе бесед с ним к многочисленным и разнообразным приемам рациональной психотерапии, как-то: убеждению, разубеждению, доказательству несостоятельности или ущербности позиций пациента, необоснованности его претензий, ограниченности или ригидности его установок и многим другим — стихийно применяет и те из них, которые описаны в когнитивной терапии как техника "что если", "декатастрофизация", "сократовский диалог", "когнитивный диспут" и др.

С другой стороны, используемая, например, в патогенетической психотерапии техника "конфронтации", разработанная А.Я. Страумитом, учеником В.Н. Мясищева, содержит и элементы сократовского диалога и когнитивного диспута. Трудно назвать хотя бы один прием когнитивной психотерапии, который не мог бы найти себе применение в патогенетической психотерапии при решении её тактических задач.

Гештальттерапия — одна из основных ветвей гуманистической психологии — получает все более широкое признание благодаря не только своему мощному терапевтическому и воспитательному потенциалу, но и способности интегрироваться с другими психотерапевтическими подходами. Феноменологический подход гештальттерапии, подчеркивающий важность осознания пациентом настоящего посредством переживания текущих мыслей, чувств и телесных ощущений, противопоставлялся Ф. Перлзом каузальному подходу, при котором усилия психотерапевта (и пациента) направляются на поиски причин болезненного расстройства. Однако ортодоксальная модель гештальттерапии с её нарочито пренебрежительным отношением к при-

чинности и интерпретациям постепенно сменяется более гибкой моделью, допускающей интерпретирование.

Становится очевидным, что сильная сторона гештальттерапии заключается не в противопоставлении её функционального (феноменологического) подхода каузальному (патогенетическому), не в противопоставлении непосредственного переживания (опыта) анализу, а в её возможностях к интеграции двух подходов, к синтезу анализа и опыта. Принцип каузальной терапии "тогда" дополняется главным принципом гештальттерапии "сейчас".

Интеграция этих принципов позволяет наиболее эффективно работать над проблемами пациента, восстанавливать связи актуального поведения, трудностей в социальном функционировании с прошлым жизненным опытом.

Среди различных методов гештальттерапии важная роль отводится игре "диалог между фрагментами собственной личности". Эта процедура имеет особое значение, поскольку в ней заключены большие потенциальные возможности для разрешения интрапсихического конфликта. В процессе обсуждения с пациентом его проблем, трудных жизненных ситуаций, коллизий, при анализе эмоционально значимых для него отношений (отношения к себе, к значимым другим), пациента просят проиграть диалог между содержательными элементами его внутриличностного конфликта. Диалоги проигрываются и с воображаемыми значимыми другими (родителями, супругами, детьми, начальниками и т.д.). В процессе диалога пациент проецирует на значимого для него "собеседника" собственную проблематику, связанную с интрапсихическим конфликтом. Пациент осознаёт, что источником трудных отношений с другими людьми является он сам, те противоречия, которые лежат в нем самом, а не какое-то внешние, "объективные" причины.

В последнее время нами рассматривается вопрос о возможности интеграции некоторых идей динамической психиатрии Гюнтера Аммона. Таким образом, личностно ориентированная (реконструктивная) психотерапия обогащается новыми техническими приемами, заимствованными из других психотерапевтических направлений, в целях повышения своей эффективности.

**ПСИХОБИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ
НОЗОГЕНЕЗА ПОГРАНИЧНЫХ
ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

И.В. Реверчук

Республиканская клиническая психиатрическая больница, Ижевск

Целью психолого-психотерапевтического анализа в психотерапии пограничных психических расстройств (ППР) является выявление проблем, конфликтов, комплексов клиента-пациента, формирующих контекст психотерапии. С позиции психотерапии личность может рассматриваться как системное образование на множественных структурных уровнях, теснейшим образом взаимосвязанных (Р.Д. Тукаев, 1997-2005). При их рассмотрении возможно вычленение нескольких интегративных подходов. Первый подход позволяет выделять: 1) биосоциально-психологический уровень, учитывающий влияние на поведение биосоциальных, популяционных, архетипических механизмов регуляции поведения и проявляющийся на всех других уровнях; 2) культуральный, социально-психологический уровень; 3) коммуникативный, межличностный уровень; 4) интрапсихический уровень. Второй, структурно-динамический, традиционный подход построен на дихотомии сознания и бессознательного. Третий программно-исторический подход позволяет рассматривать личностную историю как реализацию двухуровневых жизненных программ: биологической программы жизни и биографической семейно-культуральной программы жизни. При внимательном изучении достижений психологии и психотерапии исследования структуры и динамики личности человека в норме и патологии интересен момент: биологическая детерминированность деструктивного поведения при возникновении ППР до сих пор остается "белым пятном" научного познания, несмотря на аксиому единства "тела-души-духа". Гуманистически ориентированная психология просто обходит этот вопрос, когнитивно-бихевиоральная — механически использует рефлекторный принцип научения в практике, лишь психодинамическое направление обращается к либидонозным и мортидонозным "кор-

ням" Ид невротических расстройств, формирующих силу вектора аутоагрессии-гетероагрессии. Попытаемся разобраться в вопросе, заложены ли эволюционно в человеке механизмы изменения поведения, как конструктивные, так и деструктивные, при значимо изменяющихся факторах внешней или внутренней среды? И здесь на помощь приходят исследования структурной антропологии и этологии — наук, изучающих человеческое в поведении животных.

Ответ неоднозначен: происходит изменение (по мере давления микро- и макросреды) *стереотипа, ритуала, традиции и архетипа* поведения и отношений животных. Под популяционным гомеостазом обычно понимается устойчивость демографической и генетической структуры популяции на довольно больших временных интервалах. Одним из критериев популяционного гомеостаза является численность-плотность популяции. Концепция популяционного гомеостаза в экологии связана с представлением о "стремлении" каждого вида к неограниченному размножению, сдерживаемому у человека личностными и социальными установками. При этом насыщение численности и расход ресурсов наступают быстро, необходимы соответствующие регуляторы, способные сдерживать рост численности. Детальные исследования процессов взаимодействия популяции со средой выявили два типа популяций, имеющих разные стратегии приспособления к изменчивым внешним условиям. Р. Мак-Артур и Э. Вильсон в 1967 г. предложили представление о г-К-отборе, соответствующем двум типам популяционных стратегий. Популяции, для которых характерна г-стратегия ("оппортунистические" популяции) "стремятся" к максимальной продуктивности в максимально короткие сроки, что наблюдается в изменчивой, нестабильной или неопределенной среде. При такой стратегии плотность популяции находится в прямой пропорциональной зависимости от ее численности, а основным регулирующим механизмом для популяции является среда. Данный тип фактически не наблюдается в человеческой организации, проявляется лишь в период природных катаклизмов усилением миграции и ростом расстройств адаптации мигрантов. Популяции, для которых характерна К-стратегия (равновесные по-

пуляции), чаще находятся в состоянии равновесия со своими ресурсами. Их плотность близка к предельной плотности насыщения для данного вида (параметр K). Они, как правило, обитают в устойчивой или предсказуемо изменяющейся среде. Поэтому основными механизмами популяционной регуляции выступают здесь *внутрипопуляционные* механизмы. Среди них главную роль играют *поведенческие* механизмы, которые направлены — и по времени и по форме — на поддержание стабильной плотности и численности.

По данным Меерсон (1981), изменение поведения вызывает серию сцепленных реакций на психофизиологическом, физиологическом, биохимическом и цитогенетическом уровнях — "системный структурный след", который может прямо фиксироваться в геномном пуле популяции. Многочисленные исследования показывают, что поведенческая регуляция численности и плотности популяции присутствует практически у всех видов животных и не зависит от типа стратегии. Выделяют три поведенческих механизма регуляции популяционного гомеостаза: 1) изменение индивидуального поведения животных при кратковременных или долгосрочных изменениях среды; 2) обратимая трансформация структуры сообщества (дема, калана, стаи) — изменение структуры взаимодействий индивидов в рамках отдельного сообщества, в результате меняется форма сообщества. Переход от одной формы к другой затрагивает либо все виды взаимодействий индивидов, либо только основные; 3) изменение поведенческой организации всей популяции. Все три поведенческих механизма регуляции взаимодействуют, но центральным звеном остается механизм трансформации *социальной структуры* сообщества (Шилов, 1977). Зафиксируем главнейшее свойство социального поведения при двойственности его функции: при видимой пластичности социальное поведение весьма консервативно. Все варианты структуры отношений заранее детерминированы, и переходы от одной структуры к другой осуществляются по *определенным* правилам и соответственно конкретным условиям. Неравенство индивидов в сообществе по предоставленным благам и по возможностям реализации своего репродуктивного потенциала — явление всеобщее и в своей

основе может не иметь никакого социального механизма: например, у человека 40 % ныне живущей популяции дают 60 % потомков, а 60 % — только 40 % потомков (Cavalli-Sforza, Bodmen, 1971).

При возникновении "конфликта" со средой изменяются *стереотипы* поведения. Понятие "стереотип" ("твердый отпечаток") является междисциплинарным и широко используется в науках о поведении (этологии и психологии) и социогуманитарных дисциплинах. Под стереотипом подразумевается не отдельный поведенческий акт (фиксированный моторный акт), а организованная совокупность таких актов. Накопленные научные данные постулируют: во всех "разрешенных" случаях эволюция поведения направлена в сторону его *стереотипизации*, а не вариативности (Ю.М. Плюснин, 1990). Следовательно, детерминанты стереотипного поведения могут быть разной природы: генетической, эпигенетической, социокультурной. Проблема соотношения между ними может быть переформулирована следующим образом: возможен ли переход стереотипов поведения из-под контроля одного управляющего механизма под контроль другого и обратно? На индивидуально-поведенческом уровне стереотип является атомарным признаком независимо от того, детерминирован он генетически или воспитан и закреплён обучением. Стереотипы как социальные знаки, как *ритуалы* — признаки структурные, даже если они полностью наследственно обусловлены. Поэтому любые стереотипы могут стать ритуалами и приобрести социальный смысл, но только в случае необходимости этого для сообщества. Подобный процесс несколько случаев: неважно, какой поведенческий акт используется в качестве кандидата на *ритуал*, лишь бы он удовлетворял конкретным требованиям, прежде всего мог бы выполнять ту социально необходимую функцию переструктуризации сообщества, необходимость в которой возникла в данный момент. Подчеркнем: изменение стереотипа поведения имеет адаптивный для индивида характер. Например, при отсутствии способности к выраженному психоэмоциональному напряжению, необходимой для идиоадаптации, возникают приемы психологической защиты, включая отвлечение, ритуальное поведение при обсессивно-

фобических расстройствах, уклоняющееся поведение, снижение уровня вигилитета.

Механизм происхождения *ритуалов* в человеческом обществе определяется по аналогии со схемой, предложенной Тинбергеном для животных: социальные институты и средства социальной регуляции, обеспечивающие соблюдение *традиций*, базируются на общественном мнении, которое, в свою очередь, основано на предрассудках, сложившихся благодаря стереотипности мышления. Это доказанный путь от индивидуального сознания и поведения к социальным стереотипам, архетипам, мифам (Кэмпбелл, 1979). Как указывает Э.С. Маркарян (1983), дальнейшая перспектива функционирования социального стереотипа однозначна: при наличии во всяком обществе мощных механизмов сохранения и воспроизведения (так называемой "социорегулятивной подсистемы") стереотип поведения с бывшим ранее адаптивным свойством уже в качестве ритуала многократно воспроизводится в течение длительного времени после того как изменилась среда, вызвавшая необходимость в нем. Свойство перестает быть адаптивным, но сохраняет ритуальное значение! Поэтому традиционное общество с развитой системой ритуального поведения не обязательно является обществом, хорошо приспособленным к среде своего обитания, особенно в длительной исторической перспективе. Можно отметить ряд особенностей ритуалов, которые характеризуют их как социально обусловленные, структурные признаки: в отличие от стереотипа операциональное поле ритуала очень широко, оно может быть нецеленаправленным; ритуал, как правило, условен, конвенционален и общепонятен; ритуал всегда имеет особую, социорегулятивную цель — создание поведенческого и психологического единства в сообществе (Шрейдер, 1979). Эта последняя отличительная особенность ритуала подводит нас к проблеме функционального значения социального поведения. Аналогичная адаптивная функция присуща и ритуальному поведению: "во многих случаях удобнее поступить "как принято", чем каждый раз решать задачу выбора наиболее целесообразного поведения" (Шрейдер, 1979). Свободное "поисковое" поведение в

повседневной жизни проявляется относительно редко и обычно требует значительного психоэмоционального напряжения.

Процесс стереотипизации поведения включает освоение среды, ее организацию и включение в "картину мира" данного сообщества и требует значительных усилий и напряжения. В то же время выработанный и интернализированный (усвоенный) стереотип приобретает новую функцию: он позволяет автоматически предпочитать *свое в своем*. При характерологической или социокультурной "неспособности" к психоэмоциональному напряжению, завышенной мотивации и(или) недостатке в энергии, информации или времени, необходимых для адаптации, формируется конфликт влечений, потребностей, желаний, создавая почву для интрапсихического конфликта. Сложность функционирования человека заключается в одновременном существовании в разноуровневых системах: семья, работа, улица, село, страна и т.д. Неконструктивные стереотипы включаются в патологические ритуалы, детерминируя развитие ППР: "треугольник" Карпмана, созависимые семьи, деструктивные копинг-стратегии. Наиболее сильную дезадаптацию испытывает человек при разрушении системы ритуального поведения, той системы, в которой он был воспитан (социализирован и инкультурирован). Включение в новую культурную среду обязательно приводит к принятию новой системы ритуального поведения. Эта проблема современного мира — проблема "перемешивающихся культур" — лучше всего отражает трудности выработки новых ритуалов на индивидуальном уровне и на уровне сообщества, формируя невротичность современного общества.

Основная функция ритуально- традиционного поведения — социорегулятивная, именно в ритуальной деятельности индивидов "следует видеть внутренний источник самодвижения и активности социальной системы" (Маркарян, 1983). Сообщество как средство обеспечения совместной деятельности индивидов в своем развитии формирует и выдвигает ряд новых специфических потребностей, которые не имеют индивидуально-витального значения (не являются жизненно значимыми для индивида), а представляют собой потребности поддержания самого сообщества в качестве *социальной системы*, интегрированно-

го целого. В социальной системе возникает социорегулятивная подсистема как средство реализации данных потребностей. Активность социорегулятивной подсистемы направлена вовнутрь — на регуляцию структуры взаимодействий индивидов и поддержание на этой основе *целостности* всей системы. Непосредственным механизмом социорегулятивной подсистемы является институционализация — установление правил, норм, упорядочение поведения и его регламентация, что достигается с помощью ритуалов. При недостатке ресурсов конструктивная институционализация приводит к появлению "яслей", одновозрастных альянсов (самцы), "гаремов", межполовых альянсов (при этом сексуальные отношения исчезают), деструктивная — детерминирует образование "банд", гомосексуальных отношений. Давление неблагоприятной среды приводит к "выдавливанию" на периферию ареала менее ценных для популяции индивидов — молодняка и пожилых от "ядра", которое составляют фертильные самцы и самки зрелого возраста. Если О.В. Кербиков считал "ППР своеобразным барометром социально-экономического состояния общества", то заболеваемость ППР детей, подростков и пожилых является "индикатором уровня самих невротических расстройств" (И.В. Реверчук, 2003).

Различение по функциям стереотипов и ритуалов позволяет определить их цели. Цель стереотипного поведения заключается в воспроизводстве индивидуально ценного поведения, в сохранении генетической преемственности. Конечная цель ритуального поведения — обеспечение социального единства. Индивидуальные витальные потребности выступают как различные формы сохранения: 1) самосохранения (потребности в пище и питье — ресурсах поддержания жизни); 2) воспроизводства себя в других. В сообществе эта потребность сохранения приобретает новые формы и выступает как потребность сохранения *себя в сообществе*, выражаясь в поиске и удержании своего места в сообществе, и как потребность сохранения своего сообщества. В сообществе отношение к среде как примитивная персонализация ближайшего окружения осуществляется через трансакции с родственниками по поводу ресурсов. Если в отношении пищи как ресурса вопросов не возникает, то с пространством действитель-

ность намного сложнее. Ресурсом может быть не всякое пространство, а только имеющее социальную ценность, и качество пространства как ресурса зависит от его ценности, а не от размера. Отсутствие внутреннего индивидуального "пространства свободы", отдельного жилья, рабочего пространства и перенаселенность городских конгломератов являются одними из биологических триггеров возникновения ППР.

Второй инвариант сохранения касается воспроизводства. Взаимодействия двух или нескольких индивидов, направленные на воспроизводство себя, очень многообразны и с трудом поддаются какой-либо классификации. Но отношения, возникающие в результате этих многообразных взаимодействий, универсальны и осуществляются в сообществе, выступая как инвариант социальной организации ("институт семьи"). Предыдущие инварианты обусловлены лишь социально-витальными потребностями: потребностью сохранения себя в сообществе посредством сохранения своего места в нем и соответствующей роли, и потребностью сохранения своего сообщества через поддержание дружеских отношений с ближайшими сородичами.

Поэтому бессмысленно искать "биологические корни" в общепринятых ритуалах человеческого общества: ритуалы не возникают в эволюции из чего-то простого, индивидуально-биологического — они существуют сразу, с момента существования сообщества. И они, безусловно, специфичны. Можно прогнозировать, что начавшийся сейчас в этнологии и этнографии бум феноменологической классификации этнических стереотипов, этикета и ритуалов обречен на неудачу: каждое общество, как бы мало оно ни было, порождает свои собственные ритуалы и этикет, обычно для непосвященного бессмысленные (Ю.М. Плюсин, 1990). По утверждению В.Н. Карповича (1989), социальную структуру нельзя объяснить с помощью "естественной" классификации индивидов, на каких бы принципах она ни строилась. Социальные признаки человека не могут быть выведены из его индивидуальных характеристик, "социальные признаки вообще и место в социальной структуре в частности суть реляционные свойства, которые возникают лишь в системе определенных общественных отношений".

Это утверждение имеет универсальный характер и распространяется на социальные системы животных. Индивидуальность индивида может измерить антрополог, но индивидуальность поведения любого существа вне социального контекста лишена смысла. Каждый из нас помещен в "четырёхмерную систему координат", поведение каждого социально обусловлено. Следовательно, любое поведение в сообществе оказывается относительным наряду с генетически детерминированным социальным контекстом, в котором действуют субъекты. Потребности и диспозиции индивида являются признаками настолько социально определенными, что, не зная местоположения и роли данного индивида в сообществе, невозможно классифицировать мотивы и цели его поведения. "Нормы" поведения устанавливаются в каждом сообществе и обусловлены конкретными формами социальных отношений. Поэтому как "нормативность" поведения, так и его "моральность" в конечном счете оказываются реляционными характеристиками, признаками сообщества (Д.Д. Фрезер, 1983).

Подавляющее большинство ученых-этологов сходится в одном — в отрицании эволюционных процессов в социальной жизни животных. "Архетипичность" социальной организации, базирующаяся на четырех универсальных типах отношений индивида с сородичами, в которые он вступает по необходимости и независимо от того, на какой ступени "зоологической лестницы" располагается тот или иной вид, должна свидетельствовать о том, что многообразие форм социальных систем представляет собой вариации на одном качественном уровне, но не качественные различия, связанные с уровнем социальной организации. Сами взаимодействия, с учетом различий между ними, имеют общее основание и общие инвариантные формы отношений и, говоря языком эволюционистов, перед нами всего лишь "социальная идиоадаптация", но не ароморфоз, не переход на новый уровень организации.

Таким образом, психотерапевтический процесс, сфокусированный только на социокультурных или внутриличностных механизмах возникновения и развития ППР, является однобоким. Комплексный биопсихосоциальный анализ этиопатогенеза ППР

в каждом конкретном случае позволяет изменить психобиологические поведенческие паттерны больного невротическими расстройствами, образуя платформу саногенетического процесса.

Литература

1. Иванов-Смоленский А.Г. Очерки нейродинамической психиатрии. М., 1974.
2. Леви-Стресс Ж.К. Культурная антропология. М., 1994.
3. Леви-Стресс Ж.К. Первобытное мышление. М., 1991.
4. Плюснин Ю.М. Проблема биосоциальной эволюции. Новосибирск, 1990.
5. Тернер В. Символ и ритуал. М., 1983.
6. Тукаев Р.Д. Психотерапия: структуры и механизмы. М., 2003.
7. Фрезер Д.Д. Золотая ветвь: исследование магии и религии. М., 1983.

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ СУИЦИДЕНТОВ С ПОМОЩЬЮ Я-СТРУКТУРНОГО ТЕСТА Г. АММОНА (ISTA)

Н.М. Абрамова

Республиканский психотерапевтический центр, Чебоксары

Я-структурный тест Аммона (Ich-Struktur Test nach Ammon, ISTA) — психоаналитическая тестовая методика (адаптирована в Психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева Ю.Я. Тупицыным, В.В. Бочаровым, 1998), позволяющая целостно оценить структуру личности в совокупности ее здоровых и патологически измененных аспектов. Опросник используется также в скрининговых эпидемиологических исследованиях как средство для оценки психологической динамики в процессе лечения.

Я-структурный тест Г. Аммона создавался на основе гуман-структурной теории и клинического опыта и используется для гуманструктурной диагностики. С помощью отдельных значений шкал гуманфункций агрессии, страха, внешнего и внутреннего отграничения Я, нарциссизма и сексуальности в конструктивном, деструктивном и дефицитном выражениях он выявляет качество и структуру гуманфункций в бессознательной области личности. ISTA представляет собой тест, вопросы которого ставят испытуемого в ситуацию, в которой манифестируется бессознательная структура Я в самооценке воображаемого поведения.

С помощью Я-структурного теста Аммона обследовано 82 человека, совершивших суицидную попытку путем отравления различными лекарственными препаратами, токсическими веществами, бытовыми жидкостями, доставленных по скорой помо-

щи в отделение острых отравлений Городской больницы скорой медицинской помощи г. Чебоксары. Из них 70 % составили женщины преимущественно молодого возраста — 50,5 % в возрасте от 15 до 20 лет.

Полученные средние "сырые" оценки по всем 18 шкалам опросника сравнивались с нормативными данными, приведенными в пособии НИИ им. В.М. Бехтерева "Я-структурный тест Аммона" (СПб., 1998). Сравнительные данные приведены в следующей таблице.

Сравнение средних по выборке с нормативными данными (тест ISTA)

Шкала	Выборка	Норма	Уровень значимости
	n=82	n=1000	
	$M_1 \pm m_1$	$M_2 \pm m_2$	p
Агрессия конструктивная	8,41±0,28	9,12±0,07	0,01
Агрессия деструктивная	6,45±0,35	6,35±0,09	>0,05
Агрессия дефицитарная	5,51±0,29	4,56±0,07	0,001
Страх конструктивный	7,61±0,26	7,78±0,07	>0,05
Страх деструктивный	3,80±0,31	2,42±0,06	0,001
Страх дефицитарный	5,12±0,29	4,53±0,07	0,05
Внешнее Я-отграничение конструктивное	7,59±0,23	7,78±0,07	>0,05
Внешнее Я-отграничение деструктивное	5,29±0,24	3,40±0,05	0,001
Внешнее Я-отграничение дефицитарное	5,82±0,28	7,90±0,07	0,001
Внутреннее Я-отграничение конструктивное	8,77±0,28	9,14±0,07	>0,05
Внутреннее Я-отграничение деструктивное	5,12±0,26	3,97±0,05	0,001
Внутреннее Я-отграничение дефицитарное	6,21±0,30	6,78±0,08	0,05
Нарциссизм конструктивный	7,68±0,28	8,91±0,07	0,001
Нарциссизм деструктивный	4,91±0,26	4,17±0,06	0,001
Нарциссизм дефицитарный	4,77±0,35	2,56±0,06	0,001
Сексуальность конструктивная	7,35±0,39	9,26±0,09	0,001
Сексуальность деструктивная	4,11±0,27	5,00±0,08	0,01
Сексуальность дефицитарная	3,66±0,28	2,79±0,07	0,001

Полученные данные говорят о том, что в структуре личности суицидентов преобладают деструктивно-дефицитарные выражения гуманфункций, что, по мнению создателя и разработчиков теста, свидетельствует о "разрыве контакта", т.е. о разрыве отношений с самим собой, с другими людьми, с окружающим миром.

Суициденты обнаруживают достоверно более низкий уровень конструктивной агрессии. Недостаточное развитие конструктивной агрессии понимается в гуманструктурологии Г. Аммона в рамках раннего симбиоза мать-дитя: когда мать, отец, первичная группа враждебно или равнодушно противопоставят раскрытию личности ребенка и его постижению мира посредством игр, тогда существенные аспекты Я-структуры ребенка остаются неструктурированными. Такая структура отражает родительскую деструктивную агрессию против осуществления детской личности, она представляет интернализированный запрет родителей на идентичность. Родители нуждаются в ребенке для компенсации дефектов своих Я-структур на почве собственных архаических страхов одиночества.

В то же время у суицидентов наблюдается достоверно более высокий уровень дефицитарной агрессии. По определению Г. Аммона, "дефицитарная агрессия — это направленная вовнутрь деструктивная агрессия, которая ведет к крайнему ограничению Я и идентичности". Дефицитарная агрессия определяется через дефицит контакта, потребностей, целей, интересов. Это проявляется в пассивном отдалении от вещей и людей, в чувстве внутренней пустоты, часто скуке и неспособности выражать чувства и потребности в отношении других людей. Реального диалога (общения) не происходит и он заменяется мечтами и фантазиями. Человек с дефицитарной агрессией уединяется от других, страдает от чувства вины, при конфликтах отказывается от своих интересов, в ситуациях соперничества уступает и быстро сдается. Дефицит отношений с окружающим миром ведет к чувству безучастности и внутренней пустоты, что является типичным для депрессии.

Гуманфункция страха у суицидентов характеризуется более высокими по сравнению с нормой деструктивным и дефицитар-

ным выражением. Деструктивный страх проявляется прежде всего неадекватной переоценкой реальных угроз, трудностей, проблем; чрезмерной выраженностью телесных вегетативных компонентов эмоциональных реакций; плохо организованной активностью в ситуации опасности, вплоть до панических проявлений; боязнью установления новых контактов и близких, доверительных человеческих отношений; страхом перед авторитетами, неспособностью обращаться за помощью и поддержкой в трудных жизненных ситуациях.

Дефицитарный страх понимается в гуманструктурологии как бегство от страха, что означает избегание конфронтации с самим собой, с собственной идентичностью. Человек с дефицитарным страхом вообще не способен чувствовать и допускать страх: вместо этого ощущается усталость, скука или чувство внутренней пустоты. Опасные ситуации оцениваются неадекватно, реально существующие опасности недооцениваются или вообще не воспринимаются. Особенно не переживается здоровый страх в контакте с человеком и в необычных ситуациях. Бессознательная потребность избежать этого "эмоционального небытия" ведет к тому, что человек ищет экстремальные ситуации, например опасную спортивную деятельность, криминальное поведение или рискованные автопоездки. Принижается значение таких эмоционально насыщенных ситуаций, как разлука или конфронтация со смертью. Отщепленный страх смерти повышает опасность самоубийства. В соответствии с этим недостаток чувства страха может препятствовать адекватным ситуации стратегиям преодоления.

Границы Я суицидентов характеризуются достоверно более высоким деструктивным выражением внешнего и внутреннего отграничения.

Деструктивное внешнее отграничение характеризуется нарушением регуляции отношений с окружающей группой, с другими людьми и внешними событиями. Внешнее отграничение образует своего рода непроницаемый барьер для контакта. Внешнее деструктивное отграничение проявляется в отсутствии интереса к другим людям, событиям и окружающему миру. При этом заинтересованное участие других людей к собственной

персоне воспринимается как неприятное и по возможности избегается, человек "не подпускает к себе близко". Отсюда чувство внутренней пустоты и недостаток контакта и сопричастности.

Деструктивное внутреннее отграничение характеризуется плотно закрытыми Я-границами. Человеку не хватает доступа к собственному бессознательному. Такой человек отличается недостатком способности к сновидениям, бедностью фантазий и чувств. Из этого возникает тенденция к расщеплению чувств или отреагированию их с деструктивной агрессией в виде психосоматики, несчастных случаев, самоповреждений.

У суицидентов отмечается снижение уровня конструктивного нарциссизма. Я-функция нарциссизма определяет отношение человека к самому себе. Она является решающей для самооценки человека, для формирования его Я-концепции. г. Аммон по-другому, чем в традиционно-психоаналитическом понимании, формулирует нарциссизм как первичную конструктивную элементарную базовую потребность человека и как результат интернализации специфического опыта интерперсональных отношений. Лишь благодаря соответствующему негативному опыту в семейной группе и в последующих значимых группах нарциссизм принимает болезненное, т.е. деструктивное или дефицитарное качество. Конструктивный нарциссизм способствует позитивному образу самого себя, формированию чувства собственной важности и значения как базовой потребности каждого человека и неперменной составной части идентичности.

У суицидентов отмечаются более высокие значения деструктивного и дефицитарного выражений этой функции.

Деструктивный нарциссизм проявляется в нарушенном и искаженном отношении человека к самому себе, к другим и к окружающему миру. Такие люди не могут оценивать себя адекватно, переоценивают или недооценивают свои возможности. Они чувствуют себя непонятыми в своих чувствах и интересах, колеблются между фантазиями величия и малоценностью. Деструктивный нарциссизм выражается в неспособности переносить критику и показывать слабость перед собой и другими.

Дефицитарный нарциссизм психогенетически рассматривается как дальнейшее патологическое развитие деструктивно-

нарциссической динамики: эти люди в период становления своей личности имели только рудиментарные возможности развития здоровой самооценки, в результате у них нет никакого отношения к себе, они не в состоянии серьезно воспринимать свои мысли, чувства и поведение и выступать против других людей. Эти люди не могут выражать критику или противоположное мнение. Вместо этого они пытаются отвечать потребностям других людей из неспособности чувствовать свои собственные потребности и выдвигать их.

У суицидентов выявляется достоверно более низкий уровень конструктивной сексуальности. Конструктивная сексуальность связывается с конструктивным ранним детским симбиозом. Сексуальные нарушения возникают на основе враждебного, деструктивного симбиоза или равнодушно-недостаточного, т.е. дефицитарного, опыта первичной группы. Для формирования конструктивной сексуальности решающее значение имеет помощь и поддержка окружающей группы. Конструктивная сексуальность зависит от опыта отношений раннего детства, от того, помогает ли мать и окружающая группа ребенку гибко отграничить себя, допустить конструктивную агрессию, понять детские страхи и, наконец, проявить активный интерес к своей телесности и сексуальности.

У суицидентов отмечается достоверно более высокий уровень дефицитарного выражения сексуальной Я-функции. Дефицитарная сексуальность понимается как заблокированное развитие сексуальности на основе интернализированного сексуального запрета и общего запрета на удовольствия. Здесь речь идет о детях, которых никогда или редко ласкали, которые вообще получили мало телесно-тактильного опыта. Часто дефицитарная сексуальность проявляется импотенцией мужчины или фригидностью женщины, из чего следует отказ от сексуальности, иногда имеется также отвращение, страх прикосновения и заражение. Дефицитарная сексуальность часто встречается у личностей, боящихся контактов и не способных на отношения, — тормозимых, дефензивных личностей — у которых нет радости ни от собственного тела, ни от общения с другими людьми. Часто у них низкая самооценка, и они втайне ждут "сказочного

принца" или "женщину своей мечты", из чего следует обесценивание всех реальных возможных партнеров.

Согласно спектральной теории Г. Аммона отдельные Я-функции переплетаются в психической структуре человека: отдельные Я-функции не существуют изолированно, а определяют в своей целостности размер психического здоровья человека. От качества раннего детского симбиоза зависит размер конструктивности, деструктивности или дефицита существа человека. Каждый человек имеет здоровые аспекты, которые при терапевтической работе создают основу терапевтического союза и дают возможность постепенного отграничения от собственной патологии. Здесь, конечно, нужно учитывать вторичные Я-функции с их способностями и навыками и первичные, органические структуры. Проведенное исследование дает обильный материал для разработки психотерапевтических и психокоррекционных программ реабилитации суицидентов.

Корреляционный анализ системы гуманфункций выявил следующие статистически достоверные положительные и отрицательные взаимосвязи отдельных функций в их конструктивных, деструктивных и дефицитарных выражениях.

Конструктивная агрессия отрицательно коррелирует с дефицитарной агрессией ($p < 0,01$), положительно — с конструктивным страхом ($p < 0,01$), с конструктивным внешним Я-отграничением ($p < 0,01$), с конструктивным внутренним Я-отграничением ($p < 0,01$), с конструктивным нарциссизмом ($p < 0,01$), с конструктивной сексуальностью ($p < 0,01$), отрицательно — с дефицитарным нарциссизмом ($p < 0,01$).

Деструктивная агрессия положительно коррелирует с дефицитарной агрессией, с деструктивным и дефицитарным страхом, с деструктивным и дефицитарным внешним отграничением, с деструктивным и дефицитарным внутренним отграничением, с деструктивным и дефицитарным нарциссизмом, с деструктивной и дефицитарной сексуальностью ($p < 0,01$). Достоверных отрицательных корреляций не выявлено.

Дефицитарная агрессия отрицательно коррелирует с конструктивной агрессией, с конструктивным внешним и внутренним отграничением и конструктивной сексуальностью и положи-

тельно — с деструктивной агрессией и дефицитарным страхом, с деструктивным и дефицитарным внешним и внутренним отграничением, с деструктивным и дефицитарным нарциссизмом, с дефицитарной сексуальностью ($p < 0,01$).

Конструктивный страх положительно коррелирует с конструктивной агрессией, с конструктивным внешним и внутренним отграничением, с конструктивным нарциссизмом, с конструктивной сексуальностью ($p < 0,01$). Выявлена также положительная корреляция с дефицитарным внутренним Я-отграничением ($p < 0,05$). Достоверных отрицательных корреляций не выявлено.

Деструктивный страх положительно коррелирует с деструктивной и дефицитарной агрессией, с дефицитарным страхом, с деструктивным и дефицитарным внешним и внутренним отграничением, с деструктивным и дефицитарным нарциссизмом, с дефицитарной сексуальностью ($p < 0,01$) и отрицательно — с конструктивным внешним отграничением, с конструктивным нарциссизмом, с конструктивной сексуальностью ($p < 0,01$).

Дефицитарный страх положительно коррелирует с деструктивной и дефицитарной агрессией, с деструктивным страхом, с деструктивным и дефицитарным внешним и внутренним отграничением, с деструктивным и дефицитарным нарциссизмом, с деструктивной и дефицитарной сексуальностью ($p < 0,01$). Достоверных отрицательных корреляций не выявлено.

Конструктивное внешнее Я-отграничение положительно коррелирует с конструктивной агрессией, с конструктивным страхом, с конструктивным внутренним Я-отграничением, с конструктивным нарциссизмом, с конструктивной сексуальностью ($p < 0,01$) и негативно — с дефицитарной агрессией, с деструктивным страхом, с деструктивным и дефицитарным нарциссизмом ($p < 0,05$).

Деструктивное внешнее Я-отграничение положительно коррелирует с деструктивной и дефицитарной агрессией, с деструктивным и дефицитарным страхом, с дефицитарным внешним отграничением, с деструктивным и дефицитарным внутренним Я-отграничением, с деструктивным и дефицитарным нарциссизмом, с дефицитарной сексуальностью ($p < 0,01$) и отрицательно — с дефицитарной сексуальностью ($p < 0,01$).

Дефицитарное внешнее Я-отграничение положительно коррелирует с деструктивной и дефицитарной агрессией, с деструктивным и дефицитарным страхом, с деструктивным внешним Я-отграничением, с деструктивным и дефицитарным внутренним Я-отграничением, с деструктивным и дефицитарным нарциссизмом, с деструктивной и дефицитарной сексуальностью ($p < 0,01$). Достоверных отрицательных корреляций не обнаружено.

Конструктивное внутреннее Я-отграничение положительно коррелирует с конструктивной агрессией, с конструктивным страхом, с конструктивным внешним отграничением, с конструктивным нарциссизмом, с конструктивной сексуальностью ($p < 0,01$) и отрицательно — с дефицитарной агрессией, с деструктивным нарциссизмом ($p < 0,01$), с дефицитарным нарциссизмом ($p < 0,05$).

Деструктивное внутреннее Я-отграничение положительно коррелирует с дефицитарной агрессией, с деструктивным и дефицитарным страхом, с деструктивным и дефицитарным внешним отграничением, с дефицитарным внутренним отграничением, с деструктивным и дефицитарным нарциссизмом и с деструктивной и дефицитарной сексуальностью ($p < 0,01$), с деструктивной агрессией ($p < 0,05$). Достоверных отрицательных корреляций не обнаружено.

Дефицитарное внутреннее Я-отграничение положительно коррелирует с деструктивной и дефицитарной агрессией, с деструктивным и дефицитарным страхом, с деструктивным и дефицитарным внешним отграничением, с деструктивным внутренним отграничением, с деструктивным и дефицитарным нарциссизмом и с деструктивной и дефицитарной сексуальностью ($p < 0,01$). Выявлена также положительная корреляция с конструктивным страхом ($p < 0,05$). Достоверных отрицательных корреляций не обнаружено.

Конструктивный нарциссизм положительно коррелирует с конструктивной агрессией, с конструктивным страхом, с конструктивным внешним и внутренним Я-отграничением, с конструктивной сексуальностью ($p < 0,01$) и отрицательно — с деструктивным страхом и деструктивным нарциссизмом ($p < 0,05$).

Деструктивный нарциссизм положительно коррелирует с деструктивной и дефицитарной агрессией, с деструктивным и дефицитарным страхом, с деструктивным и дефицитарным внешним и внутренним Я-отграничением, с дефицитарным нарциссизмом и дефицитарной сексуальностью ($p < 0,01$) и отрицательно — с конструктивным внешним отграничением, с конструктивным нарциссизмом ($p < 0,05$), с конструктивным внутренним отграничением и с конструктивной сексуальностью ($p < 0,01$).

Дефицитарный нарциссизм положительно коррелирует с деструктивной и дефицитарной агрессией, с деструктивным и дефицитарным страхом, с деструктивным и дефицитарным внешним и внутренним отграничением, с деструктивным нарциссизмом и дефицитарной сексуальностью ($p < 0,01$). Отрицательные связи выявлены между дефицитарным нарциссизмом и конструктивной агрессией, конструктивной сексуальностью ($p < 0,01$), конструктивным внешним и внутренним отграничением ($p < 0,05$).

Конструктивная сексуальность положительно коррелирует с конструктивной агрессией, с конструктивным страхом, с конструктивным внешним и внутренним отграничением, с конструктивным нарциссизмом и отрицательно — с дефицитарной агрессией, с деструктивным внешним отграничением, с деструктивным и дефицитарным нарциссизмом, с дефицитарной сексуальностью ($p < 0,01$) и с деструктивным страхом ($p < 0,05$). Выявлена также положительная корреляция с деструктивной сексуальностью ($p < 0,01$).

Деструктивная сексуальность положительно коррелирует с деструктивной агрессией, с дефицитарным страхом, с дефицитарным внешним отграничением, с деструктивным и дефицитарным внутренним отграничением, с конструктивной сексуальностью ($p < 0,01$). Достоверных отрицательных корреляций не выявлено.

Дефицитарная сексуальность положительно коррелирует с деструктивной и дефицитарной агрессией, с деструктивным и дефицитарным страхом, с деструктивным и дефицитарным внешним и внутренним отграничением, с деструктивным и де-

фицитарным нарциссизмом ($p < 0,01$) и отрицательно — с конструктивной сексуальностью ($p < 0,01$).

Корреляционный анализ выявил структурные нарушения в группе суицидентов: конструктивный страх положительно коррелирует с дефицитарным внутренним Я-отграничением; конструктивная сексуальность — с сексуальностью деструктивной.

При сравнении средних значений, полученных в результате исследования различных этнических групп суицидентов (моноэтнических, биэтнических и дизэтнических чувашей и русских), не было обнаружено статистически значимых различий.

Таким образом, исследование структуры личности суицидентов с помощью ISTA показало, что в структуре личности суицидентов преобладают деструктивно-дефицитарные выражения гуманфункций, что свидетельствует о "разрыве контакта", т.е. о нарушении отношения к самому себе, к другим людям, к окружающему миру. Суициденты обнаруживают более низкий уровень конструктивной агрессии в сочетании с более высоким уровнем дефицитарной агрессии. Дефицит отношений с окружающим миром ведет к чувству безучастности и внутренней пустоты, что является типичным для депрессии. Гуманфункция страха характеризуется более высоким деструктивным и дефицитарным выражением. Границы Я характеризуются более высоким деструктивным выражением внешнего и внутреннего отграничения. Отмечается снижение уровня конструктивного нарциссизма при более высоких значениях деструктивного и дефицитарного выражений этой функции. Более низкий уровень конструктивной сексуальности сочетается с более высоким уровнем дефицитарного выражения сексуальной Я-функции.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОЙ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ГРАЖДАНСКИХ ЛИЦ, ПОЛУЧИВШИХ БОЕВУЮ ТРАВМУ

Д.М. Мухамадиев, Р.Х. Муминова

*Таджикский государственный медицинский университет
им. Абу Али ибн Сины*

Стремительность глобальных социальных процессов, характерных для последних десятилетий, оказывает существенное влияние на организм человека и диктует необходимость разработки принципиально новых подходов к определению качества жизни как комплексного показателя оценки состояния здоровья человека.

Несмотря на то, что понятие "качество жизни" возникло в середине 60-х годов XX века, его широкое применение как многофакторного показателя, определяющего здоровье человека, стало возможным после разработки Всемирной организацией здравоохранения методологических критериев его определения: "восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, в соответствии с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами" (ВОЗ, 1975). Сформировавшийся в конце 90-х годов пристальный интерес исследователей к качеству жизни привел к появлению достаточного числа работ, в которых рассматриваются различные аспекты этой важной и многогранной медико-социальной проблемы (Г.В. Бурковский, 1998; Л.И. Вассерман, 2001; Н.Г. Незнанов, Н.И. Петрова, 2001; А.А. Новик, Т.И. Ионова, 2004). Проблема определения качества жизни тесно соприкасается с проблемой реабилитации больного, что связано в первую очередь с тем, что проблема субъективного, психологического восприятия жизни у лиц, страдающих различными физическими недугами, приобретает особое, в большинстве случаев решающее значение при разработке критериев их медицинской и социально-психологической реабилитации (Л.И. Вассерман, 2001; А.В. Шмуклер, 1998).

Мировой опыт и повседневная практика показывают, что с учетом многообразия симптоматики и клинических проявлений различных заболеваний определение критериев качества жизни лишь на основе клинических наблюдений представляется крайне недостаточным. Попытки определения качества жизни лишь на основе результатов клинического наблюдения и опросов больных и инвалидов приводят к утере индивидуального подхода к больному, в частности его психологическому состоянию в различные периоды болезни и последующей реабилитации.

Среди современных подходов в проведении исследований качества жизни, основанных на принципах доказательной медицины, особого внимания заслуживают комплексные клинические и социально-психологические исследования, позволяющие более целенаправленно решать проблему повышения отдельных показателей здоровья человека у различных категорий больных, страдающих психическими, соматическими заболеваниями, а также травмами и увечьями различного характера.

Проблема клинической и экспериментально-психологической оценки качества жизни и восстановления социального функционирования гражданских лиц, получивших боевую травму, представляет большую актуальность и практическую направленность для Республики Таджикистан, где в период гражданской войны и до настоящего времени отмечается значительное число случаев травматизации населения в результате подрыва на противопехотных минах. Наблюдаемые аффективные и эмоционально-личностные расстройства при тяжелых физических увечьях в значительной мере обусловлены социальной стигматизацией, ведущей к ограничениям в отношении образования, профессии, социальных контактов.

Большинство клинико-психологических и психиатрических исследований, посвященных различным аспектам изучения реагирования лиц, получивших боевую травму, проводившихся в странах СНГ, посвящено преимущественно исследованию контингентов военнослужащих, либо лиц опасных профессий, получивших травмы при исполнении служебных обязанностей, в то время как проблема психического реагирования гражданско-

го населения на боевую травму все еще недостаточно разработана.

Вместе с тем возрастающее с каждым годом число террористических актов и преступлений, совершаемых с применением взрывчатых веществ, диктует необходимость расширения исследований психиатрических аспектов качества жизни у гражданского населения.

В настоящей статье представлены некоторые результаты внедрения комплексных методик определения качества жизни гражданских лиц, получивших инвалидность в результате боевой травмы, в клиническую практику с применением клинических и экспериментально-психологических методик.

Методом структурированного интервью было обследовано 50 пациентов, получивших травматическую ампутацию нижних конечностей в результате минно-взрывной травмы в период 2003-2005 гг. и проходивших курс лечения и реабилитации в Ортопедическом центре и НИИ экспертизы и восстановления трудоспособности инвалидов Министерства труда и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Исследование проводилось на различных этапах оказания лечебной, ортопедической и реабилитационной помощи.

Инструментом исследования явился опросник NAIF (P. Y. Hugenholtz, R. A. M. Erdman, 1995) и адаптированный авторами с учетом этнолингвистических и этнокультуральных особенностей таджикского населения (Д. М. Мухамадиев, Р. Х. Муминова, 2005).

Пилотное тестирование позволило предварительно оценить психометрические свойства опросников: надежность по воспроизводимости методом тест-ретест и внутреннее постоянство с помощью вычисления α -коэффициента Кронбаха; определить степень, достоверность проводимых измерений (валидность). Валидность определялась корреляцией с данными клиникопсихопатологического обследования, опросником SF-36, шкалой депрессии Бека.

Основным методом получения информации стало индивидуальное заполнение опросников NAIF для оценки качества жизни под контролем квалифицированного специалиста. В ис-

следование не были включены анкеты с противоречивыми ответами. Анализ пропущенных данных был осуществлен простым заполнением средними значениями по шкале. Надо отметить, что бланков с пропущенными вопросами было мало, а анкет с пропущенной шкалой практически не встречалось.

Результаты исследования. В ходе исследования выявлено, что у инвалидов с ампутацией нижних конечностей снижены все показатели качества жизни (таблица). Однако наиболее заметно снижены показатели шкалы экономического положения (14,29 %), зависящего от размеров пособий и пенсий по инвалидности, которые гораздо ниже прожиточного минимума, избыточностью трудоустройства по прежней профессии и невозможностью переквалификации.

Результаты исследования качества жизни инвалидов трудоспособного возраста с ампутационными культями конечностей (в %)

Шкалы	Норма	Инвалиды*	Инвалиды**
Физическая подвижность	90	36,31	51,74
Эмоциональное состояние	96	34,82	50,58
Сексуальная функция	100	42,85	69,31
Социальные функции	90	47,02	57,98
Познавательная функция	100	69,28	70,58
Экономическое положение	100	14,29	27,80
Интегральный показатель	93	45,23	57,50

* до реабилитации, ** после реабилитации.

Низкие показатели по шкале физической подвижности (36,31 %) отражают высокую степень ограничения физической активности инвалида (работа, выполнение повседневных обязанностей и нагрузок) из-за отсутствия конечности.

Низкие показатели по вопросам эмоционального благополучия (психического здоровья), равные 34,82 %, характеризуют наличие депрессии, тревоги и психического неблагополучия, что подтверждено оценкой по шкале депрессии Бека.

Низкие баллы по шкале социального функционирования (47,02 %) свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением как физического, так и эмоционального состояния.

По шкалам познавательной и сексуальной функций также отмечается значительное снижение показателей, что свидетельствует о наличии депрессивного фона у инвалидов.

Обобщение и комплексная оценка качества жизни осуществлялась с помощью интегрального показателя качества жизни инвалидов (ИПКЖ), который до получения протезов и медико-социальной реабилитации достаточно низок и равен 45,23 %.

После проведенной медико-социальной и психологической реабилитации ИПКЖ стал выше и составляет 57,50 % преимущественно за счет увеличения показателей физической подвижности, эмоционального состояния и сексуальной функции.

Полученные результаты исследования инвалидов после комплексной реабилитации позволили выделить следующие группы:

Первая группа — "высокого риска" (32 %), представлена 16 инвалидами. Несмотря на улучшение соматического состояния больных и инвалидов после проведенного лечения и реабилитации, повышения толерантности к физической нагрузке, исчезновения или уменьшения симптомов заболевания, эти лица не вернулись к трудовой деятельности после установления группы инвалидности и не были заняты общественно полезным трудом. В большинстве случаев это было связано с нарушением психического состояния, отсутствием мотивации к труду и наличием социальных проблем. ИПКЖ инвалидов первой группы равен 50,46 %. Независимо от образования для данной группы был характерен депрессивный синдром различной выраженности (наиболее тяжелая депрессия у инвалидов с двусторонней ампутацией ног) и тревожные расстройства.

Вторая группа — "благополучная" (54 %), представлена 27 инвалидами, работающими как по своей (учителя, бухгалтера и инженер-механик), так и по другой специальности (разнорабочими, охранниками, дехканами, обувщиком, предпринимателями, продавцом, работником системы культуры). Их ИПКЖ ра-

вен 58,89 %, что отражает более высокую степень их адаптации и социального функционирования по сравнению с первой группой. Экономическое положение является самым низким в их ИПКЖ.

Третья группа — "учащиеся" (14 %) представлена 7 инвалидами — учащимися различных учебных заведений. Их ИПКЖ наиболее высок и равен 68,17 %.

Как видно из представленного анализа, инвалиды, не вовлеченные в общественно полезный труд или учебу, имеют более высокий риск развития пограничных психических расстройств (депрессий, тревожных расстройств, нарушений адаптации и невротических посттравматических стрессовых расстройств), что нашло свое отражение в низких показателях их ИПКЖ в основном за счет низких показателей эмоционального состояния, социального функционирования и экономического положения. Существенно влияла на качество жизни мотивация к труду. У лиц, работавших до инвалидности и вернувшихся после лечения к труду, изначально низкий показатель качества жизни значительно улучшился, в то время как у тех, кто не вернулся к труду, изначально высокий показатель качества жизни существенно ухудшился, и эти инвалиды использовали заболевание как вполне оправданный повод к уходу на инвалидность, что и привело к снижению качества жизни.

Таким образом, основными факторами, негативно влияющими на динамику качества жизни после болезни, являются низкая мотивация к труду, психологическая дезадаптация и низкая работоспособность.

Анализируя взаимосвязь качества жизни с личностными характеристиками обследованных, следует отметить, что неблагоприятными для социальной адаптации являются неустойчивые черты характера: истерические и в ряде случаев сенситивные черты и выраженность любых личностных черт до степени психопатических. Гармонический склад личности и психастенические черты характера оказывают положительное влияние на процесс социально-психологической адаптации после травмы.

Резюмируя результаты исследования, следует подчеркнуть, что в контингенте лиц, реабилитированных в НИИЭВТИН, пре-

обладали больные и инвалиды, которые после реабилитации вернулись к общественно полезному труду, "благополучная группа", что подчеркивает важность психологической реабилитации как важнейшего звена в адаптации к быту и профессиональной деятельности. Важное значение в комплексе мероприятий должно принадлежать мерам как физической, так и в значительной степени психологической реабилитации, позволяющей уже на начальном этапе ведения больных добиться положительного отношения к своему нынешнему состоянию, и снижения удельного веса неблагоприятных исходов.

Таким образом, методика оценки качества жизни эффективно функционирует и достоверно выявляет различия в качестве жизни до и после реабилитации. Выявлена общая тенденция, выражающаяся в снижении всех показателей качества жизни инвалидов трудоспособного возраста в Таджикистане. Широкое применение данной методики позволит повысить эффективность оказания социально-реабилитационных мероприятий лицам, получившим инвалидность в трудоспособном возрасте.

Литература

1. Бурковский Г.В. и др. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике. СПб., 1998.
2. Вассерман Л.И. и др. Психосоциальная реабилитация и качество жизни. СПб., 2001.
3. Незнанов Н.Г. Психосоциальная реабилитация и качество жизни. СПб., 2001.
4. Новик А.А., Ионова Т.И.. Исследование качества жизни в медицине. Учеб. пособие для вузов. Москва, 2004.
5. Мухамадиев Д.М., Муминова Р.Х. Рационализаторское предложение № 3077-Р-287. Способ оценки качества жизни больных и инвалидов в Республике Таджикистан на основе этнокультуральной адаптации международного опросника SF-36. 2005.
6. Мухамадиев Д.М., Муминова Р.Х. Рационализаторское предложение № 3077-Р-287. Способ клинико-психопатологической оценки качества жизни на основе этнокультуральной адаптации экспресс-метода NAIF. 2005.
7. Психологическая структура качества жизни больных эпилепсией: Пособие для врачей. СПб., 2004.
8. Шмуклер А.В. Социальная и клиническая психиатрия. 1998. № 4.

ПЕРЕКРЕСТОК КУЛЬТУР

ПСИХОТЕРАПИЯ В КОНТЕКСТЕ КУЛЬТУРЫ

СТАТЬЯ ВТОРАЯ: ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Е.Л. Николаев

*Чувашский государственный университет
Республиканский психоневрологический диспансер, Чебоксары*

Психотерапевт в контексте культуры. Пристального внимания заслуживают работы, направленные на изучение особенностей поведения психотерапевта, работающего в условиях соприкосновения различных культур. В исследовании Р. Manoleas et al. (2000) приняли участие 65 специалистов, оказывающих помощь пациентам латиноамериканского происхождения в Сан-Франциско и его пригородах. Предварительно проводилась фокус-группа для сбора идей по составлению опросника, который позднее раздавался для заполнения. Результаты оказались неоднозначными — психотерапевтами использовались подходы, основанные как на универсальных и общепризнанных принципах, так и на взглядах, отражающих специфические ценности латиноамериканской культуры и определяемых личностными особенностями самого терапевта. А. Connolly (2002) находит другой значимый фактор — это двуязычие психотерапевта. Оно облегчает быстроту и подвижность ассоциаций специалиста в работе и, в то же время, заостряет осознание того, как звучание слова может изменять нюансы его значения.

Какими личностными качествами чаще всего наделяют успешного кросс-культурального психотерапевта?

M.G. Constantine, K.L. Kwan (2003) выделяют его способность к самораскрытию, что особенно важно в работе с "цветным" населением. По мнению J.V. Jordan (2000), тема взаимной

эмпатии занимает центральное место в культуральной терапии, исцеление в ходе которой достигается за счет восстановления эффективных взаимосвязей с окружающими.

Особую роль в установлении теплых доверительных отношений психотерапевта с пациентом многие исследователи видят в способности осознания терапевтом собственной этничности и оценки влияния предшествующего этнокультурального опыта на процесс понимания пациента (B.M. Karrer, 1990; D.W. Sue et al., 1992; J. Giordano, M.A. Carini-Giordano, 1995; L.A. Fontes, V. Thomas, 1996; H. Dech et al., 2003). Довольно интересно описание позиции эффективного психотерапевта через его способность восприятия ситуации не в категориях "белого" или "черного", а скорее в структуре разнообразия оттенков "серого" (O. Ayonride, 1999).

Проблемы иного рода возникают в ситуации, когда пациент и терапевт являются эмигрантами общего культурно-языкового происхождения. Данные обстоятельства могут приводить в психоанализе к возникновению расщепления и давать богатый материал для проработки проблем боли и вины по отношению к утраченному. Общая культуральная идентичность может не осознаваться обоими, но может находить отражение в процессе совместной работы. Она может выступать в роли специфической культуральной защиты, а потому, во избежание тупика в терапии, нуждаться в скрупулезном анализе. В итоге наличие взаимного доступа к двойной лингвистической системе символов обогащает диалог в диаде, а тщательное наблюдение за процессом переноса-контрпереноса является условием продвижения в психоаналитической работе (G. Antinucci, 2004).

Феномен культурального переноса и контрпереноса, по мнению M.A. Sayed (2003), может быть использован не только во благо пациенту, но и с целью образования терапевта. Ведь процесс супервизии также не может оставаться вне контекста взаимодействия культур. Этнокультуральные различия между супервизором и супервизируемым могут играть важную роль в процессе супервизии психотерапии. Неспособность к эффективному решению подобных проблем нарушает отношения между сторонами, осложняет процесс психотерапии и совершенствования

ния психотерапевтических навыков (G. Remington, G. Da Costa, 1989).

Кросс-культуральный диалог в психотерапии. Сам по себе диалог, как форма межличностного взаимодействия между психотерапевтом и пациентом, отражает приоритеты западного коммуникативного стиля (A.J. Marsella, 1993). В неевропейских культурах проблемы, связанные с психическим здоровьем, традиционно решаются другими средствами. Одним из вариантов культуральной психотерапии, характерной для японского общества, является получение помощи через сеть неофициальной социальной поддержки, где можно высвободить эмоции, снять напряжение, услышать совет. С этой точки зрения сам факт обращения человека за помощью к специалисту усугубляет его ощущение социальной изолированности и выступает дополнительным психотравмирующим фактором (L.V. Suan, J.D. Tyler, 1990; T.A. Narikiyo, V.A. Kameoka, 1992). Более глубоким путем осознания сущности психологических проблем и направлений выхода из кризиса признается практика интроспекции и медитации, основанная на философских концепциях буддизма, синтоизма, конфуцианства (B. Magid, 2002), предполагающих, как правило, индивидуальную работу в форме монолога.

Что же касается языка общения психотерапевта и пациента, то незнание или несовершенство владения языком друг друга существенно ограничивает возможности оказания помощи. Во-первых, в неевропейских культурах язык может не отражать всего спектра эмоций и представлений человека (G. Yamashiro, J.K. Matsuoka, 1997). Ярким примером этого является восприятие европейцами и американцами японского стиля коммуникации как уклончивого, который с точки зрения высоко структурированного японского общества отражает стремление избежать возможной обиды окружающих (Y. Kozuki, M.G. Kennedy, 2004). Во-вторых, даже на родном языке пациенту бывает довольно трудно говорить с посторонним о своих страхах, опасениях, отчаянии или, наоборот, о тайных желаниях. Эти трудности значительно возрастают в случае привлечения к процессу терапии переводчика, не являющегося лечащим врачом (Т.Б. Дмитриева,

Б.С. Положий, 2003; S. Movahedi, 1996; J.R. Betancourt, E.A. Jacobs, 2000; A. Connolly, 2002).

Подобные ситуации часто происходят при работе с пациентами в рамках арабской культуры. Психотерапия здесь нередко осуществляется не в диадах, а триадах, когда третьим лицом является близкий родственник, сопровождающий пациента в качестве переводчика или с целью обеспечения сохранности семейных тайн. В таких условиях возникают дополнительные факторы, не имеющие непосредственного отношения к терапевтическому процессу, но искажающие естественные реакции переноса-контрпереноса. В некоторых случаях в ходе терапевтической сессии у сопровождающего появляются собственные психологические проблемы, связанные с интенсивным переживанием содержания травматического опыта пациента, особенно при полном погружении в его проблемы. Можно сказать, что присутствие сопровождающего изменяет диалоговую направленность терапевтического процесса и существенно осложняет психотерапевтическую помощь, вводя новые плоскости взаимоотношений: "сопровождающий — пациент" и "сопровождающий — психотерапевт" (М.А. Sayed, 2003а).

Потребность в диалоге, с одной стороны, в согласованности и взаимопонимании — с другой, не всегда удовлетворяются в ходе психотерапии. Рассмотрение этнокультуральных аспектов взаимоотношений в терапевтической диаде четко показывает, что роль психотерапевта в этом процессе может быть как положительной, так и отрицательной. Интересное исследование результатов лечения западными психотерапевтами пациентов японского происхождения было проведено Y. Kozuki, M.G. Kennedy (2004). В ходе его выявлено, что лечение часто могло быть неэффективным, а психотерапевты фактически не осознавали вреда, причиняемого больным. Среди самых распространенных ошибок западных психотерапевтов определились следующие:

- преимущественная опора в диагностике и лечении на видимые признаки;
- подверженность влиянию культуральных стереотипов;

- недоучет особенностей протекания индивидуации и сепарации в японской культуре, связанных с широкой социальной структурой;
- ошибочная интерпретация типичных психологических реакций пациента в ситуациях, связанных со смертью, умиранием, изнасилованием;
- недооценка психологических последствий иммиграции для пациента;
- тенденция к патологизации в оценке непривычного поведения, связанного со своеобразием культуры его носителя;
- проявление этноцентрических позиций в отношении процесса иммиграции.

В качестве средства преодоления подобных неосознаваемых конфликтов во взаимоотношениях терапевта и пациента предлагается формирование у психотерапевта навыков принятия мировоззрения клиента и использования в работе подходов, соответствующих его культуре. Еще одним направлением оптимизации кросс-культуральной психотерапии может быть расширение арсенала копинг-стратегий самого психотерапевта (H.L.K. Coleman, 1997).

Кросс-культуральная эффективность психотерапии. Многих исследователей интересует вопрос эффективности психотерапии, практикуемой в различных социокультурных условиях. Научные разработки по кросс-культуральной проблематике находят обобщение в отечественных и зарубежных публикациях (Б.С. Положий, А.А. Чуркин, 2001; В.Я. Семке с соавт., 2001; Б.Д. Карвасарский с соавт., 2003; Л.Л. Репина, 2004; З.И. Кекелидзе с соавт., 2004; D. Arthur et al., 1999; J.R. Betancourt, E.A. Jacobs, 2000; D. Roe, B.A. Farber, 2001; A.S. Bierman et al., 2002; J. Miranda et al., 2003; F. Neuner et al., 2004; D. Stein et al, 2004). Особенностью многих из них является анализ использования среди больных с неевропейской системой ценностей психотерапевтических техник, зародившихся в недрах западной культуры. Так, С. Schmeling-Kludas et al. (2003) описывают результаты лечения турецких мигрантов в отделении психосоматической реабилитации в Германии. В фокусе психотерапии было уменьшение нагрузки, вызванной страданием, а в

процесс лечения включались психообразовательные программы. Однако результаты такого комплексного терапевтического подхода в лечении турак были значительно ниже, чем у немецких пациентов соответствующего профиля. С. Barrio (2000) прямо указывает, что реабилитационные подходы, основанные на ценностях западноевропейской культуры, могут оказывать противоположный эффект на больных из других этнических групп. Работы D.T. Takeuchi et al (1992), K.M. Lin, F. Cheung (1999), G. Bernal, M.R. Scharron-del-Rio (2001), F.T. Leong, A.S. Lau (2001), D.L. Clay et al. (2002), R.J. Castilo (2003) также четко свидетельствуют о низкой эффективности лечения пациентов, принадлежащих к неевропейским культурам, психотерапевтическими методами, опирающимися на западные концепции личности.

Нередко одной из причин невысоких результатов лечения считается этнокультуральное несоответствие терапевта пациенту. Имеющиеся в литературе данные не содержат единой точки зрения на этот вопрос. Однако недавний мета-анализ серии клинических исследований эффективности психотерапии, проведенный G.G. Maramba, G.C. Hall (2002), позволил установить, что факт принадлежности пациента к этническому меньшинству сам по себе не является значимым клиническим предиктором прерывания процесса психотерапии после первой встречи или, наоборот, увеличения числа посещаемых пациентом психотерапевтических сессий.

Факторы, на первый взгляд осложняющие процесс психотерапии, в работе умелого специалиста могут иметь большой терапевтический потенциал. Так, еще в 80-е годы L. Comaz-Diaz, F.M. Jacobsen (1987) установлено, что стереотипизация ценностных подходов при психотерапии лиц, проживающих вне своей этнокультуральной среды, и представителей национальных меньшинств может приводить к нарушению их этнокультуральной идентичности. В процессе психотерапии такие пациенты начинают приписывать своему терапевту определенные этнокультуральные качества, что получило название этнокультуральной идентификации. Целенаправленное использование данного процесса в качестве терапевтического средства усиления

совладания с изменяющимися культурными ценностями помогает интеграции этнокультуральной самости консолидирующейся личности.

Тем не менее вопрос о том, являются ли эмпирически обоснованные методы психотерапии столь же эффективными и для этнических меньшинств, остается открытым (С.Е. Fraser, 1998; G.C. Hall, 2001). Не вызывает сомнений одно — необходимость модификации действующих методов психотерапии с целью их большего соответствия культуральным требованиям многочисленных этнических сообществ.

Российская культура также часто относится к культурам, отличным от западной, вследствие чего психотерапевтическая практика здесь имеет определенную специфику. Транскультуральное сравнение психотерапии в российских и германских условиях позволило немецкому психотерапевту Х. Пезешкиану (2000а), несколько лет проработавшему в России, выделить обобщающие характеристики российских пациентов и психотерапевтов, тесно связанные с эффективностью психотерапевтического процесса. К числу особенностей пациентов в России им, в частности, отнесены: терпеливость к повседневным трудностям, пассивная роль в процессе лечения, ожидание быстрого исцеления, малая информированность о сущности психотерапии, органически-биологическая ориентация взглядов на развитие нарушений, готовность к экспериментированию и открытость новым подходам, фатализм и магически-мистическое мышление, ориентированность на семью, наличие транскультурального сознания, признание важности духовных потребностей, переложение ответственности за неудачу в лечении на психотерапевта, доверие к врачу и его способностям, наличие советского опыта. Рассматривая "типичного" российского психотерапевта, автор выделяет его следующие характеристики: альтруистическая базовая установка, комбинирование элементов различных подходов, преобладание директивного и суггестивного подходов, преимущественно суппортивный характер психотерапии, отсутствие системного многолетнего образования, недооценка со стороны руководства, наделение сверхъестественными способностями со стороны окружающих, широкий

спектр расстройств у обращающихся за лечением. Х. Пезешкиан считает, что российские психотерапевты, в отличие от немецких коллег, больше ориентированы на применение кратковременных техник, т.к. полагают, что эффект психотерапии должен быть получен уже на первом сеансе. Они чаще верят в сверхъестественные силы и используют эти элементы в работе. В то же время они в большей степени проявляют сочувствие и сострадание к пациентам, что объясняется автором традициями коллективистского общества, в котором ценятся отношения между людьми, а не материальные или временные факторы.

Данная оценка не является констатацией однозначно положительных или отрицательных черт. Все определяется контекстом ситуации, в которой эти качества проявляются. Перечисленные особенности российских психотерапевтов и их пациентов плохо "стыкуются" с традиционными подходами западной психотерапии. Неудивительно, что эффективность психотерапевтического лечения в таких условиях остается под вопросом.

Условия повышения эффективности психотерапии. Каковы же пути повышения эффективности психотерапии, если необходимость движения в этом направлении не вызывает сомнений? L.A. Fontes, V. Thomas (1996) делают акцент на следующих важных моментах межкультурального психотерапевтического взаимодействия: культуральная осведомленность, культуральная сенситивность, культуральная любознательность, социальный анализ, поддержка пациента, вынесение культуральных вопросов на открытое обсуждение, установление культурального соответствия между пациентом и терапевтом, совместное создание новых жизненных стратегий.

В результате контент-анализа литературы с рекомендациями по лечению американцев азиатского происхождения E.Y. Kim et al. (2004) удалось отобрать наиболее оптимальные из них для использования в отношении корейских семей. Выделены одиннадцать важных направлений кросс-культуральной коммуникации, включающие в себя учет системы поддержки, учет особенностей иммиграции, укрепление профессионального доверия, предварительное знакомство с ролями, содействие "сохранению лица", признание соматических жалоб, фокусирова-

ние на актуальных проблемах, директивность, уважение к семейным структурам, избегание конфронтации, обеспечение позитивного переструктурирования.

Важным направлением повышения эффективности психотерапии является обеспечение культуральной компетентности специалиста (M. Dobkin de Rios, 2002). Незнание особенностей этнического мировоззрения пациента, в том числе его отношения к здоровью, болезни, системе помощи, может обернуться непоправимыми ошибками. В частности, в арабской культуре самораскрытие пациента постороннему безоговорочно расценивается как предательство интересов семьи, явная демонстрация собственной слабости и несостоятельности (M.A. Sayed, 2003a). Неудивительно, что такие взгляды приводят к тому, что обращение за помощью происходит лишь тогда, когда психопатологическая симптоматика становится ярко выраженной (D. Greenberg, 1991; A. Al-Subaie et al., 1997).

Раскрывая сущность понятия культуральной компетентности, S. Sue (1998) обозначает три группы ее основных характеристик: научную ориентированность, динамическую гибкость, культуральную осведомленность в отношении конкретной группы. Причем эти характеристики не являются взаимосвязанными. По мнению автора, можно обладать одними, но не иметь других. Интегральная степень культуральной компетентности будет определяться показателями всех уровней.

H.T. Lo, K.P. Fung (2003) в свою очередь выделяют два вида культуральной компетентности: общую и специфическую. Общая культуральная компетентность включает в себя знания и навыки, необходимые специалисту для эффективной работы при любой кросс-культуральной терапевтической встрече. Каждая фаза психотерапии здесь имеет свои культуральные особенности. Специфическая культуральная компетентность подразумевает способность терапевта эффективно работать в определенной культуральной среде. Более глубоко вопросы этнокультуральных подходов в психотерапии и консультировании отражаются в специально созданных руководствах по культуральной компетентности, эффективность которых также нуждается в серьезном исследовании (S. Sue, 2003).

Культуральный анализ в психотерапии. Удачным клиническим инструментом, позволяющим психотерапевту эффективно оценивать степень влияния культуры на внутренний мир человека и поддерживать таким образом свою культуральную компетентность, является схема культурального анализа, предложенная Американской психиатрической ассоциацией в руководстве DSM-IV (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 2000). Проводимый на ее основе анализ помогает реализации системного взгляда на многообразие истоков формирования личности, пониманию вклада культурного окружения в развитие определенных клинических симптомов, оценке влияния культуральных различий на взаимоотношения терапевта и пациента (A.T. Yilmaz, M.G. Weiss, 2001).

В процессе диагностического поиска, формулирования диагноза, определения тактики лечения и ухода предлагается учитывать несколько уровней культуральных характеристик конкретного больного. Уровень этнической идентификации определяется тем, к какой этнической группе относит себя пациент, и насколько это соответствует происхождению его родителей. В случае сочетания нескольких культур отмечается степень представленности каждой из них, у мигрантов — роль новой и старой культур. Учитывается степень владения языками, частота их употребления, а также языковые предпочтения, включая многоязычие.

В разделе культурального понимания заболевания особое значение придается таким параметрам:

- форма выражения дистресса, с помощью которой проявляется симптоматика или потребность в социальной поддержке (одержимость духами, соматические жалобы, беспричинные неудачи);
- значение и выраженность симптомов у конкретного пациента в сравнении с нормой для данной культуры и этноса;
- отношение к данному патологическому состоянию в семье больного и его сообществе;
- существующая в данной культуре (а также у больного) модель возникновения заболевания;

- наличие опыта обращения за помощью к официальной или народной медицине в прошлом и предпочтения в настоящее время.

При работе с уровнем значимых психосоциальных факторов рекомендуется выделять наиболее вероятные для пациента социальные стрессоры, источники социальной поддержки, успешности его функционирования или дисфункции. Сюда же отнесены стрессы в ближайшем окружении больного, а также роль религии, семьи и близких в обеспечении эмоциональной, предметной и информационной поддержки.

В разделе культуральной оценки взаимоотношений врача и пациента обозначают различия в культуральном и социальном статусе терапевта и пациента, а также возникающие в связи с этим проблемы в диагностике и лечении. Считается, что напряженность в отношениях может быть вызвана затруднениями или неспособностью общения на родном для пациента языке, трудностью устранения или непониманием культурального значения симптомов, неопределенностью степени доверия, невозможностью однозначного определения поведения пациента как нормативного или патологического.

В заключение проводится полная культуральная оценка диагноза и стратегии помощи, в ходе которой анализируется, как вышеперечисленные культуральные особенности влияют на обобщенный диагноз, определяется тактика лечения, ухода и дальнейшей помощи (DSM-IV, 2000).

Успех психотерапии, опирающейся на данные культурального анализа, тесно связан с четким определением целей, хода процесса и содержания лечения, адекватного культуральным условиям. При этом возможно использование различных культурально-конгруэнтных стратегий, включающих культуральное или контркультуральное усиление, применение несовместимых культуральных убеждений, некоторых других техник (Н.Т. Ло, К.Р. Фунг, 2003).

Психодинамическое направление психотерапии. Психоанализ является одним из наиболее распространенных западных психотерапевтических подходов, практикуемых в условиях различных культур и на их стыке (L. Comaz-Diaz, F.M. Jacobsen,

1991; R.A. Shechter, 1992; H.F. Smith, 2000; A. Connolly, 2002; S. Kakar, 2003).

S.C. Chang (1998) подробно описывает случай аналитической терапии выраженного тревожно-панического расстройства у японского студента, изучающего английский язык в США и вынужденного одновременно существовать в системе двух культур. По мнению автора, залогом успешности терапевтического процесса является интеграция аналитических взглядов на жизнь в структуру традиционной азиатской культуры и ментальности пациента. Реакции переноса и контрпереноса, возникающие в моноэтнических и биэтнических диадах в результате воздействия этнокультуральных факторов, могут рассматриваться при психоанализе в качестве катализаторов таких терапевтических проявлений, как доверие, амбивалентность, гнев, а также принятие разобщенных частей личности (L. Comaz-Diaz, F.M. Jacobsen, 1991).

R.A. Shechter (1992) различает в ситуации биэтнической терапевтической диады структуры кросс-культурального рабочего альянса, способствующие возникновению так называемой ассоциативной идентификации. Ассоциативная идентификация, отражая феномен конструктивного контрпереноса, представляет собой сознательную идентификацию терапевта с эго-опытом пациента, что позволяет терапевту отслеживать существование параллельных воспоминаний, стимулирующих осознанное применение терапевтических техник. В основе подобной работы лежат представления о возникновении в рабочем альянсе универсальных культуральных конфликтов. Наиболее общими для терапевта и пациента культуральными конфликтами бывает стремление быть услышанным и тенденция к разотождествлению. Целенаправленное использование феномена ассоциативной идентификации обогащает терапию и способствует интеграции изолированных и обособленных частей личности.

Различия в практическом приложении стройной системы психоанализа в Индии, Японии, других странах объясняются прежде всего его культуральным преломлением в рамках традиций той или иной страны (A. Roland, 2003). M. Tatara (1982), выделяя особенности развития психоанализа в Японии, проводит

его сравнение с традиционными для этой страны видами психотерапии — найкан-терапией, морита-терапией, буддистской философией. Изучение истории развития психоанализа на японской почве приводит М. Tatara к формулировке двух этнокультуральных феноменов: первого — комплекса Аясе, связанного с моделью материнского переноса и сопровождающегося интерпретацией объектных отношений через значимость прощения как средства разрешения вины и обиды; второго — комплекса Амида, выступающего в роли культуральной модели контрпереноса и проявляющегося у психотерапевта ощущениями всемогущества и потребности в похвале (М. Tatara, 1982). Поэтому становится понятной позиция Н.Ф. Smith (2000), поднимающего при рассмотрении современного состояния психоанализа как психотерапевтического направления актуальный вопрос о реальности интеграции его европейского, североамериканского и латиноамериканского вариантов.

Восточные философские концепции также могут значительно обогатить классический психоанализ. В системе духовных традиций целительства центральное место занимает идеализирующий перенос, рождающийся в ходе взаимодействия исцеляемого с духовным учителем, или гуру. В то же время направленность и динамика этого идеализирующего переноса существенно отличаются от подобных в западной психологии личности. Восточная теория идет дальше психоаналитических формулировок о природе и способах передачи эмпатии. Считается, что практика медитации сопровождается значительным ростом эмпатических возможностей учителя-целителя, а их передача к исцеляемому становится возможной, минуя вербальный канал коммуникации. В связи с этим уместно поднимается вопрос о необходимости изучения медитации в системе психоаналитического образования (S. Kakar, 2003).

Когнитивно-поведенческий подход. В отношении обоснованности использования при кросс-культуральной психотерапии техник другого широко известного направления — когнитивно-поведенческого встречаются довольно разноречивые мнения. В работе J. Rittenhouse (2000) беспристрастно разбираются клинические аспекты взаимосвязи этничности, фенотипа, диагностики

и лечения посттравматического стрессового расстройства у больных смешанного этнического происхождения с помощью глазодвигательной десенситизации и перестройки (EMDR). Безоценочный характер носит сообщение C.V. Ferrell et al. (2004) об изучении особенностей клинической симптоматики социофобии и результатов ее лечения методами поведенческой психотерапии у американских подростков европейского и африканского происхождения. Значимые различия в двух этнических группах выявлены не были. Осторожной позиции придерживаются R.D. Marshal, E.J. Suh (2003), которые, не отрицая положительного опыта применения в психотерапии посттравматического стрессового расстройства клинически обоснованных методов поведенческой терапии, считают, что в полиэтническом обществе вопросы влияния культуры на клиническую картину и результаты лечения еще остаются недостаточно изученными.

Рандомизированное клиническое исследование результативности четырехмесячной психотерапии ВИЧ-инфицированных с депрессией, проведенное J.C. Markowitz et al. (2000), дало более низкий эффект когнитивно-поведенческой терапии в группе афроамериканцев, чем среди других больных. Низкая эффективность когнитивных техник в работе с подростками-якутами также описана З.И. Кекелидзе с соавт. (2004). Напротив, в сообщении A.A. Pina et al. (2003) подчеркивается, что кросс-культуральное исследование результатов когнитивно-поведенческой терапии по методу погружения показывает ее высокую эффективность у подростков латиноамериканского происхождения. Уточнение J. Yamamoto (1998) относит высокую эффективность когнитивно-поведенческой терапии к случаям умеренной и выраженной депрессии.

Наряду с тем K. Lloyd и D. Bhugra (1993) подчеркивают, что когнитивная триада у депрессивных больных в сравнительном этнокультуральном аспекте серьезно не изучена и не оценена. В связи с этим требуют дальнейшего изучения причины преобладания в некоторых незападных культурах не эмоций вины, а переживаний стыда, выступающих больше в качестве социально направленных проявлений.

Особый интерес представляет работа Y.N. Lin (2002), посвященная особенностям применения когнитивно-поведенческой терапии в работе с лицами, принадлежащими к китайской культуре. Автор выделяет преимущества этого терапевтического подхода при работе в контексте традиционных китайских взглядов и ценностей. Китайские больные ждут от психотерапевта директивности, патернализма, заботы и эмпатии. Они предполагают, что психотерапевт будет предлагать конкретную информацию, давать необходимые советы или непосредственно сам решать проблемы пациента, что связано с авторитарным характером общественных отношений в китайском обществе. Когнитивно-поведенческий терапевт, работающий в русле проблемно ориентированного подхода или метода, нацеленного на выработку решений, будучи лидером терапевтического процесса, естественно проявляет авторитет и компетентность. Вдобавок к этому во время психотерапевтического процесса он берет на себя определенный уровень ответственности в области установления проблемы, определения цели встречи, планирования хода работы, ее осуществления и оценки. Эффективный в глазах китайского пациента психотерапевт всегда берет часть ответственности за лечение и его результат на себя, дает четкие рекомендации и советы, активно поддерживает пациента в выполнении домашних заданий, выработке новых навыков в ходе сессий и на практике.

К достоинствам когнитивно-поведенческого подхода в контексте китайской культуры Y.N. Lin (2002) относит возможность фокусировки на нарушениях поведения, что избавляет пациентов от необходимости исследования тщательно подавляемых ими эмоций и ощущений. Корректировка негативного эмоционального опыта в таком случае проводится косвенно, через поведение. В своих рекомендациях по работе с китайскими пациентами автор советует соблюдать баланс между индивидуализмом и коллективизмом, при принятии решений ориентировать пациентов на сочетание сохранения собственной индивидуальности и учета семейных и групповых целей, социальных норм и ожиданий близких.

Групповые формы работы в психотерапии. Растущая неоднородность населения индустриальных стран мира ставит, по мнению J.T. Salvendy (1999), вопрос о необходимости пересмотра социокультурных норм и подходов *групповой психотерапии*, восходящей к ценностям белой иудео-христианской культуры. E.P. van Schoog (2000) находит связь между индивидуалистической культурой США и историей развития групповой психотерапии от групп аналитических подходов через психодраму и Т-группы к группам встреч, в которых вера в самоосвобождение достигает своего пика. Р.Д. Тукаев (2003) также считает, что групповая форма терапии, создавая искусственную микросоциальную среду, на время снимает у человека высокоурбанизированного общества остроту отчужденности и одиночества. В качестве путей разрешения данных проблем в группе обычно предлагается: интенсификация микросоциального общения за счет повышения коммуникативных навыков (Т-группы) либо углубление эмоционального взаимодействия (группы встреч); адаптация к отчужденности (гештальттерапия, первичная, телесно ориентированная терапия, ортодоксальный психоанализ, эмпирическая терапия).

Еще одним подтверждением генетической направленности групповой психотерапии на решение проблем личности индивидуалистического общества служит работа D. Roe, B.A. Farber (2001), в которой исследовалась разница в уровнях и стилях самораскрытия при психотерапии у американских и израильских пациентов. Результаты, не выявившие значимых различий между группами, показали, что наиболее частыми общими темами обсуждения были: неприятие собственной личности, отчаяние, депрессия, раздражение и гнев по отношению к собственным родителям.

Современная израильская культура, исторически преломляющая традиционные восточные и западные ценности, представляет собой довольно интересное явление. Несмотря на то, что израильтяне имеют репутацию индивидуалистов, никто не может конкурировать с их социальной и групповой сплоченностью. Присущий им поиск взаимопомощи и потребность в аффилиации становятся особенно очевидными в ситуациях лично-

го или национального дистресса. Когда кому-нибудь приходится плохо, готовые помочь друзья, соседи, случайные люди окружают человека душевной заботой и материальной поддержкой. В случае общих трудностей, например войны или вспышек терроризма, могут наблюдаться многочисленные спонтанные проявления взаимопомощи. В то же время в эти моменты возрастает востребованность групповой психотерапии (Н. Weinberg, 2000).

Рассмотрение социокультурных феноменов групповой психотерапии и выделение особенностей восприятия, системы отношений, коммуникации и поведения представителей этнических меньшинств предоставило возможность J.T. Salvendy (1999) поставить вопрос о необходимости культурно-сенситивной трансформации групп-терапевтических техник, что встретило понимание ученых и практиков. По мнению F.H. Hsiao et al. (2004), приложение групповой психотерапии к условиям китайской культуры должно сопровождаться следующими направлениями ее транскультуральной модификации: установление псевдородственных отношений между членами группы и терапевтом, обязательное использование упражнений на разогрев и структурирование деятельности, применение проективных методов, фокусирование на вопросах межличностных отношений и проблемах внутриличностного характера.

Философия западных и восточных подходов. Выделение ключевых различий между западными (преимущественно европейскими) и восточными (преимущественно азиатскими) подходами психотерапии может помочь определению актуальных для каждой культуры психотерапевтических мишеней и наметить направления их дальнейшей интеграции при работе в кросс-культуральной ситуации. Дифференциация направленности мировосприятия, отражающегося в психотерапевтической практике, проводится в работе Y. Matsuda (2003), в которой обсуждаются отличия процессов обработки информации в сопоставлении восточно-азиатского и западного культуральных контекстов.

Более содержательное многоуровневое обобщение мировоззренческих, этнокультуральных, этнопсихологических парамет-

ров европейской и азиатской моделей психотерапии проведено В.Я. Семке с соавт. (2001). Среди ряда сопоставляемых ими факторов особого внимания заслуживают характеристики, непосредственно связанные с психотерапевтическим процессом. Отмечается, что при западном подходе в качестве целей психотерапии во главу угла ставится самореализация, функциональная автономия и творческая самостоятельность пациента-индивидуума. На Востоке рост спонтанности и творческого воображения стимулируется через постижение наследия прошлого и использование народных методов, при этом учитель, гуру, наставник полностью управляют процессом лечения. В традициях европейского подхода более предпочтительны партнерские взаимоотношения терапевта и пациента. Факторами, обеспечивающими успешность терапии, здесь будут считаться: снятие напряжения, принятие проблемного опыта, когнитивное научение, корректирующий эмоциональный опыт, в то время как на Востоке большее значение придается преодолению социальной изоляции, поведенческой регуляции, стремлению к "самоотторжению" конфликта.

N. Watanabe (2003) выделяет характерные для Востока концепции трансцендентности эго-структур, равенства души и тела, психических структур пустоты или небытия. Он подчеркивает, что здесь сила эго не укрепляется, а рассеивается во взаимоотношениях человека с окружением, которое может быть как одушевленным, так и неодушевленным. Не существует различий между разумом и телом, а есть традиционный путь достижения пустоты и небытия через дзен-буддизм. Опору западной культуры N. Watanabe видит в концепциях силы эго, верховенства разума над телом, психических структурах полноты и целостности, в то время как понятия пустоты и небытия наполнены негативным смыслом. В сопоставлении с характерным для Востока циклическим образом мышления здесь преобладает линейный образ мышления, а жизнь рассматривается как движение в направлении прогресса, к Богу.

Своеобразным свидетельством того, что поликультуральные условия российской действительности также часто представляют собой картину неевропейского мировоззрения, являются ре-

комендации Л.Л. Репиной (2004) по двухэтапному лечению невротических расстройств у пациентов удмуртской национальности. Целью первого этапа индивидуальной психотерапии является создание максимально возможной атмосферы доверия на фоне интенсивной комплексной биологической терапии. На втором этапе возможно применение собственно психотерапевтических методов преимущественно в групповой форме с преобладанием директивно-суггестивных подходов, адекватных коллективистско-вертикальному типу культуры удмуртов (Л.Л. Репина, 2004).

Директивность, большая ориентация на интересы социального окружения, чем на потребности собственной личности, отличает неевропейские подходы терапии. Однако арсенал средств воздействия восточных психотерапевтических по своей сущности, а не названию практик достаточно богат и разнообразен, хотя и менее известен специалистам. Знакомство с лечебными традициями Востока может, несомненно, обогатить теоретические концепции психотерапии и практический арсенал средств психологической помощи.

Восточные психотерапевтические практики. Широко распространенная в Японии морита-терапия полностью основывается на традиционных характеристиках восточной культуры (N. Watanabe, 2003). Показанием для нее являются ипохондрические состояния, называемые "шинкейшиту". При ипихондрии сильный страх смерти сосуществует с нереализованным желанием полнокровной жизни, однако страх смерти доминирует, что приводит к формированию фобий, панических, обсессивно-компульсивных, других невротических расстройств. Таким пациентам назначается абсолютный покой в постели до семи дней, за исключением периодов приема пищи и гигиенических процедур, с целью осознания естественного характера внутренних процессов, происходящих во время столь длительного нахождения в постели. Физический отдых способствует появлению скуки, ведущей к возникновению парадоксального желания полноценной жизни. В последующий период трудотерапии больные учатся фиксировать внимание на окружающем, а не на собственных симптомах и ощущениях, даже при их наличии. Позднее

начинают осознаваться изменения в восприятии собственного тела, ощущаться взаимодействие с окружающими людьми, природой, миром. Больные учатся не устранению тревоги как таковой, а ее принятию, что может служить показанием к морита-терапии и при тревожных расстройствах (N. Watanabe, 2003).

Примечательно, что морита-терапия, как и другие восточные терапевтические методы, может использоваться и вне рамок японской культуры, независимо от различий в этническом происхождении пациентов. С точки зрения Н. Elliott (2002), культуральный подход в работе с образами, опирающийся на японский опыт, помогает получить доступ к символическому языку подсознания. Y. Matsuda (2003) считает, что результаты кросс-культурального сравнения помогают понять сущность психического здоровья и предложить концепцию морита-терапии как вариант возможной интегрированной теории. S. Usa (2003) сообщает о результатах успешного применения морита-терапии в практике киотской больницы Сансей при лечении больных из Германии, Швейцарии, США, Китая, Кореи, Индии и Индонезии. Одним из ключевых моментов практикуемого здесь лечения является освобождение больного от концентрации на самосознании и собственном образе как субъективной фантазии, возникшей вследствие преобладания абстрактно-логического мышления. Второй важный принцип — это стимулирование пациента на разрешение реальных жизненных проблем. Такой подход помогает больному не включаться в механизм образования симптома и фиксации на нем, а преодолевать центрированность на собственной личности. Во время продолжительного отдыха в постели пациент может ощущать свое физическое тело в "образе" новорожденного, что связано со спонтанным "предсознательным" состоянием мыслительной деятельности (так называемый феномен "юн-накокоро" или состояние "чистого разума"), а не с сознательным абстрактно-логическим мышлением, ведущим, по представлениям морита-терапии, к фиксации симптомов, в связи с чем основным принципом лечения здесь является процесс децентрализации личности и переживание состояния "чистого разума", знакомого каждому, независимо от этно-

культурального происхождения, по опыту повседневной жизни (S. Usa, 2003).

Японская культура открыла миру еще один метод психотерапии — найкан-терапию (Т. Maeshiro, 2003; S. Tashiro et al., 2004). Это особая форма медитирования, целью которой является возникновение экзистенциального сознания вины и одновременного ощущения того, что человек может получить любовь и заботу о себе, несмотря на собственное несовершенство (Б.Д. Карвасарский, 1998). Ее признанность и востребованность в мире определяется существованием 38 найкан-центров не только в Японии и Китае, но и в Австрии, Германии, США (R. Kawahara, 2003; F. Qie, L. Xue, 2003; T. Takahiro, 2003).

Взаимодействие европейского и традиционного подходов. Универсальность опыта повседневных ощущений, не связанных с конкретной системой интерпретации, может в какой-то мере объяснять эффективность использования "восточных" подходов в работе с пациентами, принадлежащими к европейской культуре. В.Я. Семке с соавт. (2001) считают, что обращение к иррациональному мышлению восточных целителей иногда содействует достижению более высокого уровня адаптации пациента через систему метафор, притч, иносказаний, структурированных лингвистических построений. L. Gerber (1994), оценивая быстроту технологического прогресса на Западе, видит его последствия в изменении и утрате традиционных основ смысла бытия. Западные концепции об индивидуальных границах, семейных связях, взаимоотношениях разума и тела, путях познания мира, на его взгляд, требуют переосмысления при работе с выходцами с Востока. В то же время L. Gerber отмечает, что в западной культуре еще сохраняются элементы, созвучные так называемому "азиатскому" вектору движения, а работа психотерапевта с выходцами из восточных стран может помочь западному психотерапевту осознать, насколько его культурно обусловленные представления о здоровье, психопатологии и психотерапии влияют на то, как он слышит, понимает и реагирует на пациента.

Так, несмотря на заметные различия в философии и методологии древних буддистских техник медитации, саманты, випасаны, дзен, с одной стороны, и современного клинического гип-

ноза — с другой, между этими подходами существует определенное сходство. Несомненно, не каждая медитативная техника "вписывается" в западную культуру, однако в каждой из них есть то, что может быть эффективно использовано клиницистом, работающим в рамках гипноза (А. Natani, 2003). Определенные параллели между традиционными магическими практиками и концепциями современной психотерапии отмечены по итогам анализа хода лечения семей семисот латиноамериканских иммигрантов медицинским антропологом и лицензированным психотерапевтом М. Dobkin de Rios (2002), которая четко показала конгруэнтность техник шаманизма у жителей прибрежных районов Перу и Амазонки трем западным психотерапевтическим приемам: гипнозу, поведенческой модификации и когнитивному реструктурированию.

Методы психотерапии, основанные на народных традициях, обычаях, ритуалах, практикуются и в центре Европы. Б.Д. Карвасарским (1998) описан вид этнотерапии, созданной в Чехии Гауснер и Кочовой. Сущность метода состоит в том, что пациенты погружаются в свое индивидуальное и коллективное детство, в древние культурные шаблоны и архетипы. Это способствует самораскрытию, самоутверждению, поиску своего места в жизни через ощущение всего природного, древнетрудового, язычески-праздничного.

Немецкий психотерапевт иранского происхождения Н. Пезешкиан (1992), получивший профессиональное образование на Западе и сохранивший при этом глубокое знание восточной культуры, отметил господство в европейской культуре ориентации на высокую производительность труда, преуспевание и карьеру, в то время как межличностные отношения отступают на второй план. Разум и интеллект здесь ценятся больше, чем фантазии и интуиция. С целью преодоления этой, по его мнению, односторонности, обусловленной различием культурно-исторических условий, Н.Пезешкиан разработал специальный транскультуральный подход, предусматривающий использование восточных историй в качестве вспомогательного средства, облегчающего общение психотерапевта с пациентом. Восточные притчи с их иррациональностью представляют собой разитель-

ный контраст с целесообразностью, рационализмом, техницизмом современного индустриального общества и дают большой простор фантазии и интуиции для обогащения опыта пациента в разрешении внутриличностных конфликтов.

Психотерапия в рамках любой культуры, любого подхода требует большего внимания к творческим ресурсам личности, реализация которых в каждой группе может иметь свои особенности (H.L. Lai, 2004). К примеру, при музыкотерапии болевого синдрома соматические больные европейского происхождения чаще выбирают оркестровые произведения, афроамериканцы — джаз, выходцы из Китая — музыкальные произведения для арфы (M. Good et al., 2000). Опыт успешной работы с головной болью в Китае с помощью медитации, свидетельствует о ее высокой клинической и экономической эффективности только у высоко мотивированных пациентов без органической симптоматики (T.F. Sun et al., 2002). В контексте афроамериканской культуры большое пространство для психотерапевтического взаимодействия дает использование метафор (C.E. Fraser, 1998).

Для облегчения процесса интегрирования разнородных клинических, культуральных и природных факторов в унифицированный метод планирования и проведения лечения больных с психическими расстройствами, а также в исследовательских целях предлагается применение ступенчатых клинических алгоритмов (P. Manoleas, B. Garcia, 2003). Схожие лечебно-реабилитационные программы, разработанные для эскимосов северо-западной Аляски, успешно включают такие элементы традиционной культуры народа, как прогулки по тундре и совместное проведение времени со старшими (P.A. Mills, 2003). При выборе стратегии работы в рамках трехмерной модели психотерапии представителей этнических меньшинств во внимание должны приниматься по меньшей мере три фактора: уровень аккультурации пациента, источник происхождения его проблемы и нацеленность помощи (D.R. Atkinson et al., 1993). Учет факторов, общих для психотерапии и народных целительных практик, может помочь интегрировать диаметрально противоположные взгляды культурно-специфического (эмик) и универсалистского (этик) подходов психотерапии (A.R. Fisher et al., 1998).

Перспективы развития психотерапии. Наступившее тысячелетие с его стремительными темпами технологических изменений и социальных преобразований открывает новые возможности и перспективы перед психотерапией как универсальной развивающейся практикой. Так, G. Riva et al., (2002) видят огромный для психотерапии потенциал в виртуальной реальности, связывая это с процессами активизации воображения и памяти. Эти фундаментальные для жизни человека функции чаще представляют собой абсолютные или относительные ограничения для развития индивидуального потенциала. Виртуальная реальность, по их мнению, может помочь преодолеть разрыв между воображением и реальностью, компьютерной и повседневной реальностью, повысить, таким образом, эффективность проводимой психотерапии.

Э.Г. Эйдемиллер (2002) видит в психотерапии, вне зависимости от исторического пути ее становления и развития, новую междисциплинарную специальность, основанную на естественнонаучной и гуманитарной парадигмах, интегрирующую в себе такие духовные практики, как религия, медицина, философия, педагогика, психология, социология и др.

По оптимистическому прогнозу W.H. Silverman (2000), который вполне реален, т.к. основывается на анализе современных тенденций общественного развития, психотерапию в третьем тысячелетии ждут революционные изменения, в числе которых — ее интеграция, специализация, расширение возможностей, культуральное разнообразие, отсутствие границ для сфер ее деятельности. В связи с этим В.Я. Семке с соавт. (2001) справедливо прогнозируют в третьем тысячелетии бурное развитие наиболее важных разделов науки о человеке, в частности этнопсихологии и этнопсихотерапии, которые, по их мнению, ожидают крупные революционные события. Х. Пезешкиан (2000) вообще считает, что XXI век будет веком решения культуральных проблема и станет эрой транскультуральной психотерапии. Монокультуральная психотерапия, по мнению германского ученого и практика, не найдет в ближайшем будущем никакого применения. Психотерапии начинают придавать, помимо личносно интегрирующей и оздоравливающей функции, важную социально-

психологическую роль. В США считается, что в рамках этнополитического подхода психолого-психотерапевтическое сообщество может многое сделать для формирования коллективной идентичности общества, которое рассматривается как многорасовая и многоэтническая демократия (L. Comas-Díaz, 2000).

Обзор современного состояния психотерапии в условиях поликультуральной среды показывает, что ее эффективное проведение становится немыслимым без тщательного учета на всех этапах диагностики, лечения и профилактики особенностей этнической, языковой, духовной, исторической культуры пациента. Описанные тенденции не менее актуальны и для условий многонациональной российской действительности.

Психотерапевтическая теория и практика в мире начинают приобретать все более культурно ориентированный характер, в большей степени отвечающий потребностям представителей неевропейских общин. Приходит осознание того, что классические западные методы психотерапии нацелены, в первую очередь, на носителей европейской культуры и сознания. Использование в работе с этническими меньшинствами западных терапевтических подходов сопровождается активным вовлечением в процесс терапии в качестве специалистов представителей культуры пациента; повышением общей культуральной компетентности психотерапевта и всего медицинского персонала; использованием специальных схем культурального анализа и клинических алгоритмов диагностики и лечения; модификацией западных методик вплоть до их структурной перестройки на основе культуральных ценностей пациента.

Определенный интерес сегодня проявляется к традиционным неевропейским, по своему происхождению, духовным практикам и методам терапии, которые завоевывают все большее число приверженцев вне своей культуры и помогают созданию новых психотерапевтических концепций лечения больных как на Востоке, так и на Западе. Закономерной ступенью развития психотерапии нам представляется ее транскультуральная интеграция на основе принятия и преобразования во многом противоречащих друг другу ценностей индустриального и традиционного общества, объединяющих большое разнообразие

культур. Одним из ориентиров подобной интеграции могли бы стать общие духовные ценности, которые имеют универсальный общечеловеческий характер.

Литература

1. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Этнокультуральная психиатрия. М.: Медицина, 2003. 448 с.
2. Карвасарский Б.Д., Бабин С.М., Бочаров В.В. и др. Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / Под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова. СПб.: Инст-т им. В.М. Бехтерева, 2003. 438 с.
3. Кекелидзе З.И., Портнова А.А., Певцов Г.В. и др. К этнокультуральным особенностям острой реакции на стресс у якутских школьников, пострадавших при пожаре в поселке Сыгдыбыл // Психическое здоровье и безопасность в обществе: Науч. материалы 1-го нац. конгресса по соц. психиатрии. М., 2004. С.64.
4. Пезешкиан Н. Тоговец и попугай: Восточные истории и психотерапия: Пер. с нем.. М.: Прогресс, 1992. 240 с.
5. Пезешкиан Х. Транскультуральный подход в психотерапии // Психотерапия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2000а. С. 478-492.
6. Положий Б.С., Чуркин А.А. Этнокультуральные особенности распространенности, формирования, клиники и профилактики основных форм психических расстройств. М., 2001. 25 с.
7. Репина Л.Л. Этнокультуральные особенности клинической феноменологии невротических расстройств и специфика защитных психологических механизмов (на примере сравнения удмуртской и русской субпопуляций): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Казань, 2004. 24 с.
8. Семке В.Я., Эрдэнэбаяр Л., Бохан Н.А., Семке А.В. Транскультуральная наркология и психотерапия. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2001. 162 с.
9. Тукаев Р.Д. Психотерапия: структуры и механизмы. М.: Мед. информ. агентство, 2003. 296 с.
10. Эйдемиллер Э.Г. Психотерапия в современном культурном контексте России // Соц. и клин. психиатр. 2002. № 4. С.57-60.
11. Al-Subaie A., Marwa M., Hawari R., Abdul-Rahim F.A. Psychiatric emergencies in a university hospital in Riyadh, Saudi Arabia // Int. J. Ment. Health. 1997. Vol. 25. No 4. P.59-68.

12. Antinucci G. Another language, another place: to hide or be found? // *Int. J. Psychoanal.* 2004. Vol. 85. No 5. P. 1157-1173.
13. Arthur D., Chan H.K., Fung W.Y., Wong K.Y., Yeung K.W. Therapeutic communication strategies used by Hong Kong mental health nurses with their Chinese clients // *J. Psychiatr. Ment. Health. Nurs.* 1999. Vol. 6. No 1. P.29-36.
14. Atkinson D.R., Thompson C.E., Grant S.K. A three-dimensional model for counseling racial/ethnic minorities // *Counsel. Psychologist.* 1993. Vol. 21. No 2. P. 257-277.
15. Ayonride O. Black, White, or shades of grey: the challenges of ethnic and cultural difference (or similarity) in the therapeutic process // *Int. Rev. Psychiatry.* 1999. Vol. 11. No 2-3. P. 191-196.
16. Bernal G., Scharron-del-Rio M.R. Are empirically supported treatments valid for ethnic minorities? Toward an alternative approach for treatment research // *Cultur. Divers. Ethnic. Minor. Psychol.* 2001. Vol. 7. No 4. P.328-342.
17. Betancourt J.R., Jacobs E.A. Language barriers to informed consent and confidentiality: the impact on women's health // *J. Am. Med. Womens Assoc.* 2000. Vol. 55. No 5. P.294-295.
18. Bierman A.S., Lurie N., Collins K.S., Eisenberg J.M. Addressing racial and ethnic barriers to effective health care: the need for better data // *Health Aff. (Millwood).* 2002. Vol. 21. No 3. P.91-102.
19. Castillo R.J. Trance, functional psychosis, and culture // *Psychiatry.* 2003. Vol. 66. No 1. P.9-21.
20. Chang S.C. An effective analytical psychotherapy in crosscultural context. An East Asian student in the United States // *Am. J. Psychother.* 1998. Vol. 52. No 2. P.299-239.
21. Clay D.L., Mordhorst M.J., Lehn L. Empirically supported treatments in pediatric psychology: where is the diversity? // *J. Pediatr. Psychol.* 2002. Vol. 27. No 4. P.325-337.
22. Coleman H.L.K. Conflict in multicultural counseling relationships: Source and resolution // *J. Multicult. Counsel. Devel.* 1997. Vol. 25. No 3. P. 195-200.
23. Comas-Diaz L., Jacobsen F.M. Ethnocultural identification in psychotherapy // *Psychiatry.* 1987. Vol. 50. No 3. P. 232-241.
24. Comas-Diaz L. An ethnopolitical approach to working with people of color // *Am. Psychol.* 2000. Vol. 55. No 11. P. 1319-1325.
25. Connolly A. To speak in tongues: language, diversity and psychoanalysis // *J. Anal. Psychol.* 2002. Vol. 47. No 3. P. 359-382.
26. Constantine M.G., Kwan K.L. Cross-cultural considerations of therapist self-disclosure // *J. Clin. Psychol.* 2003. Vol. 59. No 5. P.581-588.

27. Dech H., Ndetei D.M., Machleidt W. Social change, globalization and transcultural psychiatry- some considerations from a study on women and depression // *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 2003. Vol. 105. No 1. P.17-27.
28. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4th ed. Text revision. Washington, 2000. 943 p.
29. Dobkin de Rios M. What we can learn from shamanic healing: brief psychotherapy with Latino immigrant clients // *Am. J. Public Health*. 2002. Vol. 92. No 10. P.1576-15788.
30. Ferrell C.B., Beidel D.C., Turner S.M. Assessment and treatment of socially phobic children: a cross cultural comparison // *J. Clin. Child. Adolesc. Psychol*. 2004. Vol. 33. No 2. P.260-268.
31. Fontes, L. A., Thomas, V. Cultural issues in family therapy // *Family therapy sourcebook*. New York: Guilford, 1996. P. 256—282.
32. Fraser E.C. The use of metaphors with African-American couples // *J. Couples Ther*. 1998. Vol.7. No 2-3. P. 137-148.
33. Gerber L. Psychotherapy with Southeast Asian refugees: implications for treatment of Western patients // *Am. J. Psychother*. 1994. Vol. 48. No 2. P.280-293.
34. Giordano J., Carini-Giordano M.A. Ethnic dimensions in family treatment // *Integrating family therapy: Handbook of family psychology and systems theory*. Washington, D. C.: American Psychological Association, 1995. P.347—356.
35. Good M., Picot B.L., Salem S.G., Chin C.C., Picot S.F., Lane D. Cultural differences in music chosen for pain relief // *J. Holist. Nurs*. 2000. Vol. 18. No 3. P.245-260.
36. Greenberg D. Is psychotherapy possible with unbelievers?: The case of the ultra-orthodox community // *Israeli J. Psychiatry Relat. Sci*. 1991. Vol. 28. No 4. P. 19-30.
37. Hall G.C. Psychotherapy research with ethnic minorities: empirical, ethical, and conceptual issues // *J. Consult. Clin. Psychol*. 2001. Vol. 69. No 3. P.502-510.
38. Hsiao F.H., Lin S.M., Liao H.Y., Lai M.C. Chinese inpatients' subjective experiences of the helping process as viewed through examination of a nurses' focused, structured therapy group // *J. Clin. Nurs*. 2004. Vol. 13. No 7. P.886-894.
39. Jordan J.V. The role of mutual empathy in relational/cultural therapy // *J. Clin. Psychol*. 2000. Vol. 56. No 8. P.1005-1016.
40. Kakar S. Psychoanalysis and Eastern spiritual healing traditions // *J. Anal. Psychol*. 2003. Vol. 48. No 5. P.659-678.

41. Karrer B. M. The sound of two hands clapping: Cultural interactions of the minority family and the therapist // *Minorities and family therapy*. New York: Haworth, 1990. P. 209—237
42. Kawahara R. The current situation of the internationalization of the Naikan therapy // *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 2003. Vol. 105. No 8. P.988-993.
43. Kim E.Y., Bean R.A., Harper J.M. Do general treatment guidelines for Asian American families have applications to specific ethnic groups? The case of culturally-competent therapy with Korean Americans // *J. Marital. Fam. Ther.* 2004. Vol. 30. No 3. P.359-372.
44. Kozuki Y., Kennedy M.G. Cultural incommensurability in psychodynamic psychotherapy in Western and Japanese traditions // *J. Nurs. Scholarsh.* 2004. Vol. 36. No 1. P.30-38.
45. Lai H.L. Music preference and relaxation in Taiwanese elderly people // *Geriatr Nurs.* 2004. Vol. 25. No 5. P.286-291.
46. Leong F.T., Lau A.S. Barriers to providing effective mental health services to Asian Americans // *Ment. Health Serv. Res.* 2001. Vol. 3. No 4. P.201-214.
47. Lin K.M., Cheung F. Mental health issues for Asian Americans // *Psychiatr. Services*. 1999. Vol. 50. No 6. P.774-780.
48. Lin Y.N. The Application of Cognitive-Behavioral Therapy to Counseling Chinese // *Am. J. Psychother.* 2002. Vol. 56. No 1. P.46-58.
49. Lloyd K., Bhugra D. Cross-cultural aspects of psychotherapy // *Int. Rev. Psychiatry*. 1993. No 5. P. 291-304.
50. Lo H.T., Fung K.P. Culturally competent psychotherapy // *Can. J. Psychiatry*. 2003. Vol. 48. No 3. P.161-170.
51. Maeshiro T. From the point of view of a Naikan counselor // *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 2003. Vol. 105. No 8. P.970-975.
52. Magid B. *Ordinary mind*. Somerville: Wisdom, 2002. 398 p.
53. Manoleas P., Garcia B. Clinical algorithms as a tool for psychotherapy with Latino clients // *Am. J. Orthopsychiatry*. 2003. Vol. 73. No 2. P.154-166.
54. Manoleas P., Organista K., Negron-Velasquez G., McCormick K. Characteristics of Latino mental health clinicians: a preliminary examination // *Community Ment. Health. J.* 2000. Vol. 36. No 4. P.383-394.
55. Maramba G.G., Hall G.C. Meta-analyses of ethnic match as a predictor of dropout, utilization, and level of functioning // *Cultur. Divers. Ethnic Minor. Psychol.* 2002. Vol. 8. No 3. P.290-297.
56. Markowitz J.C., Spielman L.A., Sullivan M., Fishman B. An exploratory study of ethnicity and psychotherapy outcome among HIV-

- positive patients with depressive symptoms // *J. Psychother. Pract. Res.* 2000. Vol. 9. No 4. P.226-231.
57. Marsella A.J. Counseling and psychotherapy with Japanese Americans: Cross-cultural considerations // *Am. J. Orthopsychiatr.* 1993. Vol. 63. No 2. P. 200-208.
 58. Marshall R.D., Suh E.J. Contextualizing trauma: using evidence-based treatments in a multicultural community after 9/11 // *Psychiatr. Q.* 2003. Vol. 74. No 4. P.401-420.
 59. Matsuda Y. Cognition and mental health // *Seishin Shinkeigaku Zasshi.* 2003. Vol. 105. No 5. P.576-588.
 60. Mills P.A. Incorporating Yup'ik and Cup'ik Eskimo traditions into behavioral health treatment // *J. Psychoactive Drugs.* 2003. Vol. 35. No 1. P.85-88.
 61. Miranda J., Azocar F., Organista K.C., Dwyer E., Areane P. Treatment of depression among impoverished primary care patients from ethnic minority groups // *Psychiatr. Serv.* 2003. Vol. 54. No 2. P.219-225.
 62. Movahedi S. Metalinguistic analysis of therapeutic discourse: Flight into a second language when the analyst and the analyzed are multilingual // *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 1996. Vol. 44. No 3. P. 837-862.
 63. Narikiyo T.A., Kameoka V.A. Attributions of mental illness and judgments about help-seeking among Japanese American and White American students // *J. Couns. Psychol.* 1992. Vol. 39, No 3. P. 363-369.
 64. Natani A. Eastern meditative techniques and hypnosis: a new synthesis // *Am. J. Clin. Hypn.* 2003. Vol. 46. No 2. P.97-108.
 65. Neunek F, Schauer M., Klaschik C., Karunakara U., Elbert T. A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an african refugee settlement // *J. Consult. Clin. Psychol.* 2004. Vol. 72. No 4. P.579-587.
 66. Pina A.A., Silverman W.K., Fuentes R.M., Kurtines W.M., Weems C.F. Exposure-based cognitive-behavioral treatment for phobic and anxiety disorders: treatment effects and maintenance for Hispanic/Latino relative to European-American youths // *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.* 2003. Vol. 42. No 10. P.79-87.
 67. Qie F., Xue L. The application of Naikan therapy in China // *Seishin Shinkeigaku Zasshi.* 2003. Vol. 105. No 8. P.982-987.
 68. Remington G., Da Costa G. Ethnocultural factors in resident supervision: black supervisor and white supervises // *Am. J. Psychother.* 1989. Vol. 43. No 3. P.398-404.

69. Rittenhouse J. Using eye movement desensitization and reprocessing to treat complex PTSD in a biracial client // *Cultur. Divers. Ethnic. Minor. Psychol.* 2000. Vol. 6. No 4. P.399-408.
70. Riva G., Molinari E., Vincelli F. Interaction and presence in the clinical relationship: virtual reality (VR) as communicative medium between patient and therapist // *IEEE Trans. Inf. Technol. Biomed.* 2002. Vol. 6. No 3. P.198-205.
71. Roe D., Farber B.A. Differences in self-disclosure in psychotherapy between American and Israeli patients // *Psychol. Rep.* 200. Vol. 88. No 3. P.611-624.
72. Roland A. Psychoanalysis across civilizations: a personal journey // *J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatry.* 2003. Vol. 31. No 2. P.275-295.
73. Salvendy J.T. Ethnocultural considerations in group psychotherapy // *Int. J. Group. Psychother.* 1999. Vol. 49. No 4. P.429-464.
74. Sayed M.A. Psychotherapy of Arab patients in the West: uniqueness, empathy, and "otherness" // *Am. J. Psychother.* 2003. Vol. 57. No 4. P.445-459.
75. Shechter R.A. Voice of a hidden minority: identification and countertransference in the cross-cultural working alliance // *Am. J. Psychoanal.* 1992. Vol. 52. No 4. P.339-349.
76. Silverman W.H. New trends for a new millennium // *Am. J. Psychother.* 2000. Vol. 54. No 3. P.312-316.
77. Smith J. Towards a secure EPR: cultural and educational issues // *Int. J. Med. Inf.* 2000. Vol. 60. No 2. P.137-142.
78. Stein D., Rousseau C., Lacroix L. Between innovation and tradition: the paradoxical relationship between eye movement desensitization and reprocessing and altered states of consciousness // *Transcult. Psychiatry.* 2004. Vol. 41. No 1. P.5-30.
79. Suan L.V., Tyler J.D. Mental health values and preference for mental health resources of Japanese American and Caucasian American Students // *Prof. Psychol. Res. Pract.* 1990. Vol. 21. P.291-296.
80. Sue D. W., Arredondo P., Mc Davis R. J. Multicultural counseling competencies and standards: A call to the profession // *J. Counsel. Devel.* 1992. Vol. 70. P. 477—486.
81. Sue S. In defense of cultural competency in psychotherapy and treatment // *Am. Psychol.* 2003. Vol. 58. No 11. P.964-970.
82. Sun T.F., Kuo C.C., Chiu N.M. Mindfulness meditation in the control of severe headache // *Chang. Gung. Med. J.* 2002. Vol. 25. No 8. P.538-541.

83. Takahiro T. The present state of Naikan in Japan // *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 2003. Vol. 105. No 8. P.976-981.
84. Takeuchi D.T., Mokuau N, Chung C.A. Mental health services for Asian Americans and Pacific Islanders // *J. Ment. Health Adm.* 1992. Vol. 19. No 3. P.237-245.
85. Tashiro S., Hosoda S., Kawahara R. Naikan therapy for prolonged depression: psychological changes and long-term efficacy of intensive Naikan therapy // *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 2004. Vol. 106. No 4. P.431-457.
86. Tatara M. Psychoanalytic psychotherapy in Japan: the issue of dependency pattern and the resolution of psychopathology // *J. Am. Acad. Psychoanal.* 1982. Vol. 10. No 2. P.225-239.
87. Usa S. Morita therapy over history // *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 2003. Vol. 10 No 5. P.589-592.
88. Watanabe N. Morita therapy in cultural context // *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 2003. Vol. 105. No 5. P.554-560.
89. Weinberg H. Group psychotherapy and group work in Israel // *J. Psychother. Indep. Pract.* 2000. Vol.1. No 2. P.43-51.
90. Yamamoto J. Psychotherapy in the Pacific Rim countries // *Psychiatry Clin. Neurosci.* 1998. Vol. 52. Suppl. S. P.233-2353.
91. Yamashiro G., Matsuoka J.K. Help-seeking among Asian and Pacific Americans: A multiperspective analysis // *Soc. Work.* 1997. Vol.42. No. 2. P. 176-186.
92. Yilmaz A.T., Weiss M.G. Cultural formulation: clinical case study // *Cultural Psychiatry: Euro-International Perspectives. Bibl. Psychiatr.* Basel: Karger, 2001. No 169. P. 126-140.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЖИЗНИ И ТВОРЧЕСТВА МАРИНЫ ЦВЕТАЕВОЙ

М.П. Сергеев, В.С. Гордова

Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова

Творчество многих поэтов оказывает большое психологическое воздействие на читателей, так как содержание стихов почти всегда насыщено яркими эмоциональными переживаниями. На определённом этапе своей жизни каждый человек может начать писать стихи, сублимируя сильные, неотрагированные чувства. "Я смотрю в эту чёрную бездну, я бессмертьем пришта к годам, будет день, я, наверно, исчезну, но тебе я исчезнуть не дам". Это стихи девушки — пациентки врача-психиатра, переживавшей в тот период разлуку с возлюбленным, чувства тоски, печали, присущие депрессивному состоянию. Как и в этом случае, психиатры довольно часто сталкиваются с творчеством людей, имеющих психоэмоциональные проблемы, например, при проведении посмертной судебно-психиатрической экспертизы в отношении лица, завершившего свою жизнь самоубийством. При этом творчество суицидента может быть единственным источником объективной информации, свидетельствующей о причинах его деструктивного поведения.

До настоящего времени неизвестными являются мотивы самоубийства великого поэта прошлого века Марины Ивановны Цветаевой.

Что мы знаем о ней? М.И. Цветаева родилась 26 сентября 1892 г., умерла 31 августа 1941 г., в возрасте 48 лет, закончив свою жизнь самоубийством через повешение. К моменту смерти проживала в Елабуге, в доме 10 по улице Ворошилова, работала в государственном литературном издательстве переводчицей. В предсмертной записке, обращенной к сыну, написала следующее: "Мурлыга! Прости меня, но дальше было бы хуже. Я тяжело больна, это — уже не я. Люблю тебя безумно. Пойми, что я больше не могла жить. Передай папе и Але — если увидишь — что любила их до последней минуты и объясни, что попала в тупик" [1].

Чтобы понять, что же заставило М.И. Цветаеву считать себя "тяжело больной", "попавшей в тупик", необходимо проследить весь её жизненный путь.

Известно, что М.И. Цветаева родилась в семье интеллигентов. Отец — Иван Владимирович Цветаев, профессор Московского университета, основатель Музея изящных искусств, умер в 1913 г. от болезни сердца. Дочь "очень любил, считал талантливой, способной, развитой" [2]. Мать — Мария Александровна Мейн, поэтесса и пианистка, умерла летом 1906 г. от туберкулеза. Имела "главенствующее влияние" в семье, требовала от дочери гениальности, "ставила на неизвестное, на себя — тайную, на себя — дальше, на несбывшегося сына Александра, который не мог всего не мочь" [1]. "Когда вместо желанного, предreshённого, почти приказанного сына Александра родилась только всего я, мать, самолюбиво проглотив вздох, сказала: "По крайней мере, будет музыкантша" [2].

Марина Цветаева до десяти лет жила в Москве, вместе с матерью, отцом, младшей сестрой Анастасией и двумя детьми отца от первого брака, Валерией и Андреем. Интеллектуально развивалась быстрее своих сверстников; немецкий и русский — первые языки, французский — к семи годам, владеет в совершенстве — всеми тремя. Свободно читала в четыре года, в пять играла на рояле. С раннего детства Марина Цветаева стремилась соответствовать требованиям матери, чувствовала обиду, недостаток любви, внимания с её стороны: "Я у своей матери старшая дочь, но любимая — не я. Мною она гордится, вторую — любит".

С детства характер будущего поэта был своеобразным, имел шизоидные, возбудимые, демонстративные, меланхолические черты, суждения о жизни и о себе были категоричными, катимными. Вот как М.И. Цветаева описывает себя в возрасте 7 лет. "Я: страстная любовь к чтению и писанию, равнодушие к играм, любовь к чужим, равнодушие к своим, вспыльчивость, переходящая в ярость, непомерное самолюбие, рыцарство, ранняя любовная любовь, дикость, равнодушие к боли, сдержанность и смущенность в ласке, всё в добром, ничего — злом! — строптивость, отпор, упор, растроганность до слез собствен-

ным пением — словом — интонацией — нелюбовь и презрение к грудным детям, желание потеряться, пропасть, полное отсутствие непосредственности: играла для других, когда глядят, упивание горем (...), ожесточенное упрямство (никогда — зря!) — сломишь, а не согнешь! Природная правдивость при отсутствии страха Божьего (Бог у меня начался только с 11 лет, да и то не Бог, Христос, после Наполеона!) — вообще отсутствие Бога, полувере, недуманье о нем, любовь к природе — болезненная, с тоской, наперед-расставанием, каждая березка — как гувернантка, которая уйдет. Мальчишество. Конскость. Вся — углами, остриями" (11 июня 1920 г.) [4].

Осенью 1902 г. М.И. Цветаева вместе с матерью переехала на Итальянскую Ривьеру, близ Генуи, летом 1904 г. — во Фрейбург, в 1906 г. вернулась в Москву. С 1902 г. по 1910 г. училась в гимназиях Лозанны, Фрейбурга, Москвы, закончила 7 классов. С 5 лет стала искать рифмы к словам, но первые настоящие стихи написала в 1906 г. (14-15 лет), после смерти матери [1]. В 1910 г. вышла в свет её первая книга "Вечерний альбом". В этих стихах М.И. Цветаева отразила воспоминания о детстве, родных и знакомых, размышляла о взрослой жизни. Меланхолические черты, как "наследство", полученное от матери, отчётливо прослеживались у неё в стихотворении "Маме" [5]:

*В старом вальсе штраусовском впервые
Мы услышали твой тихий зов,
С той поры нам чужды все живые
И отраден беглый бой часов.*

*Мы, как ты, приветствуем закаты,
Упиваясь близостью конца.
Все, чем в лучший вечер мы богаты,
Нам тобою вложено в сердца.*

*К детским снам, клонясь неутомимо
(Без тебя лишь месяц в них глядел!),
Ты вела своих малюток мимо
Горькой жизни помыслов и дел.*

*С ранних лет нам близок, кто печален,
Скучен смех и чужд домашний кров...
Наш корабль не в добрый миг отчален
И плывет по воле всех ветров!*

*Все бледней лазурный остров-детство,
Мы одни на палубе стоим.
Видно, грусть оставила в наследство
Ты, о мама, девочкам своим!*

Летом 1911 г. в Коктебеле в возрасте 18 лет Марина Цветаева познакомилась с 17-летним Сергеем Эфроном — красивым, высоким, болезненным (страдал туберкулёзом), пламенным, великодушным юношей, в 1912 г. вышла за него замуж [2]. В этом же году опубликовала вторую книгу своих стихов "Вечерний фонарь". В 1913 г. родила дочь и назвала, вопреки желанию мужа и отца, Ариадной. "Я назвала её Ариадной ... от романтизма и высокомерия, которые руководят всей моей жизнью. — Ариадна — ведь это ответственно. — Именно поэтому" [2].

В 1913 г. впервые в творчестве М.И. Цветаевой, молодой женщины, вышедшей замуж по большой любви, материально обеспеченной, родившей долгожданную дочь, появляются неблагоприятные стихи. В них — тоска, противопоставление себя окружающему миру, который не принимает ее. Можно было бы связать депрессивное состояние Цветаевой со смертью отца. Однако — это событие никак не отражено в творчестве поэта [5].

*Посвящаю эти строки
Тем, кто мне устроит гроб.
Приоткроют мой высокий
Ненавистный лоб.
Измененная без нужды,
С венчиком на лбу,
Собственному сердцу чуждой
Буду я в гробу.
Не увидят на лице:
"Все мне слышно! Все мне видно!
Мне в гробу еще обидно
Быть как все".
В платье белоснежном — с детства
Нелюбимый цвет!
Лягу — с кем-то по соседству?
До скончанья лет.
Слушайте! — Я не приемлю!*

*Это западня!
Не меня опустят в землю,
Не меня.
Знаю! — Все сгорит дотла!
И не приютит могила
Ничего, что я любила,
Чем жила.*

*Уж сколько их упало в эту бездну,
Разверстую вдали!
Настанет день, когда и я исчезну
С поверхности земли.
Застынет всё, что пело и боролось,
Сияло и рвалось:
И зелень глаз моих, и нежный голос,
И золото волос.
И будет жизнь с ее насущным хлебом,
С забывчивостью дня.
И будет всё — как будто бы под небом
И не было меня!
Изменчивой, как дети, в каждой мине
И так недолго злой,
Любившей час, когда дрова в камине
Становятся золой,
Виолончель и кавалькады в чаще,
И колокол в селе...
Меня, такой живой и настоящей
На ласковой земле!
К вам всем — что мне, ни в чем
не знавшей меры,
Чужие и свои?!
Я обращаюсь с требованьем веры
И с просьбой о любви.
И день и ночь, и письменно и устно:
За правду да и нет,
За то, что мне так часто — слишком грустно
И только двадцать лет,
За то, что мне — прямая неизбежность —
Прощение обид,*

*За всю мою безудержную нежность,
И слишком гордый вид,
За быстроту стремительных событий,
За правду, за игру...
Послушайте! — Еще меня любите
За то, что я умру [5].*

Последующие два года — относительно спокойный период, стихов мало, посвящены в основном дочери и мужу, но весной и осенью 1915 г. в стихах появляются эмоционально насыщенные мысли о смерти [3].

*Цветок к груди приколот,
Кто приколот, не помню.
Ненасытим мой голод
На грусть, на страсть, на смерть.
Виолончелью, скрипом
Дверей и звоном рюмок,
И лязгом шпор, и криком
Вечерних поездов,
Выстрелом на охоте
И бубенцами троек —
Зовете вы, зовете
Нелюбленные мной!
Но есть еще услада:
Я жду того, кто первый
Поймет меня, как надо —
И выстрелит в упор.*

До 1916 г. Марина Цветаева вместе с семьёй проживала в Феодосии, затем переехала в Москву, так как осенью 1916 г. муж ушёл на фронт добровольцем, и встретились супруги только через 5 лет. Этот период соответствует бурной творческой деятельности поэта.

21 июля 1916 г., письмо к П.И. Юркевичу: "Долго, долго, с самого детства, с тех пор, как я себя помню, мне казалось, что я хочу, чтобы меня любили. ... Я так стремительно вхожу в жизнь каждого встречного, который мне чем-нибудь мил, так хочу ему помочь и пожалеть, что он пугается — или того, что я его люблю, или того, что он меня полюбит и что расстроится семейная его жизнь. Этого не говорят, но мне всегда хочется сказать,

крикнуть: "Господи, Боже мой! Да я ничего от Вас не хочу. Вы можете уйти и вновь прийти, уйти и никогда не вернуться — мне все равно, я сильная, мне ничего не нужно, кроме своей души!" ... Вся моя жизнь — роман с собственной душой, с городом, где живу, с деревом на краю дороги — с воздухом. И я бесконечно счастлива. Стихов у меня много, после войны издали сразу две книги" [3].

В апреле 1917 г. рождается вторая дочь Ирина, с двумя детьми на руках М.И. Цветаева остается одна. Революция 1917 года лишает её источника существования — деньги в банке пропали, собственный дом перестал быть собственным [3].

*Плохо сильным и богатым,
Тяжко барскому плечу.
А вот я перед солдатом
Светлых глаз не опушу.*

*Город буйствует и стонет,
В винном облаке — луна.
А меня никто не тронет:
Я надменна и бедна.*

Ухудшение бытовых и материальных условий приводит к ухудшению душевного состояния. "Слушаю музыку, как утопающий. Люди жестоки. Никому нет дела до моей души. Моя жизнь, как эта записная книжка: сны, отрывки стихов тонут в записях долгов, керосина, сала. Я действительно гибну, моя душа гибнет. От стихов или музыки сейчас — слезы. ... Как бы мне хотелось говорить стихи бесконечно, чтобы меня любили! (ноябрь 1917 г.)" [4].

Впервые появляются навязчивый счёт, сверхценные идеи отношения, на их фоне — мысли о смерти. В отличие от 1913-1915 гг. можно четко проследить циклический характер творчества по количеству написанных стихов, в осенних стихах больше депрессивных мыслей [3].

*Два цветка ко мне на грудь
Положите мне для воздуха.
Пусть нарядной тронусь в путь,
Заработала я отдых свой.*

"...Потеряла за три дня 1) старинную овальную флорентийскую брошку (сожгла), 2) башмаки (сожгла), 3) ключ от комна-

ты, 4) ключ от книжного шкафа, 5) 500 р. О, это настоящее горе, настоящая тоска! Но горе — тупое, как молотом бьющее по голове. Я на одну секунду было совершенно серьезно — с надеждой поглядела на крюк в столовой, как просто! я испытывала самый настоящий соблазн. Смерть страшна только телу. Душа ее не мыслит... в самоубийстве — тело — единственный герой... (апрель 1919 г.)" [4].

*Я не хочу ни есть, ни пить, ни жить.
А так — руки скрестить, тихонько плыть
Глазами по пустому небосклону.
Ни за свободу я — ни против оной.
О Господи! Не шевельну перстом.
Я не — дышать хочу — руки крестом!* [3].

"...Все визиты ко мне: или из сожаления, или из желания восторга... Никто не приходит просто. ...Иногда ловлю себя на дурацком занятии: подсчитываю. Но странно: + и + и + все-таки получается нуль (+++=0) (июнь 1919 г.)" [4].

"Самое лучшее во мне — не лично, и самое любимое мое — не лично. Я никогда не пишу, всегда записываю, (в т.ч. вписываю, как по команде). Я просто — верное зеркало мира, существо безличное. И, если бы не было моих колец, моей близорукости, моих особенно — лежащих волос (на левом виске выются вверх, на правом вниз), всей моей особенной повадки — меня бы не было (июль 1919 г.)" [4].

"Меня презирают — (и вправе презирать) — все. Служащие за то, что не служу, писатели за то, что не барыня, барыни за то, что в мужских сапогах (прислуги и барыни!). Кроме того — все — за безденежье, $\frac{1}{2}$ презирают, $\frac{1}{4}$ презирает и жалеет, $\frac{1}{4}$ жалеет ($\frac{1}{2} + \frac{1}{4} + \frac{1}{4} = 1$) (28 ноября 1919 г.)" [4].

В 1920 г. состояние усугубляется в связи со смертью трёх-летней дочери Ирины, которая умерла от голода в приюте. В её смерти Марина Цветаева винит себя, депрессивные идеи отношения остаются на всю жизнь.

"У меня большое горе, умерла в приюте Ирина, 3 февраля, 4 дня назад. И в этом виновата я. Я просто еще не верю! — Живу со сжатым горлом, на краю пропасти. Господи, если придется Алю (Ариадну) отдать в санаторий, я приду к Вам, буду спать

хотя бы в коридоре или на кухне — ради Бога! — я не могу в Борисоглебском, я там удавлюсь (Москва, 7/20 февраля 1920 г.)" [4].

"... С людьми мне сейчас плохо, никто меня не любит, никто — просто ... не жалеет, чувствую всё, что обо мне думают, это тяжело. Да ни с кем и не вижусь (25 февраля 1920 г.)" [4].

На Н. Мандельштам, в тот период М.И. Цветаева произвела "впечатление абсолютной естественности и сногшибательного своенравия. ... Она была с норовом, но это не только свойство характера, а ещё и жизненная установка. ...она везде и во всём искала упоения и полноты чувств. Ей требовалось упоение не только любовью, но и покинутостью, заброшенностью, неудачей" [2].

Мысли о смерти ярки в мае-июне 1920 г. В июне 1920 г. появляются мысли о самоубийстве через повешение, весной 1921 г. — через отравление. Суицидные мысли захлестывают сознание М.И. Цветаевой. Она становится "не вольна над собой". Идеи отношения приобретают более негативный оттенок. Чётко прослеживается циклический характер творчества [3].

"Мои стихи никому не нужны: у НН есть Пушкин и Бунин, у М<илио>ти свои (плохие). Пишу только для себя — чтобы как-нибудь продышаться сквозь жизнь и день. Никто не знает, на каком волоске я вишу (10 мая 1920 г.)" [4].

"О, я себя боюсь! Я ведь совсем не вольна над собою. С каким страхом я тысячу раз в день прислушиваюсь к себе: ну как? — ничего, кажется. И вдруг — пустота, упадок воли, день бесконечен, ничто не могу, ложусь на диван, двинуться не могу, умереть! умереть! умереть! — и ничего не случилось, день шел, солнце светило, никто не обидел. Моя душа одинаково открыта для радости, как и для боли, с меня не просто кожа содрана. Я не знаю, как живут другие, я знаю только, что я десять раз в день хочу — рвусь! — умереть (май, 1920 г.)" [4].

"Быстро — быстро — быстро — ни пером, ни мыслью не угонюсь — думаю о смерти. Рана: маленькая дырочка, через которую уходит — Жизнь. Смерть для меня будет освобождением от избытка, вряд ли удастся умереть совсем. Я, более чем кто-либо достойна умереть через кровь (em Blutstrohl — поток крови

(нем.), с грустью думаю о том, что неизбежно умру в петле (июнь 1921 г.)" [4].

"Почему меня никто не любит? Не во мне ли — вина? ... Мне и так уж кажется, что со мной говорят только из жалости (одна — и ребенок умер — и с мужем разлучена — и Аля такая худая — и к тому же талантливая, кажется). Откуда это у меня — с детства — чувство преследования? Не была ли я еврейкой в Средние века? В глазах каждой встречной дамы читаю: Если бы тебя одеть! И ни одна не читает в моем открытом правдивом взгляде коварного: Если бы тебя раздеть! (весна 1921 г.)" [4].

*Столкнув меня в канаву —
Благое дело сотворите мне
Что из-за Вас — новый холм* (23 мая 1920 г.).

*Затем и посылает беды
Бог, что живой меня на небо
Взять замышляет за труды* (16 мая 1920 г.).

*Мне ж от Бога будет сон дарован
В безымянном, но четном гробу* (21 мая 1920 г.).

*Мне женихом — топор послужит,
Помост мне будет алтарем!* (25 мая — 13 июля 1920 г.).

*Руки заживо скрещены,
А помру без причастья* (июнь 1920 г.).

*Как мне хочется,
Как мне хочется
Потихонечку умереть!* (июль 1920 г.).

*Я на красной Руси
Зажилась — вознеси!* (октябрь 1920 г.).

*Знаю, умру на заре! На которой из двух,
Вместе с которой из двух — не решишь сразу!* (декабрь 1920 г.).

*Пожелайте мне смуглого цвета
И попутного ветра!*

...в Лету,

Без особой приметы (19 ноября 1921 г.).

*Знаю! Нечаянно
В смерть отступлюсь* (20 ноября 1921 г.).

*Ах, с откровенного отвеса —
Вниз — чтобы в прах и в смоль!*

*Дабы с гранитного надбровья —
Взрыв — выдышаться в смерть!* (30 июня 1922 г.) [3].

В 1922 г. Марина Цветаева узнает о том, что муж в Чехии ждет её приезда. Вместе с дочерью переезжает к нему. В сентябре 1922 г. безумно влюбляется в Константина Родзевича (друга мужа), испытывает неразделённые чувства. Впадает в глубочайшую депрессию, принимает лекарства. "Любовь и бром работают врозь, бром клонит в сон, любовь клонит в смерть". Именно в это время создаёт "Поэму конца". Появляются страх одиночества, деперсонализация, не чувствует себя собой, обостряются негативные идеи отношения.

"Я та песня, из которой слова не выкинешь, та пряжа, из которой нитки не вытянешь. Не нравлюсь — не пойте, не облачайтесь. Только не пытайтесь исправить, это дело не человеческое, а Божье: будет час — сама (т.е. иным велением!) расплету, распушу, песню отдам ветрам, пряжу свою гнездам. Это будет час моей смерти, рождение в другую жизнь (апрель 1923 г.)" [4].

"Думаю о смерти с усладой. Милый, я бы хотела, чтобы это было ... Держи меня крепче, не отпускай, не уступай, не возвращай меня — Жизни. Столкни лучше в Смерть. ... После Вас никого: лучше смерть. Вообще, после нашей встречи я перестала ценить себя. Я завидую каждому встречному, всем простым, вижу себя игрищем каких-то слепых сил (демонов!), а сама у себя под судом, мой суд дороже Вашего, я себя не люблю, не щажу (октябрь — ноябрь 1923 г.)" [4].

"...И убийственно страшит одиночество, вот ½ ч. остаться одной. Чувствую вес каждой минуты. Мыслей почти нет, есть одно что-то, нескончаемое. И — огромная апатия, страшно пойти в лавку за спичками, какой-то испуг (10 ноября 1923 г.)". 15 марта 1926 г., Сувчинскому: "...А о себе и о своем — раздвоении — Вы правы. Но у меня пуще, чем разминование — равнодушие. Мне нет дела до себя. Меня — если уж по чести — просто нет. Вся я — в своем, свое потеряла... Я — это то, что с наслаждением брошу, сброшу, когда умру. Я — это когда меня бросает МОЁ. Я — это то, что меня всегда бросает. "Я", все что не я во мне, все, чем меня заставляют быть. И диалог МОЕГО со мною всегда открывается словами: "Вот видишь, какая ты дура!"

(Моё — мне). И догадалось: "Я" ЭТО ПРОСТО ТЕЛО... Всё НЕПРЕОБРАЖЕННОЕ. Не могу, чтобы это любили. Я его сама еле терплю. В любви ко мне я одинока, не понимаю, томлюсь" [4].

Мысли о смерти присутствуют в стихах, в "Поэме Конца" и в дневниковых записях. Циклический характер творчества по количеству написанных стихов в этот период прослеживается нечётко, так как создаются и стихи, и поэмы.

Благотворно сказывается рождение в 1925 г. сына Георгия (Мура) — активная переписка, статьи, новые книги отвлекают от финансовых и семейных проблем. В 1925 г. семья вновь переезжает, до 1939 г. живёт во Франции. Известно, что за период с 1922 по 1928 гг., у М.И. Цветаевой в России были опубликованы книги стихов "Царь-Девница" и "Версты", в Берлине — "Разлука", "Ремесло", "Психея", поэма "Царь-Девница" и "Стихи к Блоку", в Праге — поэма "Молодец". Позже, в Париже выходит книга стихов "После России". В зарубежной периодической прессе выходят пьесы М.И. Цветаевой "Фортуна", "Приключение", "Конец Казановы", "Метель", "Поэма Горы", "Поэма конца", "Лестница", "С Моря", "Попытка комнаты", "Поэма Воздуха", две части трилогии "Тезей", "Новогоднее", "Красный бычок", поэма "Сибирь", перевод на французский поэмы "Молодец" [1]. Цветаева много встречается с людьми искусства.

Из воспоминаний В.Л. Андреева: "Когда мы встретились в первый раз в Париже, 1925 г., я не мог отделаться от двойственного чувства — той Цветаевой, которой я ожидал, не оказалось: я думал, что она золотоволосая, воздушная, прозрачная — Психея — и вместо этого встретился с женщиной ещё очень молодой ... но поразившей меня своей неженственностью: большие, выразительные мужские руки, движения резкие и порывистые, голос жёсткий и отчётливый. Всё было в ней резко и неуютно. ... Понадобился не один месяц частых встреч ... чтобы понять, что вся эта внешняя резкость не настоящее, а игра, маска, прикрывающая подлинного человека и, прежде всего, человека очень женственного, гордого до болезненности" [2].

Из воспоминаний З. Шаховской: "И не так уж много раз встречалась я с Мариной Цветаевой. Думаю, впервые видела я

её в начале тридцатых годов. Она ... казалась мне отдалённой во времени и вообще совсем особой, ни на кого не похожей. ... Как будто она жила совсем в другом плане, чем все, парила на каких-то высотах, ходила по каким-то вершинам, совершенно не замечая "плана земли", тяжести быта" [2].

Кризисной становится ситуация взросления дочери Ариадны. В детстве боготворившая мать и бывшая фактически ее отражением, Ариадна из девочки-вундеркинда превратилась в своенравную девушку. В дневниковых записях М.И. Цветаевой вновь появляются мысли о смерти. К ухудшению эмоционального состояния прибавляется ухудшение соматического состояния. Стихов мало, пишет в основном автобиографическую прозу, где рассказывает о Москве начала века, о своем детстве: "Герой труда" (о Брюсове), "Живое о живом" (о Волошине), "Пленный Дух" (встреча с Андреем Белым), "Наталья Гончарова" (жизнь и творчество), повести из детства: "Дом у Старого Пимена", "Мать и Музыка", "Черт", "Мой Пушкин" и многое другое [1].

"Весной будет ровно десять лет, как я уехала из России, летом — ровно десять лет, как приехала в Чехию, осенью (1 ноября) ровно семь лет, как уехала из Чехии, т.е. приехала во Францию... Настоящих друзей здесь у меня не было, были только кратковременные дружбы, не выжившие... Во Франции — за семь лет моей Франции — выросла и от меня отошла — Аля. За семь лет Франции я бесконечно остыла сердцем, иногда мне хочется — как той французской принцессе перед смертью — сказать: Rien ne m'est plus. Plus ne m'est rien // Больше мне ничего не остается. Больше мне не остается ничего // (1 января 1932 г.)" [4].

О дочери: "Стоило мне убивать на нее жизнь? Порождать ее восемнадцати лет, отдавать ей свою молодость и в Революцию — свои последние силы???" (21 июня 1933 г.). "Отношения с Алей... последние годы верно и прочно портились...она любила меня до четырнадцати лет — до безумия. Она жила только мною... У меня за эти дни впервые подалось сердце...Не могу ходить быстро, даже на ровном месте. А всю жизнь летала... Но я достоверно — зажила (ноябрь, 1934 г.)" [4].

"Мне часто снится, что я себя убиваю. Стало быть, я хочу быть убитой, этого хочет мое скрытое я, мне самой незнакомое, только в снах узнаваемое, вновь и вновь познаваемое (апрель, 1933 г., в переводе с французского)". "...Мне все эти дни хочется написать свое завещание. Мне вообще хотелось бы не — быть (21 ноября 1934 г.)" [4].

Весной 1937 г. дочь М.И. Цветаевой Ариадна уехала на родину. Осенью того же года уезжает Сергей Эфрон. Уже несколько лет завербованный органами НКВД, он оказывается замешанным в политическом убийстве и срочно, при помощи советской разведки бежит из Франции [2]. В июне 1939 г. М.И. Цветаева вместе с сыном также возвращается в Советский Союз, "чтобы дать сыну Родину". Здесь она временно обитает в Подмоскovie, на съемных квартирах. В конце августа 1939 г. арестовывают Ариадну, в октябре — Сергея Эфрона. М.И. Цветаева остаётся без денег и без жилья, эвакуируется в Елабугу, где работает переводчицей.

В последние годы жизни стихов почти не пишет. Переводит на русский язык поэмы В. Пшавела, баллады о Робин Гуде, немецкие и французские народные песни, несколько стихотворений польских, болгарских поэтов, на французский язык — стихи М.Ю. Лермонтова. "Я б хотел забыться и заснуть" переводит: Ah, m'e'vanourir — mourir — dormir! (Ах, забыться, умереть, уснуть, хотя у Лермонтова нет слова "умереть"). Последний творческий подъем в январе 1940 г., два из четырех стихотворений свидетельствуют о депрессии, в них страх долгой смерти. Мысли о самоубийстве постоянны. Деперсонализация возвращается и остается до момента смерти, о чем свидетельствует и предсмертная записка.

"В общем, подо всем: работой, хождением в Дом Отдыха, поездками в город, беседами с людьми, жизнью дня и снами ночи — тоска ...прошу простить за скуку этого письма, автор которой не я (февраль, 1940 г.)" [4].

Из дневника сына: "Мать плачет и говорит о самоубийстве (27 августа 1940 г.)" [1].

Из письма Г. Эфрона С.Д. Гуревичу: "Я вспоминаю Марину Ивановну в дни эвакуации из Москвы, её предсмертные дни в

Татарии. Она совсем потеряла голову, совсем потеряла волю; она была одно страдание" [2].

"Я больше не живу. Не пишу, не читаю. Все время хочу что-нибудь сделать, но не знаю — что? За город я с таким багажом не поеду: убьют! и загород, вообще, гроб. Я боюсь загорода, его стеклянных террас, черных ночей, слепых домов, это — смерть, зачем умирать так долго? ...Перестала убирать комнату и еле мою посуду: тошнит — от всего... Издыхаю. Но — меня жизнь за этот год — добила. Исхода не вижу (август 1940 г.)" [4].

"О себе. Меня все считают мужественной. Я не знаю человека робче себя. Боюсь — всего. Глаз, черноты, шага, а больше всего — себя, своей головы — если это голова — так преданно мне служившая в тетради и так убивающая меня — в жизни. Никто не видит — не знает, что я год уже (приблизительно) ищу глазами — крюк, но их нет, потому что везде электричество, никаких "люстр"?.. Я год примеряю — смерть. Все — уродливо и — страшно. Проглотить — мерзость, прыгнуть — враждебность, исконная отвратительность — воды. Я не хочу пугать (посмертно), мне кажется, что я себя уже — посмертно — боюсь. Я не хочу — умереть, я хочу — не быть (сентябрь, 1940 г.)" [4].

31 августа 1941 г., в воскресенье, когда дома никого не было, М.И. Цветаева осуществила своё желание уйти из жизни, повесившись в сенях избы. Оставила три записки: сыну, Асеевым и тем, кто будет её хоронить. 2 сентября 1941 г. Марину Цветаеву похоронили на Елабужском кладбище. Могила не найдена [2].

Так что же привело Марину Цветаеву к самоубийству? Психологические особенности её характера: природная склонность к меланхолии, неумение приспособливаться к изменяющимся социальным условиям? Принадлежность к социальной группе творчески одарённых людей, в которой самоубийство является нормативным ("Кто кончил жизнь трагически, тот истинный поэт", В.С. Высоцкий)? Хроническая психическая травма? Или нечто большее, что скрывалось за фасадом личностного своеобразия и внешнего психосоциального воздействия?

Предполагаем, что у М.И. Цветаевой с 1913 г. до момента смерти наблюдалась циклотимическая депрессия, возникшая на отягощённом наследственно-конституциональном фоне, без какой-либо видимой причины и, протекавшая определёнными фазами, преимущественно в осенне-зимние периоды, в которые было создано наименьшее число стихотворений, а их содержание имело отчётливые суицидные тенденции. Субъективное неблагополучие, дискомфорт, изменённость самоощущения циклично прослеживались в творчестве Цветаевой, но внешне были малозаметны, совместимы с привычной интеллектуальной деятельностью поэта. На первый план выступала роль личностного склада Цветаевой, её личностного опосредования собственных депрессивных переживаний (романтизм и высокомерие, сногшибательное своеобразие на фоне неприятия своего физического "Я", неудержимые поиски неразделённой любви, как символа смерти, упоение не только любовью, но и покинутостью, заброшенностью, неудачей, с отрешённостью от окружающей действительности и др.). С возрастом и под давлением внешних социально-психологических факторов отмечалось нарастание и удлинение частоты меланхолических фаз. В последний год жизни Цветаевой её депрессия достигла психотического уровня. Эмоциональные страдания значительно ослабили сознательную и волевую регуляцию поведения, был преодолён инстинкт самосохранения и, не меньший по значимости для женщины, инстинкт материнства. Хочется предположить, что обращение М.И. Цветаевой к профессиональному психиатру могло облегчить и прекратить её душевные переживания (особенно в наш век с его большими достижениями в психофармакотерапии и психотерапии). От всего вышесказанного творчество М.И. Цветаевой не теряет своей красоты и привлекательности. Оно по-прежнему остаётся источником эмоционального вдохновения для многих людей, интересующихся поэтическим наследием прошлого.

Литература

1. Саакянц А.А. Марина Цветаева. Жизнь и творчество. М.: Эллис Лак, 1999.

2. Саакянц А.А., Мнухин Л.А. Марина Цветаева: Фотолетопись жизни поэта. М.: Эллис Лак, 2000.
3. Цветаева М.И. Собрание сочинений: В 7 т. М.: Эллис Лак, 1994-1995.
4. Цветаева М.И. Неизданное: Записные книжки: В 2 т. М.: Эллис Лак, 2000, 2001.
5. Цветаева М.И. Книги стихов. М.: Эллис Лак, 2000, 2004.

РЕАБИЛИТАЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА

К ВОПРОСУ О СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН-БЕЖЕНОК ПОСЛЕ ИХ РЕПАТРИАЦИИ

Д.М. Мухамадиев, Ш.М. Гулямов

*Таджикский государственный медицинский университет
им. Абу Али ибн Сины*

Проблема разработки адекватных подходов к медико-социальной реабилитации различных категорий лиц с посттравматическими расстройствами и расстройствами адаптации в последние годы привлекает пристальное внимание психиатров в связи с возникновением указанных расстройств у больших групп гражданского населения, в первую очередь у беженцев и вынужденно перемещенных лиц (Ю.А. Александровский, 1996, 2001; Н.Н. Сарджвеладзе, 1996; С.Р. Figley, 1986; World Health Organization, 1999; К. Kumar, 2000).

Исследования, посвященные данному вопросу, основаны на наблюдениях больших групп вынужденно перемещенных лиц, продолжающих оставаться в странах перемещения и испытывающих комплекс специфических воздействий, связанных с пребыванием вдали от родины в чужеродной социальной среде (Г.У. Солдатова, 2001; А.Г. Асмолов, 2001; М.Ш. Магомед-Эминов, 2001).

Вместе с тем проблема социально-психологической реабилитации беженцев, возвратившихся в места своего постоянного проживания, при всей своей актуальности и нерешенности как в мире, так и в странах бывшего СССР все еще недостаточно разработана.

Анализ процесса возвращения таджикских беженцев, репатриированных из Афганистана в 1997-1998 гг. (Т.Б. Дмитриева, К.Л. Иммерман, Д.М. Мухамадиев, 2000) показывает, что, хотя

данная категория беженцев подвергалась целому комплексу мощных психогенных воздействий, связанных с вынужденным перемещением в результате вооруженного конфликта и многолетним пребыванием в лагерях беженцев в Афганистане, в настоящее время главными проблемами для них продолжают оставаться объективные сложности реинтеграции, то есть восстановления своей социальной роли в прежней микросоциальной среде.

Для решения проблемы нужны принципиально новые подходы к терапии и реабилитации репатриантов, основанные на особенностях указанного контингента таджикских репатриантов с учетом широкого спектра психических расстройств психотического и непсихотического уровня.

В статье рассмотрены основные подходы к организации системы социально-психологической реабилитации женского контингента беженцев в отдаленном периоде (от 2 до 5 лет) после возвращения на Родину. Они основаны на факторном принципе, т.е. выделении наиболее значимых факторов, участвующих в реадaptации беженцев после их возвращения в прежнюю микросоциальную среду.

Анализ факторов социально-психологической дезадаптации таджикских женщин-беженек показал, что проблемы и сложности возвращения и реинтеграции в прежнее сообщество характерны для более 25 % обследованных. Наиболее значимыми факторами дезадаптации оказались разрушенные дома, хозяйства, инфраструктура, негативное отношение остальной части населения к беженцам за их принадлежность к противоборствующим группам, отсутствие средств к существованию и перспективы дальнейшей жизни, тревога за судьбу близких и детей.

Важным фактором, способствовавшим процессу реабилитации беженек после их возвращения на прежнее место жительства явились масштабные правительственные реинтеграционные программы, осуществлявшиеся в районах компактного проживания беженцев при поддержке различных международных гуманитарных организаций. Большая часть этих программ была направлена на сокращение периода реадaptации беженцев и скорейшую интеграцию в прежнее микросоциальное окружение

и включали проекты по восстановлению и возвращению жилья беженцам, предоставлению микрокредитов для восстановления личного хозяйства женщин-глав семей, потерявших мужей в период вооруженного конфликта. За период 1993-1998 гг. было восстановлено более 10 000 домов, школ, детских садов, медицинских учреждений и других объектов социальной инфраструктуры в местах компактного проживания беженцев, созданы новые рабочие места, выделены средства для оказания материальной поддержки женщинам, осуществлен ряд образовательных проектов для детей-репатриантов.

Важным фактором социального блока реабилитационных мероприятий стало активное привлечение репатрианток к реализации вышеуказанных программ. Как показали проведенные исследования, основной психологической проблемой, препятствовавшей скорейшей адаптации репатриантов, явились взаимоотношения репатриантов с прежним социальным окружением. Чувство вины и стыда репатрианток за участие их мужей, отцов, братьев в вооруженном конфликте, с одной стороны, и факты негативного отношения населения к репатрианткам — с другой, легли в основу комплексных реинтеграционных программ, направленных на повышение толерантности общины к репатриантам, совместному решению проблем в общине, вовлечение репатриантов в активную социальную деятельность.

Немаловажная роль в социально-психологической реабилитации принадлежит масштабным реинтеграционным проектам, направленным на восстановление и укрепление психологической атмосферы в микросоциуме, мобилизации общин к восстановлению инфраструктуры, снятию социально-психологической напряженности между репатриантами и остальным населением. Особое место в данных проектах продолжают занимать программы социальной реабилитации женщин, потерявших мужей в период войны, и их детей. С 1997 г. в общественную жизнь было вовлечено более 35 % репатрианток. С учетом актуальной проблемы безработицы среди репатриантов, было обеспечено финансирование программ восстановления хозяйства (разведение домашних животных, организация швейных артелей и обеспечение рабочими местами).

Таким образом, мероприятия по социальной реабилитации репатриантов в местах их компактного проживания можно представить следующим образом:

- реинтеграционные проекты, направленные на решение социальных проблем репатриантов;
- вовлечение репатриантов в решение социальных проблем и формирование толерантности к репатриантам среди остального населения.

Специфика клинических состояний репатрианток, сложность и многофакторность этиопатогенетических механизмов выявленных психических расстройств обусловили необходимость разработки специфических подходов к терапии и реабилитации репатриированных беженцев.

В связи с этим мероприятия по психологической реабилитации и коррекции психических расстройств проводились в рамках реабилитационных программ.

Следует отметить, что в зависимости от клинического состояния и характера социально-психологической дезадаптации отмечалась различная степень резистентности пациентов, находившихся на амбулаторном наблюдении и лечении в лечебных учреждениях по месту жительства.

Так, при сохранении психогенно-травмирующих либо дезадаптирующих факторов (напряженная атмосфера в ближайшем окружении, восстановление хозяйства, нерешенность правовых проблем, неустроенность детей) при наличии симптомов тревоги и эмоционального напряжения мероприятия по коррекции данных расстройств не давали ощутимого эффекта.

Практически у всех обследованных беженцев отмечалась положительная корреляция между устранением факторов дезадаптации и восстановлением социального функционирования, компенсацией психических нарушений и улучшением их состояния.

Особую сложность представляют лечение и реабилитация репатрианток с пограничными нервно-психическими нарушениями. Бедственное состояние лечебно-профилактических учреждений после гражданской войны и социально-экономического кризиса (неукомплектованность врачевными

кадрами, недостаточное медикаментозное обеспечение, а также фактическое отсутствие диспансеризации) обусловили крайне низкую обращаемость репатрианток в лечебные учреждения, и как следствие — низкую выявляемость нервно-психических расстройств.

Несколько иная картина складывается в группе больных с пролонгированными и эндогенизированными депрессивными состояниями. Здесь удельный вес выявленных больных несколько выше, что объясняется более выраженным характером психических расстройств. Кроме того, масштабные проблемы социального плана, с которыми столкнулись репатрианты после возвращения, продиктовали необходимость разработки комплексных программ медико-социальной помощи.

Проведение полноценной комплексной терапии затрудняется нежеланием репатриантов участвовать в процессе реабилитации из-за отсутствия уверенности в благоприятном исходе, нередко и отказом от помощи специалистов. Во время первичного обследования и бесед обследованные неохотно рассказывали о пережитом, испытывали чувство стыда, печали, злости, нарушение взаимосвязи с обществом вызывало в них чувство одиночества, изоляции, психологического оцепенения, а также повторное переживание событий в форме ночных кошмаров, бессоницы, эмоциональных взрывов и т.д.

Следует отметить, что важной особенностью реабилитационных мероприятий в обследованном контингенте являлось психологическое сопровождение социальных мероприятий по реабилитации. Так, компонент социально-психологического консультирования был включен в программу реабилитации по таким направлениям, как восстановление личных хозяйств и домов репатриантов, обеспечение доступа к медицинским услугам, правовой и образовательной помощи.

В связи с этим основной направленностью реабилитационных мероприятий являлось нивелирование пассивного принятия личной трагедии и создание новой мотивации, ценностей и содержания смысла жизни. Активный расспрос, доброжелательное и внимательное выслушивание, "проговаривание" наиболее неприятных воспоминаний позволяло уменьшить аффективное

напряжение, структурировать переживания и активизировать целенаправленную деятельность пострадавших. Суммарно все использованные приемы реабилитации можно систематизировать следующим образом:

- изменение отношения больных к психотравмирующей ситуации, осознание долгосрочности адаптации;
- коррекция личностных установок и поведения больного, его внутренней позиции;
- направленное воздействие на симптоматику выявленных психических расстройств (психофармакотерапия).

Катамнестическим наблюдением обследованных репатриантов была отмечена положительная динамика расстройств у 187 больных, находившихся под наблюдением в психиатрических учреждениях (64,6 %), проявлявшаяся в стабилизации жизненной позиции, активизации социального функционирования, планирования будущего родных, близких, детей.

Таким образом, социально-психологическая реабилитация играет важную роль в системе общих мероприятий по скорейшей реадаптации беженцев к прежним местам проживания. Применение наряду с медикаментозной терапией мер по улучшению социального функционирования, в первую очередь социально-психологической помощи, позволяет сократить период дезадаптации и вернуть репатриантов к полноценной жизни.

Литература

1. Александровский Ю.А. Пограничная психиатрия и современные социальные проблемы. М., 1996. С. 20.
2. Асмолов А.Г. Какстроить мигранта в общество: кризис утраты смысла существования. Психологи о мигрантах и миграции в России // Информ.-аналит. бюл. фак. психологии МГУ им. М.В. Ломоносова. М., 2001. Вып. 2. С. 12-17.
3. Бушков В.И., Миккульский Д.В. Анатомия гражданской войны в Таджикистане (этносоциальные процессы и политическая борьба 1992-1995 гг.) М., 1996. С. 12-15.
4. Дмитриева Т.Б., Иммерман К.Л., Мухамадиев Д.М. О факторах социально-психологической дезадаптации беженцев в местах их временного пребывания // Рос. психiatr. журн. 2000. №6. С. 53-56.

5. Сарджвеладзе Н. Опыт психосоциальной реабилитации беженцев. Тбилиси, 1996.
6. Figley C.R. Traumatic Stress: The role of the Family and Social Support System // Trauma and its Wake. Ed. by C.R. Figley, 1986. Vol. 2. P. 39-57.
7. Kumar K. Women and women's organizations in post-conflict societies: The role of International assistance // USAID program and operations assessment report. 2000. No 28 (December). P. 45-48.
8. WHO. Declaration of Cooperation in Mental Health of Refugees and Internally Displaced Populations in Conflict and Post-Conflict Situations / Ed. M. Petevi. WHO, Pre-final draft. Geneva, 1999.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОИЗВЕДЕНИЙ
ЛИТЕРАТУРЫ В ПРОЦЕССЕ
АНТИАДДИКТИВНОГО ВОСПИТАНИЯ
УЧАЩИХСЯ**

А.В. Худяков

Ивановская государственная медицинская академия

Как было ранее нами показано, одним из направлений анти-аддиктивного воспитания учащихся может быть воздействие на них через учебный предмет. В соответствии с этим мы подготовили пособия для учителей истории и литературы (А.В. Худяков, Е.Д. Лыскова, 2001, 2002). В данном сообщении приводятся наиболее яркие примеры из творчества отечественных писателей, которые можно использовать на уроках литературы и в лекционной пропаганде.

Повесть Н.В. Гоголя "Тарас Бульба". Запорожская Сечь в изображении Гоголя — вольная республика, в которой удаль сочеталась с разгулом. В то бранное время главным "подвигами" казаки считали воинскую храбрость и "бражничество". Большое скопление мужчин при отсутствии облагораживающего влияния женщин, беззаботное препровождение свободного времени вдали от семьи, родного дома, безделье привели к тому, что пьяный разгул стал основной формой проявления достоинства воина вне поля сражения. Во время похода употребление вина категорически запрещалось. И хотя в Запорожской Сечи — этой "естественной" республике не было писаных законов, казаки знали о том, что "...пьяница в походе был недостоин христианского погребения", что для верующего человека являлось страшным наказанием. Нарушение этого запрета приводило к непоправимым последствиям. Вот одно из них. Казаки, расположившиеся перед крепостными воротами, были мертвецки пьяны. Войска поляков вошли в казачий лагерь незаметно. Половина казаков была перебита, а куренной атаман Хлеб был взят в плен. Объясняя случившееся своим товарищам, атаман Кукубенко сказал: "... мы сидели без дела, маячились попусту перед городом. Ни поста, ни другого христианского воздержания не было: как же может

статься, чтобы на безделье не напился человек. Греха тут нет". Среди персонажей повести — кабатчик, о котором автор говорит, что после его появления вся округа стала разоряться из-за повального пьянства: "... все валилось и дряхлоло, все распивалось, и оставалась бедность да лохмотья..."

Комментарий психолога. Казаки представляют собой особую сословную группу, которая формировалась преимущественно из беглых крепостных крестьян и лиц, преследуемых властями. Все они находили себе убежище на окраинах России. Такие условия сформировали особый тип личности: бесшабашно-удалой, склонный к риску, не терпящий однообразия обыденной жизни. Пьянство в их среде рассматривалось как естественное проявление мужских качеств. Именно поэтому атаман Кукубенко фактически оправдывает своих опозоренных друзей.

Рассказ А.П. Чехова "Средство от запоя". Следует обратить внимание на характерную для Чехова особенность: он дает своим героям символические имена, что особенно ярко проявилось в этом рассказе. Так, страдающего запоями артиста зовут Фениксов-Дикообразов 2-й. Как птица Феникс возрождалась после сожжения, так и артист возрождается после очередного запоя. Артистическая фамилия Дикообразов отражает его внешний вид во время пьянства, а приставка 2-й свидетельствует о типичности таких артистов, т.е. явления как такового.

Комментарий нарколога. Парикмахер Гребешков использует для прерывания запоя артиста метод, который несколько напоминает появившуюся впоследствии условно-рефлекторную терапию, основанную на выработке физиологического отвращения к алкоголю. Чтобы принудить к лечению, он прибегает к физическому насилию, оправдываясь тем, что бьет не артиста, "...а беса, что в них сидит". Парикмахер добавляет к водке, столь возжеленной для Дикообразова, различные средства, вызывающие рвоту и иные неприятные ощущения. "Процесс лечения" продолжается несколько дней, после чего удается прервать запой и артист может играть в спектаклях. Показательно, что Дикообразов не только не обижается на Гребешкова, но даже берет его с собой в Москву.

Рассказ Н.С. Лескова "Тупейный художник". *Комментарий психолога*. В произведении описано развитие реактивного психоза (депрессии) у молодой крестьянки Любы после грубого надругательства над ней. Происшедшее рассматривается ею как трагическая, непоправимая беда, особенно тяжело переживаемая после крушения надежды на благополучный побег с любимым человеком от барина-крепостника. Развившаяся депрессия начинается с попытки самоубийства. На протяжении последующих трех лет состояние несколько стабилизируется, хотя полного выздоровления не наступает. Повторная психическая травма — смерть любимого человека — углубляет депрессивное состояние. Тяжесть депрессии отражает моторная заторможенность, "окаменение", неспособность плакать. Депрессия носит затяжной характер и для облегчения состояния используется традиционное народное средство — алкоголь, который ухаживающая за Любой крестьянка Дросида называет "ядом для забвения". Страдания облегчаются, но полного выздоровления не происходит. Более того, развивается алкогольная зависимость, а депрессия принимает хронический характер.

Роман Л.Н. Толстого "Воскресение". *Комментарий психолога*. Толстой описывает пристрастие главной героини к курению и спиртному: "Маслова курила уже давно, но в последнее время связи своей с приказчиком и после того, как он бросил ее, она все больше и больше приучалась пить. Вино привлекало ее не только потому, что оно казалось ей вкусным, но оно привлекало ее больше всего потому, что давало ей возможность забывать все то тяжелое, что она пережила, и давало ей развязность и уверенность в своем достоинстве, которых она не имела без вина. Без вина ей было уныло и стыдно." Таким образом, автор не только показывает мотивацию злоупотребления алкоголем женщиной, но и связь его с курением, которое в те годы среди женщин было крайней редкостью. В описании становления характера Масловой в детстве автор выделил один существенный момент — его двойственность, наличие двух влияний: строгости, доходящей порой до жестокости, и избалованности. Преступление, совершенное Масловой, состояло в том, что она подсыпала порошок в вино, для того чтобы усыпить пьяного купца,

надоевшего ей своими приставаниями. Однако полученное ею от другого человека зелье оказалось не опиумом, который использовался в качестве снотворного, а мышьяком, от которого купец умер. Впрочем, он вполне мог умереть и от опия, поскольку его сочетание с алкоголем несовместимо.

Роман Л.Н. Толстого "Анна Каренина". *Комментарий врача-нарколога*. В этом произведении показано применение производного опия (морфина) уже без назначения врача в качестве снотворного и успокаивающего. При этом наркотик оказывает не только успокаивающее, но и эйфоризирующее действие: "Анна, между тем, вернувшись в свой кабинет, взяла рюмку и накапала в нее несколько капель лекарства, в котором важную часть составлял морфин, и, выпив и посидев несколько времени неподвижно, успокоенная, с спокойным и веселым духом пошла в спальню." Постепенно ей приходится увеличивать дозу лекарства, которое перестает действовать желаемым образом. "Она... и после другого приема опиума к утру заснула тяжелым, неполным сном, во все время которого она не переставала чувствовать себя". Возможно, что длительный прием наркотика явился одной из причин усиления отрицательных черт в характере Анны, появления повышенной раздражительности, ревности.

В этом же романе Толстой описывает, как во время выборов дворянского предводителя враждующие партии использовали склонность к пьянству в своих целях: "Двух дворян, имевших слабость к вину, напоили пьяными клеветы Снеткова..."

Рассказ В.П. Катаева "Дневник горького пьяницы". *Комментарий врача-нарколога*. Описана типичная клиническая картина алкоголизма. В частности, абстинентный (похмельный) синдром: на следующий день после выпивки "... голова болит. Руки дрожат. Во рту такой вкус, будто вчера съел несвежую собаку. Абсолютно не в состоянии работать." Это свидетельствует о второй стадии болезни. Признаками алкоголизма также являются: утрата контроля за количеством выпитого ("Один я, как свинья, надрался"), изменение поведения в состоянии опьянения ("Конечно, ужасно наскандалил"), провалы в памяти на период опьянения ("А чего наскандалил — совершенно не помню"), чувство вины ("Так мне и надо, безвольному, слабому дураку,

тряпью, сосульке, шлюпику!"). Показательно отношение знакомых, которые все осуждают Петухова за пьянство, но сами и провоцируют его на выпивку. Такое поведение окружающих вписывается в рамки описанной теории психологических игр Эрика Берна. Окружающим поведение Петухова дает возможность возвыситься, порассуждать на моральные темы, показать себя "с лучшей стороны".

Рассказ А.И. Солженицына "Матренин двор". В центре рассказа трагическая судьба обычной русской крестьянки Матрены. Бескорыстную, немногословную, бедную благами, но богатую душой героиню непоказной праведности вывел в повести Солженицын. Эти достоинства мало кем ценились в деревне. Писателя беспокоило то, что рушились вековые традиции крестьянской жизни: любовь к земле, труду, родному краю; исчезало понятие добра.

В развитии сюжета большую роль играет история с подаренной Матреной горницей. Когда закончилась погрузка горницы на сани, все, кто работал, решили по деревенской традиции "отметить это дело": "... глуховато застучали стаканы, иногда звякала бутыль, голоса становились все громче, похвальнее-задорнее. Особенно хвастался тракторист. Тяжелый запах самогона докатился до меня, — рассказывает Игнатич, от лица которого ведется повествование". После того как случилась трагедия на переезде и погибли люди, Игнатич пытается уничтожить следы выпивки, желая спасти доброе имя Матрены. Картина, увиденная его глазами, не случайно сравнивается с полем битвы, с побоищем. Создается ощущение предопределенности бессмысленной и жуткой смерти: "Самогонный смрад ударил в меня. Это было застывшее побоище — сгруженных табуреток и скамьи, пустых лежачих бутылок и одной неоконченной, стаканов, недоеденной селедки, лука и раскромсанного сала. Все было мертво. И только тараканы спокойно ползали по полю битвы". А потом были поминки, в которых повествователя неприятно поразил "холодно-продуманный" порядок. Никто, кроме Игнатича и Киры, искренне не сожалел о смерти Матрены. Наполненные великим смыслом традиции, связанные с уходом человека из жизни, превратились в своего рода "политику": "Потом все ели

что-то и пили водку, и разговоры становились все оживленнее... Опять пили. И говорили все громче, совсем уже не о Матрене. Наконец ужин кончился. Спели "Достойно есть"... Но голоса были хриплы, розны, лица пьяны, и никто в эту вечную память уже не вкладывал чувства. Потом основные гости разошлись, остались самые близкие,... раздались шутки, смех".

Повесть В.В. Липатова "Серая мышь". Среди многих произведений современной литературы эта повесть поражает клинической достоверностью и полнотой описания алкоголизма. Распитие алкоголя в описании автора похоже на священнодействие, имеет особую значимость для его участников. В их поведении чувствуется радостное ожидание счастья и нетерпение. Семен Баландин, видимо, давно страдает алкоголизмом, что отразилось на его лице ("...пористое, вздутое водянистой подушкой... с прозрачными мешками под глазами, с чернотой обуглившихся губ..."). Показателем тяжести пьянства является также выраженное похмельное состояние, проявляющееся тремором (дрожанием) не только рук, но и всего тела, а также рвотой. При этом рвота возникает не на высоте опьянения (в этом случае она является защитной реакцией организма на интоксикацию), а на следующий день, что отражает расстройство желудочно-кишечного тракта. Кто бы мог подумать, что еще три года назад Семен Васильевич был уважаемым в поселке человеком — директором завода.

Показательно, что среди выпивох присутствует Витька Малых, для которого алкоголь не представляет особой ценности ("Водку он на вкус и запах терпеть не мог..."). Однако другой компании он, видимо, найти себе не мог, да и здесь он играл особую роль: заботился о перепивших, мирил их во время пьяных ссор, что вероятно, повышало его значимость. Кроме того, он лучше всех умеет находить деньги для выпивки. Приятели понимают, что выпивка не доводит до добра, и поэтому Ванечка Юдин намерен "с первого августа завязать", но ему никто не верит: "Ты три года завязываешь!" — с усмешкой говорит Устин Шемяка.

Весь поселок понимает, что с этой пьяной компанией что-то надо делать. Высказываются и конкретные намерения отправить

на лечение Семена Баландина, но дальше разговоров дело не идет. Выявляется двойственное отношение к пьяницам в деревне: с одной стороны, их презирают, иногда ненавидят, с другой — жалеют, дают деньги, кормят. Даже седовласая учительница Серафима Матвеевна Садовская относилась к ним снисходительно, пока ее сын не пришел впервые пьяным.

В чем же причина такого отношения? Может быть, в том, что окружающие отчасти чувствовали свою вину, например, в пьянстве Семена Баландина, который в бытность свою директором был вынужден посещать все застолья, чтобы подчиненные не обвинили его в зазнайстве? Может быть, предполагали, что сами могут оказаться в таком же положении? Прямого ответа на этот вопрос автор не дает. В рамках повести каждый из героев описывает какой-либо случай из своей жизни, и все они связаны с драматической ролью алкоголя.

Повесть названа "Серая мышь", хотя сам эпизод с ее появлением (а может быть, она вообще привиделась пьяному Борису Зеленину) занимает ничтожно малую часть повествования. Вместе с тем ее появление является символом, отражает надежду человека на возможность внезапного счастливого изменения своей жизни. Даже самый отчаянный пропойца Семен Баландин, допившись до галлюцинаций, с надеждой высматривает: вдруг из отверстия в углу комнаты появится серая мышь.

Повесть Ч. Айтматова "Плаха". В произведении показан эпизод из жизни сборщиков наркотика — конопли. Журналист Авдий, бывший священник, изгнанный из семинарии за вольнодумство, внедрился в группу наркокурьеров — молодых людей, отправившихся в Среднюю Азию. Вместе с ними он собирает коноплю, испытывает легкое опьянение от вдыхания ее пыльцы. Авдий не выдерживает и раскрывается, когда сталкивается с тем, что сами курьеры на его глазах курят "косяк". Первоначальная цель — журналистское расследование путей поставок наркотика — уходит на второй план, поскольку им овладевает острое желание спасти молодых людей от уготованной им страшной участи больных наркоманией. Он пытается их образумить, но чуть не гибнет в драке, когда его выбрасывают на

ходу из поезда. Закономерен финал — встреча всех участников, арестованных милицией.

Повесть В.П. Астафьева "Печальный детектив". Герой повести — бывший сотрудник уголовного розыска, рано ушедший в отставку по ранению, совестливый человек Леонид Сошнин. Он пытается понять, в чем причина растущего в обществе зла, частью которого является пьянство.

Перед читателем проходят яркие описания отдельных персонажей: спившаяся, потерявшая человеческий облик женщина, прозванная Урной, которая, куражась, привязывается к прохожим; молодой человек, который "откушав в кафе горячительного", убивший мимоходом трех человек, потому что их "хари не понравились", а на допросе строящий из себя невинного ("я ж не хотел..."). Удивляет бывшего следователя то сочувствие, с которым окружающие относятся к пьяницам. Когда милиция арестовывает убийцу, прохожие жалеют "бедного мальчика", у которого чужая кровь на руках.

Леонид Сошнин, размышляя о причинах такого нравственного падения, делает вывод о том, что виноваты в нем окружающие, которые не пытаются противостоять злу.

Литература

1. Антиаддиктивное воспитание на уроках истории: Пособие для учителя / А.В. Худяков, Е.Д. Лыскова. Иваново, 2001. 48 с.
2. Антиаддиктивное воспитание учащихся на уроках литературы: Метод. пособие для учителя / А.В. Худяков, г.В. Токарева. Иваново, 2002. 20 с.

СОБЫТИЯ И ИМЕНА

БОРИС ДМИТРИЕВИЧ КАРВАСАРСКИЙ (К 75-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)

Борис Дмитриевич Карвасарский родился 3 февраля 1931 г. В 1954 г. закончил Военно-морскую медицинскую Академию в г. Ленинграде. После ее окончания служил на Северном флоте ВМФ начальником медицинской службы эсминца "Отчаянный". После завершения службы в 1957 г. поступил в клиническую ординатуру Ленинградского научно-исследовательского психоневрологического института (ЛНИПНИ) им. В.М. Бехтерева. С этого времени профессиональная деятельность



Бориса Дмитриевича неразрывно связана с НИПНИ им. В.М. Бехтерева, где он продолжает работать. В настоящее время профессор Б.Д. Карвасарский является научным руководителем отделения неврозов и психотерапии, которое создавалось при его активном участии. Одновременно, по совместительству, преподавал на факультете психологии Ленинградского государственного университета (ЛГУ) с 1965 по 1975 гг. По сути, Борис Дмитриевич заложил основы преподавания медицинской психологии, сформулировал концепцию участия психолога в психотерапии и здравоохранении.

В 1967 г. Борис Дмитриевич защитил докторскую диссертацию на тему "Патогенетические механизмы и дифференци-

альная диагностика головных болей в клинике неврозов". В 1969 г. в ЛНИПНИ им. В.М. Бехтерева возглавил в качестве научного руководителя отделение неврозов и психотерапии. Созданная им биопсихосоциальная концепция неврозов представляет собой методологию и практику диагностики и лечения этой распространенной группы заболеваний. Она получила широкое признание в нашей стране и за рубежом. Концепция опубликована в монографии "Неврозы" (1-е изд. — 1980 г., 2-е изд. — 1990 г.).

Борис Дмитриевич проявил себя как крупный организатор образовательной деятельности в сфере медицинской психологии. Он организовал и длительное время руководил в ЛГУ специализацией по медицинской психологии, свой опыт работы обобщив в монографии "Медицинская психология" (1982). С 1982 по 1993 г. работал по совместительству в Ленинградской (ныне Санкт-Петербургской) медицинской академии последипломного образования (СПб. МАПО), где организовал кафедру психотерапии. На базе этой кафедры в 1993 г. в системе институтов усовершенствования врачей была создана первая самостоятельная кафедра медицинской психологии. В 2001 г. из кафедры психотерапии СПб МАПО выделилась самостоятельная кафедра детско-подростковой психиатрии и психотерапии. В настоящее время все три кафедры возглавляются учениками Бориса Дмитриевича Карвасарского.

Результатом последующей исследовательской деятельности Б.Д. Карвасарского явилось создание ведущего направления психотерапии в стране — современной концепции личностно ориентированной (реконструктивной) психотерапии. Изложенные в монографии "Психотерапия" (1985) идеи — классический труд в этой области. Основные главы этой монографии были изданы в США.

Являясь с 1986 г. главным психотерапевтом Министерства здравоохранения РСФСР, а затем и руководителем Федерального научно-методического центра по психотерапии и медицинской психологии, Борис Дмитриевич заложил основы широкой современной инфраструктуры психотерапевтической помощи населению, создал институт главных психотерапевтов в регио-

нах РФ, организовал их подготовку и усовершенствование. Под его руководством в ряде регионов созданы крупные психотерапевтические центры, позволившие значительно улучшить психотерапевтическое обслуживание населения и повысить квалификацию врачей и психологов. Является руководителем ряда международных психотерапевтических программ, в том числе с учеными Германии (университет г. Франкфурта) и США (университет Хофстра г. Нью-Йорка).

Б.Д. Карвасарский — автор 190 научных работ, 23 из них опубликованы за рубежом, автор 14 монографий; автор и главный редактор 7 энциклопедий и учебников: "Психотерапевтическая энциклопедия" (1999; 2002; 2005), "Психотерапия" — учебник (2000, 2002), "Клиническая психология" — учебник для студентов медицинских вузов и психологических факультетов (2002, 2005, 2006) и др. Редактор и соредатор четырнадцати тематических сборников научных трудов по проблемам неврозов, психотерапии и медицинской психологии. Под руководством Бориса Дмитриевича Карвасарского защищено более 150 кандидатских диссертаций, он является научным консультантом 24 докторских диссертаций.

Ныне Борис Дмитриевич рассматривается современниками как широко известный российский медицинский психолог и психотерапевт, ученик В.Н. Мясищева, основоположник Ленинградской — Санкт-Петербургской школы психотерапии. Борис Дмитриевич — доктор медицинских наук (1967), профессор (1971), заслуженный деятель науки РФ (1996). Он является почетным президентом созданной им Российской психотерапевтической ассоциации и главным психотерапевтом МЗ РФ (1986). Награжден орденом "Знак почета" (1981).

Б.Д. КАРВАСАРСКИЙ И ЧУВАШИЯ

Деятельность Б.Д. Карвасарского в качестве главного психотерапевта страны во многом определила успехи развития психотерапии и медицинской психологии не только в Санкт-Петербурге (Ленинграде), но практически во всех регионах России и бывших республиках СССР. Одним из таких регионов с конца 80-х годов XX века является Чувашия.

Уже в 1987 г. здесь был впервые организован Республиканский психотерапевтический центр, в основу работы которого положена биопсихосоциальная концепция неврозов, а также широко используется бригадный принцип помощи больным пограничными психическими расстройствами.

С большим интересом на I съезде Российской психотерапевтической ассоциации, президентом которой стал Б.Д. Карвасарский, был встречен доклад руководителя центра А.Б. Козлова о психотерапевтическом центре в Чувашии, как ведущем звене психотерапевтической службы республики. На территории Чувашской Республики было создано региональное отделение ассоциации, а главный психотерапевт Чувашии А.Б. Козлов вошел в состав Координационного совета Российской психотерапевтической ассоциации.

Стоит также отметить, что многим психотерапевтам республики посчастливилось пройти обучение по психотерапии в Санкт-Петербурге на кафедре, руководимой Б.Д. Карвасарским. В их памяти надолго остались незабываемые впечатления об этих циклах, где каждая лекция читалась настоящими корифеями и знатоками своего дела. Именно возможность такого живого, непосредственного общения с Б.Д. Карвасарским послужила для многих психотерапевтов Чувашии определенным толчком для серьезной научной работы, которая воплотилась в кандидатские диссертации. В части работ Б.Д. Карвасарский выступил в качестве официального рецензента, положительно оценив научный потенциал психотерапевтов республики.

В марте 2003 г. число психотерапевтов и психологов Чувашии, знакомых с Б.Д. Карвасарским не понаслышке, а в резуль-

тате живого человеческого общения, значительно возросло. Такая возможность представилась не только специалистам психолого-психиатрического профиля, но и терапевтам, неврологам и организаторам здравоохранения в ходе выездного цикла по психотерапии и медицинской психологии, который прошел в Чебоксарах. В это же время Б.Д. Карвасарский ознакомился с деятельностью Республиканского психотерапевтического центра, который был оценен им как первый в СССР и России хорошо организованный и прекрасно работающий. Это во многом способствовало включению подобных центров в перечень медицинских учреждений во всех регионах Российской Федерации.

Встречаясь в ходе пребывания в Чувашии с представителями прессы, Б.Д. Карвасарский дал интервью корреспонденту новочебоксарской городской газеты «Грани» А. Сергееву. Ниже приводится текст их беседы, которая, на взгляд редакции, не потеряла своей значимости и сегодня.

— *Борис Дмитриевич, вы часто выезжаете в регионы. Есть какие-то отличия данной поездки от планового посещения?*

— Да. Визит предусматривает и участие в семинаре для психологов и психотерапевтов. (Они проходят обычно раз в три-четыре года). Психотерапевтический центр в Чебоксарах является лучшим в стране (всего таких центров 25, по одному в регионе). В остальных субъектах Федерации их станут создавать, взяв за образец опыт чебоксарского. Специалисты центра прекрасно подготовлены. Я много о нем слышал. Хотелось взглянуть своими глазами.

— *Число психических расстройств у населения страны растет?*

— Здесь я должен вспомнить одну историю. Однажды давал интервью газете. Говорил о том, что неврозов в России становится меньше. А в это же время министр здравоохранения на даче общался с телевизионщиками и сообщал, что таких заболеваний зарегистрировано намного больше. Именно по количеству неврозов раньше судили о психическом здоровье нации. Все зависит от того, как считать и какие критерии использовать. На

самом деле “чистых” невротозов стало меньше. Больше стало так называемых пограничных нервно-психических расстройств, к которым кроме невротозов относятся посттравматические, постстрессовые состояния, связанные с техногенными катастрофами, природными катаклизмами.

— *Нынешний год в Чувашии объявлен Годом семьи. Насколько важна для психического здоровья нации объединяющая идея?*

— В так называемое “переходное” время в России произошел многосторонний кризис веры: политической, идеологической, религиозной. Сейчас мы различными путями эту веру “приобретаем”. Люди обращаются к религии, ищут для себя опору в других ценностях, одна из которых — семья. И общенациональная идея могла бы вернуть многим утерянные мотивы к жизни, надежду.

— *Психотерапевтов в стране хватает?*

— Скажу так. В шестидесятые годы в Советском Союзе считывалось не больше тридцати психотерапевтов (просто “штучные” специалисты!). Сегодня их в России около двух с половиной тысяч человек. Считаю, это неплохой прогресс. Все больше открывается учебных заведений, которые готовят психотерапевтов и клинических психологов (и те, и другие занимаются психотерапией). В Москве сейчас около 250 учреждений выпускают психологов, в Санкт-Петербурге — 30.

— *А как обстоят дела с качеством обучения?*

— Самый больной вопрос. Чтобы подготовить грамотного специалиста, нужны “остепененные” преподаватели: доктора, кандидаты наук, имеющие к тому же немалый опыт работы. Их явно не хватает. И тем не менее в том, что психотерапия в последние годы стала “модным” направлением в медицине, есть и плюсы. Наука стала развиваться быстрее.

— *Кто такие психоаналитики, так популярные в западных странах? Это другое название психотерапевтов или же это различные специалисты?*

— Психоанализ не является самостоятельной специальностью или наукой. Это одно из трех направлений современной

психотерапии. Нет специалиста-психоаналитика, есть психотерапевт, который специализируется в области психоанализа.

— *Чем различается работа психолога, невропатолога, психотерапевта, психиатра? Как пациенту разобраться во всех этих нюансах?*

— Давайте сразу исключим из списка психиатра. К нему обращаются, когда у человека есть явные нарушения в психике, угрожающие самому пациенту и окружающим его людям. Психотерапевт является (позволю себе такое выражение) “улучшенным психиатром”. Что это значит? Он обладает всеми правами психиатра (включая принудительную госпитализацию больного), но кроме того, имеет и сертификат психотерапевта. То есть в поле его деятельности входят пациенты, страдающие не столь явными, пограничными нервно-психическими расстройствами. В лечении их специалист использует, как правило, основной “инструмент” — около шестисот методов психотерапии. Психология (за исключением клинической) не имеет отношения к медицине. Иначе говоря, психолог как таковой может консультировать, диагностировать, проводить исследования. Но не имеет права лечить, заниматься психотерапией, так как он не врач. А невропатолог занимается в основном патологией нервной системы организма, в меньшей степени — различными пограничными расстройствами.

— *Правда, что около четверти россиян страдают различными пограничными нервно-психическими расстройствами (по сообщениям некоторых СМИ)?*

— Думаю, цифры сильно преувеличены, получить точные данные очень трудно. Основная сложность заключается в разграничении нормы и патологии. Приведу пример. В замечательной книге “Как закалялась сталь” есть эпизод: комсомольцы строят узкоколейку, чтобы замерзающий город мог получить дрова. Показана обстановка, в которой они работают: холод, голод, болезни, бесчинствующая в округе банда. Так вот, если бы там оказались современные клинические психологи с их тестами, методиками, то они бы такое намеряли... Выяснилось бы, что комсомольцы все поголовно душевнобольные. Однако это ведь далеко не так. Понятие нормы определяется массой факто-

ров: временем и местом, культурой, экономикой и даже идеологией. Конечно, цифры по всем регионам существуют, они нам известны. Но как они получены? Различные научные школы по-разному определяют, например, что такое “невроз”.

— *Можно ли сделать вывод, что в таком-то регионе население психически более здоровое, если там зарегистрировано меньше обратившихся за помощью с неврозом?*

— Нет, не думаю. Число таких пациентов зависит от того, удачной или не очень оказалась модель оказания психологической помощи населению в регионе. В первом случае возможностей для излечения широких групп людей, страдающих от различных пограничных расстройств, постстрессовых состояний гораздо больше, чем там, где имеются два-три специалиста и нет психотерапевтического центра. Поэтому можно говорить, что население здоровее в тех регионах, где лучше организована служба. В Чувашии дело обстоит лучше, чем во многих других субъектах РФ. Центр берет на себя функцию не только лечения, но и повышения квалификации врачей.

— *Православная психотерапия — что это?*

— В Санкт-Петербурге совместно с православной церковью мы создали общество охраны психического здоровья жителей города. Оно существует и сейчас. Вступили в союз с настоятелем Александро-Невской лавры архимандритом Назарием. Об этом не расскажешь в нескольких словах. Замечу лишь, что разговор врача и священника идет на равных. Общего у нас немало. Например, первыми психотерапевтами, безусловно, были представители церкви.

— *Пациент психотерапевта рискует прослыть среди соседей, коллег по работе “психом”. Неужели ситуация никогда не изменится?*

— Она уже изменилась. Подобное было возможно лет двадцать назад. Человека могли лишиться водительских прав, не пустить в поездку за границу, на него косились соседи... Сегодня пациента нельзя принудительно отправить к психиатру (за редким исключением, когда больной опасен для себя и окружающих) и это уже снимает напряжение. И оно уменьшается, кста-

ти, в зависимости от того, идет ли речь о визите к психиатру, психотерапевту или психологу. Возможно, если бы психологи имели право лечить людей, к ним пошла бы большая часть людей, стоящих на границе между психическим здоровьем и болезнью.

— *Расстройства чаще встречаются у живущих ...*

— ... там, где более напряженный темп жизни. Иначе говоря, в крупных городах, но на селе другая беда — пьянство.

— *Несколько лет назад появился так называемый “чеченский” синдром. Разновидностей психических болезней становится больше?*

— “Чеченский” синдром сродни “афганскому” и многим другим. Все техногенные катастрофы приводят к расстройствам, которые испокон веков назывались реактивными состояниями. Это реакция на наводнение, войну или другое потрясение. Чем напряженнее и продолжительнее по времени обстановка, в которой живут люди (Афганистан, Чечня), тем больше подобных расстройств. В последнее время их выделили в самостоятельное заболевание — посттравматический синдром. Он имеет свою клиническую картину.

— *Реабилитацией ветеранов занимаются?*

— В сложных случаях — в госпитале ветеранов Великой Отечественной в Волгограде. Сейчас это госпиталь для участников различных локальных конфликтов. В регионах “чеченцы” могут обратиться в ближайший психотерапевтический центр.

— *Борис Дмитриевич, у вас довольно много всяческих регалий. Какое из своих званий считаете важнейшим?*

— Врач.

— *Точнее, главный психотерапевт?*

— Нет, просто врач.

— *Ваша семья — это...*

— Две дочери, пять внуков, одна правнучка.

— *А увлечение какое-нибудь есть?*

— Мое хобби — работа. Вот визитная карточка (показывает). Можно подумать, все основные должности российского

масштаба, связанные с психотерапией и клинической психологией, “узурпированы” мною. Потому что никто не хочет этим заниматься (работа общественная). Я бы передал половину “титулов”, но некому. Вот и получается, что хобби — выполнение бесконечного числа обязанностей в институте им. Бехтерева (возглавляю отделение на 60 коек) и в поездках по России. Принимаю также участие в разработке нормативных документов, касающихся психотерапии.

ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В СИСТЕМЕ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

15-17 февраля 2006 г. в Санкт-Петербурге в стенах психоневрологического института им. В.М. Бехтерева состоялась научная конференция с международным участием "Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины". С целью обсудить современную ситуацию в психотерапии, поделиться опытом, наметить общие ориентиры научного поиска, обозначить препятствия на пути интеграции психотерапии в медицину и предложить наиболее эффективные пути их преодоления на конференцию съехались психотерапевты, психиатры, наркологи, психологи, организаторы здравоохранения из всех уголков России, а также — с Украины, из Казахстана, Германии и США.

По мнению организаторов научного форума, психотерапия, как и любое относительно новое направление, испытывает определенные трудности при идентификации основных методологических понятий, начиная с ее определения и заканчивая границами компетенции. Это происходит в условиях очевидной актуальности современных биопсихосоциальных подходов к оказанию помощи пациенту, когда уже невозможно предоставить квалифицированную медицинскую помощь без психотерапевтической составляющей.

В то же самое время основная медицинская парадигма, отвечая социально-общественному запросу, является живой, подверженной изменениям практической системой и порождает перспективные методологические принципы оценки собственной эффективности, поддержания научной обоснованности и, в итоге, практической ценности. Ярким примером этого процесса является возникновение и быстро растущее влияние доказательной медицины, отличающейся от прежней меньшим воздействием субъективного фактора на выбор критериев диагностики и терапии и требующей от врача критической оценки мнений различных экспертов и результатов клинических исследований.

Требования к состоятельности психотерапии в качестве научно обоснованной и достоверно эффективной медицинской специальности значительно возросли. Возросла и острота "традиционных", специфических проблем психотерапии: зачастую вынужденная субъективность при выборе метода и оценка результата, дисбаланс между эклектичностью и системной интеграцией при подборе конкретных техник и форм лечебного взаимодействия.

Основными направлениями работы конференции были: дальнейшее развитие психотерапевтической науки и практики в аспекте доказательной медицины; клиническая психотерапия, ее содержание и взаимосвязь с фармакотерапией и другими лечебными дисциплинами; принципы этапности и преемственности, их теоретическое и нормативное обеспечение в широкой психотерапевтической практике; вклад клинической психологии и других психологических и гуманитарных дисциплин в дальнейшее развитие теории и практики психотерапии; становление научных школ в российской психотерапии, основные направления их научных исследований и практической деятельности; разработка региональных и федеральных программ обеспечения психотерапевтической помощью сельского населения России; актуальные вопросы обучения в психотерапии.

Широко обсуждались проблемы вынужденной субъективности в психотерапевтическом процессе, сравнительной эффективности разных методов и форм психотерапии, противопоставления психотерапевтической и психиатрической парадигмы помощи и их сравнительной эффективности, определения показаний и противопоказаний к психотерапии, временных и стоимостных затрат при оказании психотерапевтической помощи.

На пленарных заседаниях с докладами выступили: Б.Д. Карвасарский (Дискуссионные вопросы дальнейшего развития психотерапии в России), В.Н. Краснов (Место психотерапии в психиатрии и роль Российского общества психиатров в ее развитии), Н.Г. Незнанов (Психология отношений В.Н. Мясищева и динамическая психиатрия Г. Аммона: две школы — один путь в современной биопсихосоциальной медицине), М. Аммон (Этика в динамической психиатрии), Р.К. Назыров (Психотера-

пия как развивающаяся медицинская специальность), Е.М. Крупицкий (Принципы доказательной медицины и их значение для психотерапии), А.В. Васильева (Ленинградская-Санкт-Петербургская школа психотерапии), Ю.А. АлекСандровский (Современные подходы к психотерапии пограничных расстройств), М.М. Решетников (Реабилитация психоаналитической теории травмы), А.Б. Холмогорова (Актуальные конфликты и противоречия в современной психотерапии), С.М. Бабин (Принципы, организация и достижения психотерапевтической службы Оренбургской области), В.И. Курпатов (Холистический подход в лечении аффективной патологии), И.Бурбель (Научно-теоретические основы динамической психиатрии), Б.В. Михайлов (Понятие диагноза в современной психотерапии как условие ее развития на принципах доказательной медицины), С.А. Кулаков (Психотерапевтический диагноз: мультимодальный подход), С.В. Цыцарев (Культура и психотерапия в изменяющихся обществах), М.Е. Бурно (Терапия творческим самовыражением при психосоматических расстройствах), В.А. Абабков (Методологические подходы к оценке эффективности психотерапии), М.В. Иванов (Паксил в терапии депрессивных расстройств), А.Л. Катков (Психотерапия в Республике Казахстан и Центральной Азии), В.А. Ташлыков (Краткосрочная психотерапия эмоциональных расстройств у пациентов соматического профиля), Г.Л. Исурина (Психотерапия и клиническая психология) Н.В. Тарабрина (Роль психосоциальных стрессоров в динамике и психотерапии угрожающих жизни болезней).

В заинтересованных обсуждениях и дискуссиях, часто заканчивавшихся поздно вечером, прошла работа многочисленных секций, посвященных прикладным вопросам психотерапии — клинической психотерапии, психотерапии в лечении наркологических больных, клинической психологии и психотерапии семьи и детства, психотерапии и фармакотерапии, психотерапии в общесоматической практике, клинической психологии и психотерапевтической практики. Состоялся круглый стол по проблемам региональной специфики психотерапевтической практики — в Пензенской, Оренбургской, Самарской областях, в Санкт-Петербурге и Приморском крае, а также в Чувашии. В

выступлении главного психотерапевта Минздравсоцразвития Чувашии Е.Л. Николаева были обозначены культуральные аспекты психотерапии в республике. Опыт работы специалистов региона свидетельствует, что результативность психотерапии сегодня немыслима без учета взаимоотношения культурных уровней пациента. Не менее важно осознанное отношение самого специалиста к проявлениям собственной культуры. Культурная компетентность, которая опирается на знание системы ценностей пациента, помогает специалисту реально представить многомерный характер проблемы и эффективно спланировать стратегию помощи.

Итоги конференции подвела главный специалист-эксперт-психиатр Минздравсоцразвития России Т.Б. Дмитриева, которая особо подчеркнула необходимость сохранения психотерапевтической службы как отдельной от психиатрии. Она четко обозначила приоритеты научной, практической и организационной деятельности, призвала организовать на базе Санкт-Петербургского института им. В.М. Бехтерева общественный совет по проблемам психотерапии и психологии, активно вовлекать в его работу специалистов из регионов.

Центральной частью программы конференции стали торжественные мероприятия, посвященные 75-летию заслуженного деятеля науки РФ, профессора Бориса Дмитриевича Карвасарского — классика отечественной психотерапии, основоположника Ленинградской — Санкт-Петербургской школы психотерапии. В дни работы конференции прошло торжественное заседание ученого совета института им. В.М. Бехтерева, на котором были вручены дипломы и мантии почетных членов ученого совета Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева М.М. Кабанову (Россия), Б.Д. Карвасарскому (Россия), М. Аммон (Германия) и И. Бурбель (Германия).

Е.Л. Николаев

РЕФЕРАТЫ ЗАРУБЕЖНЫХ ИЗДАНИЙ

McPherson S., Armstrong D. Социальные детерминанты "диагностических ярлыков" депрессивных состояний // Soc. Sci. Med. 2006. Jan;62(1):50-8. Epub. 2005. Jul 11.

В медицине "диагностические ярлыки" обычно используются в профессиональном общении. Корректное их использование обычно прививается в медицинских учреждениях, в процессе обучения и постулируется в официальных классификациях заболеваний. По мере того, как механизмы патогенеза становятся всё более изученными, диагностические ярлыки тоже изменяются (так, вместо термина "чахотка" в настоящий момент используются термины "туберкулёз" или "рак") и в свою очередь возникают более узкие их синонимы (например, "рак лёгких" или "рак гортани"). Что касается психического здоровья, то до сих пор нет единого мнения относительно причин патологии и они рассматриваются с различных точек зрения: дисфункция мозга, особенности генотипа или влияние окружения. Это приводит к тому, что для обозначения одной и той же патологии порой используются совершенно различные диагностические ярлыки; они становятся инструментом социального и профессионального влияния, обусловленного состоянием общества. Данное исследование посвящено изучению содержания диагностического ярлыка "депрессия", который возник в XX веке и за последние 40 лет обзавёлся множеством синонимов. Цель исследования — изучить социальные детерминанты и содержание этого процесса. В качестве источника данных по использованию диагностических ярлыков в профессиональной среде стала электронная база данных MedLine. Были определены используемые в профессиональной среде диагностические ярлыки депрессии, причём в большом количестве были выявлены как профессиональные, так и "неофициальные" названия. Были составлены диаграммы частоты встречаемости этих синонимов в научных статьях в разные годы. Рост и падение частоты употребления различных терминов изучали во взаимосвязи с социальными детерминантами и различными событиями, включая определение терминов в DSM и МКБ, меняющиеся взгляды в психиатрической науке, использование новых психофармакологических препаратов, тенденции перехода от стационарного лечения к профилактике. Рассмотрение динамики использования официальных и неофициальных диагностических ярлыков на протяжении времени позволяет по-новому взглянуть на историческую перспективу понятия депрессии в конце XX века.

Malone M. Препараты, вызывающие избыточную массу // Ann. Pharmacother. 2005. Dec.;39(12):2046-54. Epub. 2005. Nov. 8.

Цель исследования: теоретический анализ литературных источников, посвящённых взаимосвязи появления избыточной массы тела на фоне приёма широко используемых препаратов и сопутствующей терапии, направленной на ограничение прироста массы тела. Источник данных: электронная база данных MedLine. Анализировались англоязычные публикации за 1995-2005 годы, посвящённые влиянию лекарственных препаратов на увеличение массы тела при отсутствии приёма других лекарственных средств. Рассматривались лишь те исследования, в которых участвовали пациенты старше 19 лет. Присутствующие в статьях ссылки на другую литературу также были присовокуплены как анализируемые источники. Метод исследования: изменение массы тела зачастую является основным или вторичным результатом во многих исследованиях. Там, где это возможно, при проведении исследования использовались различные методы контроля внешних переменных; тем не менее многие исследования были ретроспективными или выборка не была строго определена. Нами принимались во внимание теоретические исследования и обзоры, в которых особое внимание уделяется описанию причин набора излишней массы тела. Часть информации была получена из историй болезни. Рассматриваемые в исследованиях препараты были разбиты на несколько терапевтических групп, в том числе на препараты, применяемые в психиатрии, неврологии, для лечения диабета и в различных видах медикаментозного лечения. Те лекарственные препараты, которые вызывают повышение аппетита и специально прописывались пациентам для набора массы тела (такие, как ацетат мегестерола), в работе не рассматриваются. Заключение: увеличение массы тела в ходе медикаментозной терапии обычно связывают с действием определённого компонента, имеющегося в составе данного класса лекарственных средств. Тенденцию к увеличению массы тела большинство авторов видит в особенностях строения и пороге чувствительности рецепторов, регулирующих аппетит. Выводы и рекомендации: клинически существенное увеличение массы тела связано с приёмом широко используемых лекарственных препаратов. Существует широкий диапазон возможных реакций как со стороны различных людей, так и внутри определённого класса лекарств. По возможности необходимо применять альтернативные методы терапии, в особенности по отношению к пациентам, предрасположенным к избыточной массе и тучности.

Wilson K.A., Chambless D.L. Когнитивная терапия при синдроме навязчивости // Behav. Res. Ther. 2005. Dec.; 43 (12): 1645-54.

Исследовались шесть пациентов с синдромом навязчивости, которые принимали участие в еженедельных сеансах когнитивной терапии на протяжении 3-6 месяцев. Для оценки эффективности когнитивной терапии исследовались больные с различной степенью выраженности расстройства. Оценивались как результаты стандартизированного опроса, так и самоотчёты пациентов. У трёх-четырёх из шести пациентов в ходе интервенции было отмечено снижение уровня выраженности симптомов. Результаты тестирования по шкале навязчивости Йеля-Брауна (Yale-Brown. Obsessive-Compulsive Scale // Arch. Gen. Psychiatry 1989.46.1006), проведённого по окончании восстановительной терапии, показали, что два пациента соответствуют критериям здоровой личности по Якобсону и Труа (Jacobson, Truax's // J. Consulting Clin. Psychol. 1991.59.12). В группе в целом была отмечена значительная разница результатов тестирования до и после проведения терапии.

Damsa C., Hummel C., Sar V., Di Clemente T., Maris S., Lazignac C., Massarczyk O., Pull C. Экономический эффект кризисной интервенции в экстренной психиатрии: полевое исследование // Eur. Psychiatry. 2005. Dec.;20(8): 562-566. Epub. 2005. Sep. 2.

Данное полевое исследование посвящено сравнительному изучению результатов экстренной психиатрической помощи, оказываемой на базе Центрального госпиталя Люксембурга. Анализировались результаты, полученные в течение шести месяцев до и шести месяцев после введения в госпитале программы кризисной интервенции. Цель исследования: изучить клинический и экономический эффект внедрения программы кризисной интервенции в работу экстренной психиатрической помощи. Методы исследования: изучались и сравнивались все случаи обращения в экстренную психиатрическую службу во время двух различных временных периодов, т.о., данные оценивались ретроспективно. Сравнивались данные пациентов, обращавшихся до внедрения программы кризисной интервенции (с 1.09.2001 по 28.02.2002) и после её внедрения (с 1.09.2002 по 28.02.2003). Заключение. Сравнение двух групп пациентов выявило, что после введения программы кризисной интервенции значительно уменьшилось количество обращений больных с последующим помещением их в стационар и значительно увеличилось число больных, получающих психиатриче-

скую помощь амбулаторно. Сумма, затраченная на оказание пациентам амбулаторной и сопутствующей помощи, оказалась значительно меньше суммы, сэкономленной за счёт уменьшения числа госпитализаций. Выводы и рекомендации: результаты этого полевого исследования позволили предположить, что внедрение программ кризисной интервенции приведёт к изменению формы оказываемой экстренной психиатрической помощи — к переходу со стационарной на амбулаторную (включающую также последующую психотерапевтическую помощь), причём подобное изменение будет сопровождаться значительным экономическим эффектом.

Draپر B., Low L.F. Эффективность экстренной госпитализации пожилых людей с психическими расстройствами // Int. Psychogeriatr. 2005. Dec.;17(4): 539-55. Epub. 2005. Sep. 27.

Цель: оценить эффективность экстренной психиатрической помощи в гериатропсихиатрии. Анализировались англоязычные статьи, посвящённые проблеме оказания психиатрической помощи пожилым людям, опубликованные в период с 1966 по 2004 год и проиндексированные в электронных базах данных Medline, PsychINFO, CINAHL, EMBASE и Cochrane Collaboration Database. Критерием для отбора служил возраст пациентов (старше 60 лет), а также обязательное наличие количественно выраженных результатов лечения и сочетание в терапии медикаментозного и немедикаментозного методов лечения. Авторы независимо друг от друга оценивали соответствие статей поставленным требованиям. Итоговая оценка выставлялась по четырёхбалльной системе в зависимости от степени выраженности эффективности помощи пожилым пациентам. Были отобраны 46 исследований, соответствующих предъявленным критериям. Контроль внешних переменных осуществлялся лишь в работе служб консультации по предотвращению делирия. Наиболее наглядный пример этому — вмешательство с целью купирования бредовых симптомов, которое позволяет уменьшить затраты и время пребывания пациента в стационаре (2 балла). Существуют менее достоверные, хотя и достаточные исследования, утверждающие эффективность экстренной психиатрической помощи в гериатропсихиатрии (3 и 4 балла). Результаты других исследований говорят о том, что нет никакой связи между оказанием психиатрической помощи в стационаре и улучшением психического состояния (1 балл). Выводы и рекомендации: проблема эффективности экстренной госпитализации пожилых людей с психическими расстройствами изучена недостаточно. Для дальнейшей разработки этой проблемы необходимы дополнительные многосторонние исследования.

Schwarz E.B., Maselli J., Norton M., Gonzales R. Прописывание тератогенных лекарств в амбулаторной практике США // Am. J. Med. 2005. Nov.;118(11):1240-9.

Цель: определение круга лекарств, которые могут вызывать нарушение развития плода и которые часто прописываются женщинам детородного возраста, изучение уровня компетентности врачей, наблюдающих за женщинами, принимающими подобные препараты. Кроме того, изучены различные виды рекомендованных врачами противозачаточных средств и риск возникновения тератогенических осложнений при их приёме. Методы исследования: изучались тератогенные препараты и рекомендуемые к использованию противозачаточные средства, прописанные в 1998-2000 годах 12681 небеременной женщине в возрасте от 14 до 44 лет во время посещения ими 1880 врачей амбулаторных клиник США. Использовались данные опросника National Ambulatory Medical Care Survey. Заключение: прописывание женщинам детородного возраста препаратов класса D или X, которые могут стать причиной аномального развития плода, было отмечено в каждом тринадцатом случае. К этим препаратам относятся транквилизаторы (4,1 млн рецептов ежегодно), противосудорожные препараты (1,4 млн), такие антибиотики, как доксициклин (1,4 млн), а также статины (0,8 млн). Изотретиноин составляет менее 5% потенциально тератогенных лекарств (0,5 млн). Чаще всего тератогенные препараты женщинам прописывают терапевты и семейные врачи (45% пациентов), психиатры (20% пациентов) и дерматологи (20% пациентов). Тератогенные противозачаточные средства прописываются женщинам детородного возраста менее чем в 20% случаев. Противозачаточные средства назначаются с равной частотой как женщинам, принимающим неопасные препараты класса А или В, так и тем, которые принимают тератогенные препараты (P=0,24). Выводы и рекомендации: миллионам женщин детородного возраста ежегодно прописываются препараты, которые могут стать причиной аномального развития плода. Малое число врачей, прописывая препараты класса D или X, осознаёт при этом тератогенный риск.

Minauf M. Психоаналитические аспекты происхождения и терапия психозов при шизофрении // Fortschr. Neurol. Psychiatr. 2005. Nov.;73 Suppl. 1:78-83.

Автор, специалист в области неврологии, психиатрии и психоанализа, делится своим многолетним опытом работы в совершенно непохожих друг на друга больницах и учреждениях с лицами, страдающими шизофренией. На большом числе примеров показывается, что пси-

хоаналитический подход и признание психодинамических отношений могут внести важный вклад в изучение состояния и методы лечения психотических пациентов. Демонстрируются определённые подходы, заимствованные из обширной базы психоаналитических теорий происхождения шизофрении, в основном те, которые могут быть использованы в непосредственной работе, среди них: расстройства эго, психотические симптомы как проявление действия защитных механизмов и проблема контрпереноса. Что касается расстройств эго, на отдельных примерах показано, что это не ведёт к нарушению работы всех эго-механизмов. Так, когнитивные функции могут не только остаться незатронутыми, но и, напротив, функционировать значительно интенсивнее, чем обычно. Из всех механизмов защиты наиболее значимыми при шизофрении являются проекция, идентификация, проективная идентификация (замещение?), расщепление, отрицание и регрессия. Помимо этого психотические больным часто свойственны симптомы, связанные с их личным опытом, которые зачастую также являются механизмами психологической защиты. Большое значение при работе с такими пациентами имеет контрперенос. Из многочисленных феноменов этого процесса особо следует упомянуть три: тревожность, чрезмерную эмпатию (которая может привести к идентификации), и неспособность соблюдать психологическую дистанцию. Автор убеждён, что так называемые "психодинамическое" и "биологическое" направления психиатрии не противоречат друг другу. Подобное разделение не оправданно, потому что на разных стадиях терапии необходимо как медикаментозное, так и психотерапевтическое лечение (с элементами психоанализа и социальной реабилитации). Хотя этиологию психозов у больных шизофренией психоанализ объяснить не может, понимание психодинамических процессов может внести определённый вклад в изучение состояния и методы лечения таких больных. Таким образом, подобная согласованность может улучшить качество жизни пациента — да и врача тоже.

Angermeyer M.C., Holzinger A. В психиатрии наступает бум исследований "стигматизированных" явлений? // Psychiatr. Prax. 2005. Nov.;32(8):399-407.

Цель: Не так давно среди психиатров появилось осознание того, что постановка диагноза "душевное расстройство" способствует социальной стигматизации больного. Во многих странах были инициированы программы, нацеленные на препятствие стигматизации и дискриминации на основании подобного диагноза. Вследствие этого возникает вопрос: насколько возросший интерес к стигмам способствовал

увеличению количества исследований в этой области. Методы исследования: поиск статей, посвящённых стигматизации душевных расстройств, опубликованных в научных журналах с 1990 года. Использовались различные стратегии поиска подобных статей. Заключение. С 1990 года наблюдается значительный рост статей, освещающих проблемы стигматизации больных с душевными расстройствами, и нет никаких признаков того, что эта тенденция идёт на убыль. Выводы и рекомендации: несмотря на большое количество исследований, многие аспекты процесса стигматизации всё ещё изучены недостаточно подробно. Тем не менее создаются предпосылки для успешного внедрения антистигматизирующего подхода в лечении.

Broome M.R., Woolley J.B., Tabraham P., Johns L.C., Bramon E., Murray G.K., Pariante C., McGuire P.K., Murray R.M. Что вызывает психотические приступы? // *Schizophr. Res.* 2005. Nov. 1;79(1):23-34.

Становится всё более и более ясно, что простые неврологические модели не в состоянии объяснить многие аспекты шизофрении, такие, как момент возникновения и характер нарушений восприятия больным окружающего мира. Кроме того, неизвестно, почему одним людям свойственно проявлять аномальное поведение, оставаясь при этом душевно здоровыми, в то время как другим свойственны психотические реакции, которые мало-помалу складываются в картину явной шизофрении. Мы считаем, что генетические или пренатальные нарушения приводят к рождению индивида, страдающего нарушением допаминовой регуляции. В современном обществе это зачастую сопровождается злоупотреблением наркотиками (амфетаминами или гашишем), что лишь усугубляет состояние индивида и приводит к искажённому допаминном восприятию окружающего мира. Свой вклад вносят также определённые социальные стрессовые влияния, такие, как миграция или социальная изоляция, а также аффективные расстройства. В итоге искажённая когнитивная оценка происходящего приводит к бредовой интерпретации искажённо воспринимаемого мира. Таким образом, претендующая на истинность концепция развития психоза должна базироваться не только на неврологии, но и на социальной психиатрии и когнитивной психологии.

Перевод Д.В. Гартфельдера

РЕФЕРАТЫ ТЕКУЩИХ ПУБЛИКАЦИЙ

Александров А.А. Современное состояние патогенетической психотерапии // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2006. № 2. С. 8-16.

Главной целью патогенетической психотерапии, концепция которой сформулирована В.Н. Мясищевым, является реконструкция системы отношений, нарушенной в процессе развития личности под воздействием социальных факторов. Общепринятым считается, что достижение этой цели возможно в ходе осознания и проработки внутриличностного конфликта в процессе индивидуальной терапии, выявления и коррекции недостаточно адаптивных форм поведения в ходе групповой терапии и с помощью терапевтического сообщества. С учетом того, что личностно ориентированная (реконструктивная) психотерапия является открытой системой с собственной методологической основой, рассматриваются возможности по интеграции в ее систему некоторых техник гештальттерапии и когнитивно-поведенческой терапии, что может повысить ее эффективность.

Резерчук И.В. Психобиологические механизмы нозогенеза пограничных психических расстройств // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2006. № 2. С. 17-26.

Рассматривая происхождение пограничных психических расстройств с позиций структурной антропологии и этологии, автор приходит к выводу о том, что психотерапевтический процесс, фокусированный только на социокультуральных или внутриличностных механизмах возникновения заболевания, является однобоким. Комплексный биопсихосоциальный анализ этиопатогенеза психических нарушений позволяет в каждом конкретном случае изменять психобиологические поведенческие паттерны больного, формируя основы саногенного процесса.

Абрамова Н.М. Результаты исследования личности суицидентов с помощью Я-структурного теста Аммона (ISTA) // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2006. № 2. С. 27-37.

С помощью Я-структурного теста Аммона (ISTA) обследовано 82 жителя города, совершивших суицидные попытки путем отравления. 70% обследованных составили молодые женщины, 50,5% из которых были в возрасте от 15 до 20 лет. Полученные данные сравниваются с

показателями нормативной группы. Выявлено, что в структуре личности суицидентов преобладают деструктивно-дефицитарные выражения психических функций, что свидетельствует о выраженных нарушениях в системе самоотношения личности, в отношении к другим людям и к окружающему миру.

Мухамадиев Д.М., Муминова Р.Х. Некоторые аспекты клинической и экспериментально-психологической оценки качества жизни у гражданских лиц, получивших боевую травму // **Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2006. № 2. С. 38-44.**

Представлены результаты внедрения комплексных методик определения качества жизни на основе опросника NAIF (P.Y. Hugenholtz, R.A.M. Erdman, 1995), адаптированного авторами с учетом этнолингвистических и этнокультуральных особенностей таджикского населения (2005). Методом структурированного интервью обследовано 50 пациентов, получивших травматическую ампутацию нижних конечностей в результате взрывной травмы в период 2003-2005 гг. Выявлено снижение всех показателей качества жизни у инвалидов. Установлено, что основными факторами, негативно влияющими на динамику качества жизни после болезни, являются низкая мотивация к труду, психологическая дезадаптация и низкая работоспособность.

Николаев Е.Л. Психотерапия в контексте культуры. Статья вторая // **Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2006. № 2. С. 45-76.**

На основе данных зарубежной и отечественной литературы проводится анализ этнокультуральных детерминант психотерапевтического процесса. Разбирается роль психотерапевта, работающего в условиях соприкосновения культур, основные положения культурного анализа, вопросы кросс-культуральной эффективности психотерапии. Представлены культурно-обусловленные особенности применения психоанализа, когнитивно-поведенческого подхода, групповых форм психотерапии. Очерчена специфика западных и восточных подходов в психотерапии, возможности их интеграции и перспективы дальнейшего развития.

Сергеев М.П., Гордова В.С. Психопатологический анализ жизни и творчества М. Цветаевой // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2006. № 2. С. 77-93.

В данной работе исследуется жизненный путь известной русской поэтессы М. Цветаевой с точки зрения психопатологических особенностей ее личности. На основе изучения биографических материалов и стихов различных периодов ее творчества автором проводится анализ душевного состояния, которое, вероятнее всего, послужило причиной ее ухода из жизни.

Мухамадиев Д.М., Гулямов Ш.М. К вопросу о социально-психологической реабилитации женщин-беженок после их репатриации // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2006. № 2. С. 94-100.

Анализ факторов, определяющих социально-психологическую дезадаптацию таджикских женщин-беженок, показал, что проблемы возвращения и реинтеграции в прежнее сообщество характерны для более чем 25% обследованных. Мероприятия по социальной реабилитации репатриантов, проводимые в местах их компактного проживания, представлены реинтеграционными проектами, направленными на решение социальных проблем репатриантов, вовлечением самих беженок в решение социальных проблем, а также формированием к ним толерантности среди остального населения. Применение, наряду с медикаментозной терапией, мер по улучшению социального функционирования, позволяет получать хорошие результаты по сокращению периода дезадаптации и возвращению репатриантов к полноценной жизни.

Худяков А.В. Использование произведений литературы в процессе антиаддиктивного воспитания учащихся // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2006. № 2. С. 101-108.

Одним из направлений антиаддиктивного воспитания учащихся может быть воздействие на них через учебный предмет. В данной работе приведены наиболее яркие примеры из творчества Н.В. Гоголя, А.П. Чехова, Н.С. Лескова, Л.Н. Толстого, В.П. Катаева, А.И. Солженицына, В.В. Липатова, Ч.Т. Айтматова и В.П. Астафьева, которые можно использовать на уроках литературы и в лекционной пропаганде.

Борис Дмитриевич Карвасарский (к 75-летию со дня рождения) // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2006. № 2. С. 109-111.

Содержится информация о жизненном и творческом пути широко известного российского медицинского психолога и психотерапевта, ученика В.Н. Мясищева, основоположника Ленинградской — Санкт-Петербургской школы психотерапии, создателя ведущего направления психотерапии в стране — современной концепции личностно ориентированной (реконструктивной) психотерапии, заслуженного деятеля науки России, профессора Б.Д. Карвасарского.

Б.Д. Карвасарский и Чувашия // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2006. № 2. С. 112-118.

Содержатся некоторые материалы, касающиеся пребывания Б.Д. Карвасарского в Чувашии, а также его связей с профессиональным сообществом республики.

Николаев Е.Л. Перспективы развития психотерапии как науки в эпоху доказательной медицины // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2006. № 2. С. 119-122.

Представлены итоги работы научно-практической конференции с международным участием «Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины», состоявшейся в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева 15-17 февраля 2006 г., на которой собрались психотерапевты, психиатры, наркологи, психологи, организаторы здравоохранения из всех уголков России, а также — из Украины, Казахстана, Германии и США.

ЏАК НОМЕРТИ СТАТЬЯСЕН РЕФЕРАЧЁСЕМ

Александров А.А. Патогенезлă психотерапин хальхи тăрăмĕ // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарџи]. 2006. № 2. 8-14 с.

Џын аталаннă май, социаллă факторсен витĕмне пула, хутшăнусен пĕрлĕхĕ пăсăлат. В.Н. Мясишев палăртнă концепци тăрăх, патогенезлă психотерапин тĕп тĕллевĕ — џав системăна џенĕрен йĕркелесси. Џак тĕллевĕ тĕрлĕ майпа пурнăџлама пулат-мĕн: хайне уйрăм терапи вăхăтĕнче џыннăн шалти конфликтне џнкарса тишкернипе, ушкăнлă терапи вăхăтĕнче џын тыткаларăшĕн хăнăхăва йывăрлатакан пай-рăмĕсене тупса тўрлетнипе тата терапи пĕрлĕхĕ пулăшнипе. Харкам џынна тĕл тытакан (реконструкциллĕ) психотерапи — ятарлă меслет-лĕхе тĕпе хуракан уџа система, џавна кура џна гештальт-терапин тата џнкарупа тыткаларăш терапийĕн хăш-пĕр џслайĕсемпе џураџуллă тумалли майсене пăхса тунă. Џакă реконструкцилле терапин витĕмлĕхне ўстерме пултарать.

Реверчук И.В. Психикăн чикĕри улăшăвĕсен пуџланăвĕн психобиологилле механизмĕсем // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарџи]. 2006. № 2. 15-24 с.

Психикăн чикĕри улăшăвĕсене автор структуралла антропологипе этологи енчен тишкерет те џакăн пек пĕтĕмлет, тăвать: ку чирсен џалтавне социокультуралла тата харкамлăхла механизмсемпе кăна џыхăнтарса психотерапи пулăшăвĕ пани ытлашши пĕр енлĕ пулат. Психика пăсăлниччи этиопатогенезне комплекслă биопсихосоциаллă тишкерў, туса палăртни чирлĕ џыннăн психобиологилле тыткаларăш паттернĕсене кашни тĕслĕхрех улăштарма пулăшать, тўрленме хавал парать.

Абрамова Н.М. Суицидентсен харкамлăхне Аммонăн Эпĕ-тытăмлă тесĕпе (ISTA) тĕпченине пĕтĕмлетни // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарџи]. 2006. № 2. 25-35 с.

Юри наркăмăшланса вилме тăнă 82 џынна, хуларă пурăнакансене, Аммонăн Эпĕ-тытăмлă тесĕпе (ISTA) тĕпченĕ. Вĕсенчен 70% џамрăк хĕрарăмсем пулнă, вăл шутра 50,5 проценĕ — 15-20 џулсенчисем. Пухнă кăтартусене нормативлă ушкăн кăтартăвĕсемпе танлаштарса пăхнă та џакна палăртнă: суицидентсен харкамлăх тытăмĕнче психика

ёсё-хёлён шырлăх-кăлтăклă палăрăмёсем сиеле тухаççё, ку вара харкам сын хайне, ытти сынсене тата таврари тёнчене тёрес мар пахаланине пёлтерет.

Мухамадиев Д.М., Муминова Р.Х. Вăрçă хатёрёпе сусăрланнă граждансен пурнăç пахалăхне клиника тата экспериментлă психологи телёшёнчен хакланин хăш-пёр аспекчём // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарçи]. 2006. № 2. 36-42 с.

NAIF ыйтам хучёпе (P.Y. Hugenholtz, R.A.M. Erdman, 1995) усă курса пурнăç пахалăхне палăртмалли комплекслă меслетлехе пайър тёслёхпе сăнласа панă. Таджики сыннисен этнолингвистикапа этнокультура уйрăмлăхёсене шута илсе авторсем ыйтусене улшăну кёртнё (2005). 2003—2005 çулсенче взрыв пулнипе сусăрланса урасăр юлнă 50 пациента структурăланă интервью мелёпе тёпченё. Çапла вара инвалидсен пурнăç пахалăхё пур кăтартусемпе те чакни палăрнă. Сусăрланнă хыççăн пурнăç пахалăхё чакнин сăлтавёсем çаксем пулаççё: ёç патне илен, хавшани, ёçлес хевте начарланни тата психологи шайлашусăрлăхё вай илни.

Николаев Е.Л. Культура хутлăхёнчи психотерапи. Иккёмёш статья // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарçи]. 2006. № 2. 43-74 с.

Чикё леш енче тата хамăрăн сёршывра тухнă литературари кăтартусене тёпе хурса психотерапи пулăшăвён этнокультура детерминачёсене тишкернё. Çак ыйтусене пăхса тухнă: тёрлё культурăсен хутшăнавёллё тăрăхра ёçлесе пурăнакан психотерапевтăн пёлтерёшё, культура тишкерёвён тёп шухăшёмем, психотерапин кросскультурăллă витёмлехё. Психоанализпа, аңкарупа тыткаларăш аслаййёпе, психотерапин ушкăнла мелёсемпе усă курнă чухне вырăнти культура уйрăмлăхёсене шута илесси пирки каланă. Психотерапин анăçри тата тухăçри аслайёсен уйрăмлăхне пайърланă, вёсене çураçтармалли майсене тата аталану малашлăхне сăнласа панă.

Сергеев М.П., Гордова В.С. М. Цветаева пурнăçёпе пултарулăхне психопатологи телёшёнчен тишкери // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарçи]. 2006. № 2. 75-91 с.

Паллă вырăс поэтессин М. Цветаевăн пурнăçне унăн харкамлăхён психопатологиллё уйрăмлăхё енчен тёпченё. Сăваçăн кун-çулёпе

сыханный ёш-пуца тата терле тапхартта сырнай саввисене тепе хурса унан элчелсер синкерле вилемён салтавёсене палартма тарашнай.

Мухамадиев Д.М., Гулямов Ш.М. Върса пула ютра пуранны херарамсене таван серте социалла-психологилле пулашу курес ыйту // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чаваш хыпарши]. 2006. № 2. 92-98 с.

Върса пула ютра пуранны таджик херарамёсен социалла-психологилле шайлашусарлахён салтавёсене тишкерни сакна катар-тат: таван серте малтанхи пурнаса йеркелесе ярас ыйту вёсен черек пайешён питё кансер шутланать. Пер-пер серте йышлан пуранакан репатриантсене социалла-психологилле пулашу куресси реинтеграци проекчёмпе пурнасланса пырать. Таван сере таванны херарамсене хайсене социалла ыйтусене татса пама хутшантарни тата ытти халаха вёсемпе сурафулла пулма ханхатарни — сав ёш-хелён уйралми пайё. Эмелсемпе силпени сец мар, социалла лару-тарва лайахлатса пыни те репатриантсен шайлашусарлах вахатне чакарма, вёсене терёс-текел пурнац патне тавранма май парать.

Худяков А.В. Вёренекенсене антиаддиктивла тыткалараша ханхатарнай чухне литература хайлавёсемпе уса курасси // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чаваш хыпарши]. 2006. № 2. 99-106 с.

Ачасене антиаддиктивла тыткалараша ханхатармалли майсенчен пери — литература урокёмпе лекцисенче витём кўни. Н.В. Гоголь, А.П. Чехов, Н.С. Лесков, Л.Н. Толстой, В.П. Катаев, А.И. Солженицын, В.В. Липатов, Ч.Т. Айтматов тата В.П. Астафьев пултарулахенчи курамла телёхсем ку телёшпе менле пулашма пултарнине сырса катартай.

Борис Дмитриевич Карвасарский (75 сулё телне) // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чаваш хыпарши]. 2006. № 2. 107-109 с.

Статья Рацсей Федерацийён тава тивёслё аслалах ёсченён, палла медицина психологён тата психотерапевтан, В.Н. Мясичев вёренекенё пулна Б.Д. Карвасарский профессоран пурнасёпе пултарулахне тишкерет. Вал Ленинград — Санкт-Петербурган психотерапи школне никёсленё, хамаран сершыри психотерапи аталанавён курамла сул-йёрне — харкам сынна тел тытакан (реконструкцилле) психотерапин хальхи концепцине палартнай.

Б.Д. Карвасарский тата Чăваш çĕршывĕ // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарси]. 2006. № 2. 110-116 с.

Б.Д. Карвасарский Чăваш çĕршывĕнче пулнине тата пирĕн республикари еçтешĕсемпе сыхăну тытнине сăнлакан материал.

Николаев Е.Л. Ёненерÿллĕ медицина саманинчи психотерапи аслăлăхĕн аталану малашлăхĕ // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарси]. 2006. № 2. 117-120 с.

Санкт-Петербурги В.М. Бехтерев ячĕллĕ аслăлăх тĕпчев психоневрологи институтĕнче 2006 ç. нарăсăн 15—17-мĕшĕнче «Ёненерÿллĕ медицина йĕркеленĕ тапхăрти медицина аслăлăхĕсен пĕрлĕхĕнчи психотерапи» ятпа ирттернĕ аслăлăхпа практика конференцийĕн еçĕ-хĕлне пĕтĕмлетнĕ. Тĕнче шайĕнчи конференции Раççейĕн тĕрлĕ кĕтесĕнчен тата Украинăпа Казахстан, Германипе АПШ çĕршывĕсенчен психотерапевтсемпе психиатрсем, наркологсемпе психологсем тата сывлăх сыхлавне йĕркелекенсем хутшăннине палăртнă.

ABSTRACTS OF THE CURRENT ISSUE

Aleksandrov A.A. Current status of pathogenic psychotherapy // “Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2006. No 2. P. 8-16.

The ultimate aim of pathogenic psychotherapy (ideas for which were formulated by V.N. Myasishchev) is reconstruction of the system of personality relations that is considered to be disrupted during individual development under influence of social factors. This goal is seen to be reached in process of comprehension and workup of intrapersonal conflict during individual therapy, revealing and correction of deficient forms of adaptive behavior during group therapy and with the help of therapeutic community. Taking into account that personality-focused (reconstructive) psychotherapy is an open system with its own methodological basis, the opportunities on integration some techniques of gestalt-therapy and cognitive-behavioral therapy into its system can increase its efficiency are examined.

Reverchuk I.V. Psychobiological mechanisms of nosogenesis in borderline mental disorders// “Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2006. No 2. P. 17-26.

Study of borderline mental disorders from positions of structural anthropology and ethology leads the author to the conclusion that if process of psychotherapy is exclusively focused on sociocultural or intrapersonal mechanisms of disease formation it is obviously deficient. Complex biopsychosocial analysis of aetiopathogenesis of mental disorders allows to change patient's psychobiological behavior patterns thus forming in each case a basis for sanogenic process.

Abramova N.M. “I”- structural test of Ammon” (ISTA) in study of personality of suicidal patients // “Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2006. No 2. P. 27-37.

Eighty two urban residents are investigated by means of “I”-structural test of Ammon (ISTA, Ich-Struktur Test von Ammon) after committing suicidal attempts by poisoning. Seventy percent of them were young women and half of them (50.5 %) were in the age of 15-20. The data received are compared to parameters of normative group. Distinct prevalence of destructive and deficient expression of mental functions is revealed in personality

structure of suicidal patients. It testifies to the disorganization in system of self-attitude, attitude to other people and to the outward world.

Mukhamadiev D.M., Muminova R.K. Some aspects of clinical and psychological assessment of life quality in civilians with military traumas // “Vestnik psikhiatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2006. No 2. P. 38-44.

The results of introduction of complex method for life quality assessment in patients with traumatic lower extremities amputation due to air-blasts in 2003-2005 is presented. It is based on use of lingual and ethnocultural modification of NAIF inquiry (P.Y. Hugenholtz, R.A.M. Erdman, 1995) developed by the authors specially for Tadjik population (2005). The structured interview of 50 patients reveals the decrease for all parameters of life quality in victims. Major factors of negative influence on life quality after the illness are low motivation and capacity to work, psychological problems in adaptation for work.

Nikolaev E.L. Psychotherapy in context of culture. Article 2 // “Vestnik psikhiatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2006. No 2. P. 45-76.

The review of ethnocultural determinants of psychotherapy is based on the analysis of international and Russian studies. The role of psychotherapist in multicultural practice, basics of cultural analysis and problems of crosscultural efficiency of psychotherapy are brought up. The use of psychoanalysis, cognitive-behavioral therapy and group therapy in cultural context is discussed. Special attention is drawn to specificity of western and eastern approaches in psychotherapy, opportunity of their integration and prospects of their further development.

Sergeev M.P. Psychopathological analysis of Marina Tsvetaeva's life and works // “Vestnik psikhiatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2006. No 2. P. 77-93.

In the given work the course of life of the known Russian poetess M. Tsvetaeva is analyzed in the view of psychopathological traits of her personality. On the basis of study of biographic materials and verses of different periods of her creative work the author analyses the possible factors for her tragic leaving the life.

Mukhamadiev D.M., Guliamov S.M. To the question of psychological rehabilitation of refugee women after their repatriation // “Vestnik psikhiatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2006. No 2. P. 94-100.

Analysis of the factors determining success in social and psychological adaptation of Tadjik refugee women shows that problems of home-coming and reintegration into former community are characteristic for more than 25 % of surveyed. The carried out measures on social and psychological rehabilitation of repatriates in places of their compact residing are presented by reintegration projects which are directed on solution of social problems of repatriates, involving them in social problems solving, forming of tolerance among the local population. Measures on improvement of social functioning alongside with drug therapy promote good results in returning of repatriates to full-value life.

Khudiakov A.V. The use of literature in substance abuse prevention among students // “Vestnik psikhiatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2006. No 2. P. 101-108.

Influence through school subjects is one of possible directions of substance abuse prevention among students. Striking examples from the works of N. Gogol, A. Chekhov, N. Leskov, L. Tolstoy, V. Kataev, A. Solzhenitsin, V. Lipatov, C. Aitmatov, V. Astafiev can be used at literature lessons and in popularization in form of lectures.

Boris Dmitrievich Karvasarsky (to the occasion of the 75th anniversary) // “Vestnik psikhiatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2006. No 2. P. 109-111.

The information is devoted to life and creative work of widely known Russian medical psychologist and psychotherapist, an honoured worker of science of the Russian Federation, professor Boris D. Karvasarsky. He is identified as V.N. Myasishchev’s disciple and founder of the leading in Russia Leningrad — St. Petersburg school of psychotherapy which is known as modern concept of personality-focused (reconstructive) psychotherapy.

B.D. Karvasarsky and Chuvashia // “Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2006. No 2. P. 112-118.

The paper contains some materials concerning B.D. Karvasrsky visit to Chuvashia and his relations with professional community of the republic.

Nikolaev E.L. Future trends of psychotherapy as a science in period of evidence-based medicine // “Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2006. No 2. P. 119-122.

The paper deals with the results of work of “Psychotherapy in system of medical sciences in period of evidence-based medicine” scientific conference with international participation. Psychotherapists, psychiatrists, narcologists, psychologists and public health managers from different parts of Russia, the Ukraine, Kazakhstan, Germany and USA took part in the event which was held in St.-Petersburg Psychoneurology Research Institute named after V.M. Bekhterev on February 15-17, 2006.

ТУПМАЛЛИ

Редактор самахё	6
СИВЁЧ ЫЙТУСЕМ	
<i>А.А. Александров</i> Патогенезлă психотерапин хальхи тăрăмё	8
<i>И.В. Реверчук</i> Психикăн чикёри улăшăвёсен нозогенезён психобиологилле механизмёсем	17
КЛИНИКА ПСИХОЛОГИЙЁ	
<i>Н.М. Абрамова</i> Суицидентсен харкамлăхне Аммонăн Эпё-тыгтамлă тесчёпе (ISTA) тепченине пётёмлетни	27
<i>Д.М. Мухамадиев, Р.Х. Муминова</i> Вăрçă хатёрёпе сусăрланнă граждансен пурнăç пахалăхне клиника тата экспериментлă психологи тёлешёнчен хакланин хăш-пёр аспектёсем	38
КУЛЬТУРАСЕН ТЁЛПУЛАВЁ	
<i>Е.Л. Николаев</i> Культура хутлăхёнчи психотерапи. Иккёмёш статья	45
<i>М.П. Сергеев</i> М. Цветаева пурнăçёпе пултарулăхне психопатологи тёлешёнчен тишкерни	77
ТЎРЛЕНЎ-СИПЛЕВПЕ ПРОФИЛАКТИКА	
<i>Д.М. Мухамадиев, Ш.М. Гулямов</i> Вăрçă пула ютра пурăннă хёраpамсене таван çёрте социаллă-психологиллё пулăшу кўрес Ыйту	94
<i>А.В. Худяков</i> Вёренекенсене антиадиктивлă тыткаларăша хăнăхтарнă чухне литература хайлавёсемпе усă курасси	101
ПУЛАМСЕМПЕ ЯТСЕМ	
Борис Дмитриевич Карвасарский (75 сулё тёлне)	109
Б.Д. Карвасарский тата Чăваш çёршывё	112
<i>Е.Л. Николаев</i> Ёнентерўллё медицина саманинчи психотерапи аслалăхён аталану малашлăхё	119
Ют çёршыв кăларăмёсен реферачёсем	123
Çак номерти статьясен реферачёсем	130

CONTENTS

Editor's note	6
---------------------	---

EDITORIAL

<i>A.A. Aleksandrov</i> Current status of pathogenic psychotherapy	8
<i>I.V. Reverchuk</i> Psychobiological mechanisms of nosogenesis in borderline mental disorders	17

CLINICAL PSYCHOLOGY

<i>N.M. Abramova</i> “I”structural test of Ammon” (ISTA) in study of personality in suicidal patients	27
<i>D.M. Mukhamadiev, R.K. Muminova</i> Some aspects of clinical and psychological assessment of quality of life in civilians with military traumas	38

CROSSROAD OF CULTURES

<i>E.L. Nikolaev</i> Psychotherapy in context of culture. Article 2: The ethnocultural determinants of psychotherapy process	45
<i>M.P. Sergeev</i> Psychopathological analysis of Marina Tsvetaeva's life and works	77

REHABILITATION AND PREVENTION

<i>D.M. Mukhamadiev, S.M. Guliamov</i> To the question of psychological rehabilitation of refugee women after their repatriation	94
<i>A.V. Khudiakov</i> The use of literature in substance abuse prevention among students	101

NAMES AND EVENTS

Boris Dmitrievich Karvasarsky (to the occasion of the 75 th anniversary)	109
B.D. Karvasarsky and Chuvashia	112
<i>E.L. Nikolaev</i> Future trends of psychotherapy as a science in period of evidence-based medicine	119
Abstracts from other journals	123
Abstracts of the current issue	130

ВЕСТНИК

ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ

ЧУВАШИИ

№ 2
2006

Подписано в печать 10.05.2006. Формат 60 x 84/16.
Бумага офсетная. Печать офсетная. Гарнитура Таймс.
Усл. печ. л. 8,24. Уч.-изд. л. 6,9. Тираж 500 экз. Заказ 62

Отпечатано в типографии издательства «Новое время»
428005, г. Чебоксарыул. Ломоносова. Тел.: 46-43-46