

МІЖНАРОДНИЙ ПСИХІАТРИЧНИЙ, ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИЙ
ТА ПСИХОАНАЛІТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

INTERNATIONAL PSYCHIATRY, PSYCHOTHERAPY, PSYCHOANALYTIC JOURNAL

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ, ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ
И ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Том 10, № 1, 2 (35-36)' 2017

Міжнародний медичний спеціалізований
науково-практичний журнал

International medical specialized practical-scientific
Journal



Періодичність виходу – щокварталу
The journal is published quarterly

Свідцтво про державну реєстрацію, серія КВ № 12544-1428Р від 28.04.2007 р.
Certificate for state registration of print mass media
KV № 12544-1428P, dated 28 Apr, 2007

Видання зареєстроване в системах:

1. SCIENCE INDEX науково-метричної бази РІНЦ, ліцензійний договір № 52208/2015 від 12 серпня 2015 року
2. UNIVERSAL IMPACT FACTOR (UIF);
3. GOOGLE SCHOLAR

Засновник і видавець / Founder and publisher

Асоціація психотерапевтів і психоаналітиків України/
Association of psychotherapists and psychoanalysts of
Ukraine

«Учбово-лікувально-науково-виробниче об'єднання
СІТ»/ «Educational, medical, scientific and production
association SIT»

Український науково-дослідний інститут
соціальної і судової психіатрії та наркології
МОЗ України/ Ukrainian research institute of
social and forensic psychiatry and drug abuse Ministry of
health of Ukraine

Адреса редакції:/ Address of editorship
м. Київ, вул. Кирилівська, 103, 12 корпус, 3 поверх/ 103,
Kyrylivska Str., 12 building, 3-rd floor Kyiv, Ukraine,
04080, Association of psychotherapists and psychoanalysts
of Ukraine
тел.: (044) 331-60-47; 066-943-79-80;
050-644-38-30
e-mail: tabachnikov1940@ukr.net

Рекомендовано до друку (протокол засідання Президії
АППУ від 29.06.2017 р. № 6)
Здано до набору 25.07. 2017 р.

Approved for publication by the Presidium of
Association of psychotherapists and psychoanalysts of Ukraine
(protocol dated 11 Feb., 2016)
Signed for printing 18 March., 2016

формат 42x30 1/2. Папір офс.
Гарнітура Times....

Друк офс. Ум. – друк. 46
Надруковано -1000 прим.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ \ EDITORIAL STAFF:

Абдрыхімова Ц.Б. (м. Київ, Україна)	Abdryahimova C.B. (Kyiv, Ukraine)
Атаманчук Н.В. (м. Київ, Україна)	Atamanchuk N.V. (Kyiv, Ukraine)
Байгузіна І.Ч. (м. Вінниця, Україна)	Baihuzina I.Ch. (Vinnytsia, Ukraine)
Божук Б.С. (м. Київ, Україна)	Bozhuk B.S. (Kyiv, Ukraine)
Голованова О.Г. (м. Київ, Україна)	Holovanova O.H. (Kyiv, Ukraine)
Гриневич Є.Г. (м. Київ, Україна)	Grinevich E.G. (Kyiv, Ukraine)
Єлісеєв В.Ю. (м. Київ, Україна)	Yeliseiev V.Yu. (Kyiv, Ukraine)
Дейнега І.І. (м. Київ, Україна)	Deynega I.I. (Kyiv, Ukraine)
Древіцька О.О. (м. Київ, Україна)	Drevitska O.O. (Kyiv, Ukraine)
Зільберблат Г.М. (м. Глеваха, Київська обл.)	Zilberblat G.M. (Glevakha, Kyiv region, Ukraine)
Зяблицев С.В. (м. Київ, Україна)	Zyablitsev S.V. (Kyiv, Ukraine)
Івнев Б.Б. (м. Київ, Україна)	Ivnev B.B. (Kyiv, Ukraine)
Квасневський О.Л. (м. Київ, Україна)	Kvasnevskuy O.L. (Kyiv, Ukraine)
Кирилова Л.Г. (м. Київ, Україна)	Kyrylova L.H. (Kyiv, Ukraine)
Кіосєва О.В. (м. Київ, Україна)	Kioseva O.V. (Kyiv, Ukraine)
Колодежний О.В. (м. Київ, Україна)	Kolodieznyi O.V. (Kyiv, Ukraine)
Комар Т.О. (м. Вінниця, Україна)	Komar T.O. (Vinnytsia, Ukraine)
Кривоніс Т.Г. (м. Вінниця, Україна)	Kryvonis T.H. (Vinnytsia, Ukraine)
Левін Т.І. (м. Київ, Україна)	Levin T.I. (Kyiv, Ukraine)
Маркова М.В. (м. Харків, Україна)	Markova M.V. (Kharkiv, Ukraine)
Марценковський І.А. (м. Київ, Україна)	Martsenkovsky I.A. (Kyiv, Ukraine)
Михальчук Н.О. (Рівне, Україна)	Mykhalchuk N.O. (Rivne, Ukraine)
Олійник О.П. (м. Київ, Україна)	Oliinyk O.P. (Kyiv, Ukraine)
Пішель В.Я. (м. Київ, Україна)	Pishel V.Y. (Kyiv, Ukraine)
Полшкова С.Г. (м. Київ, Україна)	Polshkova S.G. (Kyiv, Ukraine)
Пріб Г.А. (м. Київ, Україна)	Prib G.A. (Kyiv, Ukraine)
Ревенок О.А. (м. Київ, Україна)	Revenok O.A. (Kyiv, Ukraine)
Рибак І.В. (Хмельницький, Україна)	Rybak I. V. (Khmelnitskyi, Ukraine)
Табачнікова В.С. (м. Київ, Україна)	Tabachnikova V.S. (Kyiv, Ukraine)
Філатова О.А. (м. Харків, Україна)	Filatova O.A. (Kharkiv, Ukraine)
Харченко Є.М. (м. Київ, Україна)	Kharchenko E.M. (Kyiv, Ukraine)
Шум С.С. (м. Київ, Україна)	Shum S.S. (Kyiv, Ukraine)
Яценя А.А. (м. Київ, Україна)	Yatsenia A.A. (Kyiv, Ukraine)

СПІВГОЛОВИ РЕДАКЦІЙНОЇ КОЛЕГІЇ:
CO-CHAIRMAN OF THE EDITORIAL STAFF:

Табачников С.І. / Tabachnikov S.I.,
Пінчук І.Я. / Pinchuk I.J.

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР \ CHIEF EDITOR
Табачников С.І. / Tabachnikov S.I.

ЗАСТУПНИК ГОЛОВНОГО РЕДАКТОРА / DEPUTY CHIEF EDITOR
Осуховська О.С. / Osukhovska O.S.

ВІДПОВІДАЛЬНИЙ СЕКРЕТАР / EXECUTIVE SECRETARY
Чепурна А.М. / Chepurna A.M.

ВИПУСКАЮЧИЙ РЕДАКТОР / EDITOR OF THE RELEASING
Товалович Т.В. / Tovalovych T.V.

ТЕХНІЧНИЙ РЕДАКТОР / TECHNICAL EDITOR
Хірман І.В. / Khirman I.V.

Цілковите або часткове розмноження у будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні, допускається лише з письмового дозволу редакції. Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець.

The entire or partial reproduction in any way material published in this edition is permitted only with written permission of the publisher. The advertiser responsibility for the content of advertising material

МІЖНАРОДНИЙ ПСИХІАТРИЧНИЙ, ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИЙ
ТА ПСИХОАНАЛІТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

INTERNATIONAL PSYCHIATRY, PSYCHOTHERAPY, PSYCHOANALYTIC JOURNAL

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ, ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ
И ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Том 10, № 1, 2 (35-36)' 2017

Редакційна рада \ Editorial board:

Аймедов К.В. (м. Одеса, Україна)
Александровский Ю.А. (м. Москва, Росія)
Білобровка Р.І. (м. Львів, Україна)
Васильева Г.Ю. (м. Краматорськ, Україна)
Вінник М.І. (м. Івано-Франківськ, Україна)
Гічун В.С. (м. Київ, Україна)
Дзеружинська Н.О. (м. Київ, Україна)
Дзюба О.М. (м. Київ, Україна)
Думанський Ю.В. (м. Краматорськ, Україна)
Зозуля І.С. (м. Київ, Україна)
Зябітцев С.В. (м. Київ, Україна)
Кехеле Х. (Берлін, Німеччина)
Кондратенко П.Г. (м. Краматорськ, Україна)
Коласінські Б. (Щецин, Польща)
Кожина Г.М. (м. Харків, Україна)
Козідубова В.М. (м. Харків, Україна)
Кришталь Є.В. (м. Харків, Україна)
Кузнєцов В.М. (м. Київ, Україна)
Лінський І.В. (м. Харків, Україна)
Лісовий В.М. (м. Харків, Україна)
Марута Н.О. (м. Харків, Україна)
Мінко О.І. (м. Харків, Україна)
Мішиєв В.Д. (м. Київ, Україна)
Міщенко Т.С. (м. Харків, Україна)
Михайлов Б.В. (м. Харків, Україна)
Напреєнко О.К. (м. Київ, Україна)
Нільсон М. (Стокгольм, Швеція)
Офер Г. (Тель-Авів, Ізраїль)
Павленко О.В. (м. Київ, Україна)
Пилягіна Г.Я. (м. Київ, Україна)
Підкоритов В.С. (м. Харків, Україна)
Прашко Я. (Оломоуц, Чехія)
Пушкарьова Т.М. (м. Київ, Україна)
Пшук Н.Г. (м. Вінниця, Україна)
Побоха Є. (Щецин, Польща)
Рахманов В.М. (м. Дніпропетровськ, Україна)
Сосін І.К. (м. Харків, Україна)
Стрельцова Н.І. (м. Харків, Україна)
Сухоруков В.І. (м. Харків, Україна)
Табачников О.Ю. (м. Київ, Україна)
Тіганов О.С. (м. Москва, Росія)
Фільц О.О. (м. Львів, Україна)
Халаріс А. (Чикаго, США)
Хаустова О.О. (м. Київ, Україна)
Чабан О.С. (м. Київ, Україна)
Чугунов В.В. (м. Запоріжжя, Україна)
Цішевські Л. (Старогард Гданський, Польща)
Шестопалова Л.Ф. (м. Харків, Україна)
Юр'єва Л.М. (м. Дніпропетровськ, Україна)

Aymedov K.V. (Odesa, Ukraine)
Aleksandrovskiy Yu.A.
Bilobryvka R.I. (Lviv, Ukraine)
Vasylyeva G.Yu. (Kramatorsk, Ukraine)
Vinnik M.I. (Ivano-Frankivsk, Ukraine)
Hichun V.S. (Kyiv, Ukraine)
Dzeruzhynska N.O. (Kyiv, Ukraine)
Dziuba O.M. (Kyiv, Ukraine)
Dumansky Yu.V. (Kramatorsk, Ukraine)
Zozulia I.S. (Kyiv, Ukraine)
Ziablitsev S.V. (Kyiv, Ukraine)
H. Kaechele (Berlin, Germany)
Kondratenko P.G. (Kramatorsk, Ukraine)
Kolasinski B. (Szczecin, Poland)
Kozhina G.M. (Kharkiv, Ukraine)
Kozidubova V.M. (Kharkiv, Ukraine)
Kryshtal E.V. (Kharkiv, Ukraine)
Kuznetsov V.M. (Kyiv, Ukraine)
Linskiy I.V. (Kharkiv, Ukraine)
Lisovyy V.M. (Kharkiv, Ukraine)
Maruta N.O. (Kharkiv, Ukraine)
Minko O.I. (Kharkiv, Ukraine)
Mishiev V.D. (Kyiv, Ukraine)
Mishchenko T.S. (Kharkiv, Ukraine)
Mykhailov B.V. (Kharkiv, Ukraine)
Napreyenko O.K. (Kyiv, Ukraine)
Nilsson M (Stockholm, Sweden)
Ofer G. (Tel-Aviv, Israel)
Pavlenko O.V. (Kyiv, Ukraine)
Pylyagina G.Ya. (Kyiv, Ukraine)
Pidkorytov V.S. (Kharkiv, Ukraine)
Prasko I. (Olomouc, Czech Republic)
Pushkaryova T.M. (Kyiv, Ukraine)
Pshuk N.G. (Vinnytsia, Ukraine)
Pobocho J. (Szczecin, Poland)
Rakhmanov V.M. (Dnipropetrovsk, Ukraine)
Sosin I.K. (Kharkiv, Ukraine)
Streltsova N.I. (Kharkiv, Ukraine)
Sukhorukov V.I. (Kharkiv, Ukraine)
Tabachnikov O.Yu. (Kyiv, Ukraine)
Tiganov O.S. (Moscow, Russia)
Filts O.O. (Lviv, Ukraine)
Halaris A. (Chicago, USA)
Khaustova O.O. (Kyiv, Ukraine)
Chaban O.S. (Kyiv, Ukraine)
Chugunov V.V. (Zaporizhia, Ukraine)
Ciszewski L. (Starogard Gdanski, Poland)
Shestopalova L.F. (Kharkiv, Ukraine)
Yurieva L.M. (Dnipropetrovs'k, Ukraine)

© АСОЦІАЦІЯ ПСИХОТЕРАПЕВТІВ І ПСИХОАНАЛІТИКІВ УКРАЇНИ, 2016

© «УЧБОВО-ЛІКУВАЛЬНО-НАУКОВО-ВИРОБНИЧЕ ОБ'ЄДНАННЯ СІТ», 2016

© УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ СОЦІАЛЬНОЇ І СУДОВОЇ ПСИХІАТРІЇ ТА НАРКОЛОГІЇ МОЗ УКРАЇНИ 2016

ЗМІСТ

ЗАГАЛЬНА ТА СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

*С.І. Табачніков, Н.О. Марута, Б.В. Михайлов, М.В. Маркова,
Г.М. Кожина, Є.Г. Гриневич, Є.М. Харченко*
ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ – ПРОВІДНА
ЗАДАЧА СОЦІАЛЬНОЇ ПСИХІАТРІЇ4

*О.О. Древіцька, О.А. Філатова, О.В. Колодежний, Ю.В. Ячнік,
Т.А. Шаповал*
ПСИХОПРОФІЛАКТИКА МЕЖОВИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У
ДІТЕЙ10

К.Б. Баркалова
ПСИХІЧНІ ПОРУШЕННЯ ЯК РЕЗУЛЬТАТ ВПЛИВУ БЛІДОЇ
ТРЕПОНЕМИ13

ПСИХОТЕРАПІЯ ТА ПСИХОАНАЛІЗ

О.С. Чабан
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОТЕРАПИИ21

Л. Коварскис
БАЛИНТОВСКИЕ ГРУППЫ КАК ИНСТРУМЕНТ ИНТЕГРАЦИИ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ.....40

Т.И. Левин
ТОТАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ – ГРУППОВОЙ АНАЛИТИЧЕСКИЙ
ПОДХОД..... 52

И.В. Рыбак, Е.Н. Бондарь
ФОРМИРОВАНИЕ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОГО ПРОЕКТА В
РАМКАХ СОЦИАЛЬНОГО ПОЛЯ РАЗВИТИЯ СТРАНЫ63

С.С. Яновский, О.И. Тихонова
ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ
ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ СЕМЬИ.....70

Т.В. Деміріджі
ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ РОБОТИ З ПРИЙОМНИМИ
ДІТЬМИ75

М.С. Великодна
ГРУПОВИЙ АНАЛІЗ ХХІ СТОЛІТТЯ:
ЕМПІРИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ.....79

І.В. Чухрій
ФОРМУВАННЯ ОБРАЗУ ТІЛА У МОЛОДІ З ПОРУШЕННЯМ
ФУНКЦІЙ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ85

НАРКОЛОГІЯ

*С.І. Табачніков, Є.М. Харченко, К.В. Аймедов, Т.В. Синіцька,
А.М. Чепурна*
ДОСЛІДЖЕННЯ ГЕНДЕРНОЇ СПЕЦИФІКИ ПАТОПСИХОЛОГІЧНИХ
ОСОБЛИВОСТЕЙ ЖІНОК, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА АЛКОГОЛЬНУ
ЗАЛЕЖНІСТЬ.....90

С.І. Табачніков, О.С. Осуховська, Є.М. Харченко, А.М. Чепурна
ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-
САНИТАРНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ
ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ. СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ98

МЕДИЧНА ТА ПРАКТИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

О.М. Макаренко, М.О. Голубева, І.О. Джугля
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ БАТЬКІВСЬКОГО СТАВЛЕННЯ ДО
ДІТЕЙ ІЗ ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ.....107

ПАМ'ЯТАЄМО

ПАМ'ЯТАЄМО.....111

CONTENTS

GENERAL AND SOCIAL PSYCHIATRY

*S. Tabachnikov, N. Maruta, B. Mikhailov, M. Markova, G. Kozhina,
Ye. Grinevich, Ye. Kharchenko*
MAINTENANCE OF MENTAL HEALTH OF POPULATION AS THE
MAIN TASK OF SOCIAL PSYCHIATRY4.

*O. Drevitska, O. Filatova, O. Kollodezhny, Y. Yachnik,
T. Shapoval*
PSYCHOPROPHYLAXIS OF BORDERLINE MENTAL DISORDERS IN
CHILDREN10

K. Barkalova
MENTAL DISORDERS AS A RESULT OF PALE TREPONEMA
ACTIVITY13

PSYCHOTHERAPY AND PSYCHOANALYSIS

O. Chaban
ESTIMATE PSYCHOTHTERAPY EFFICIENCY21

L. Kovarskis
BALINTOV GROUP AS INTEGRATION INSTRUMENT OF
PROFESSIONAL IDENTITY40

T. Levin
TOTAL SITUATION – GROUP ANALYTICAL
APPROACH.....52

I. Rybak, E. Bondar
FORMATION OF PSYCHOANALYTICAL PROJECT IN THE
FRAMEWORK OF SOCIAL COUNTRY DEVELOPMENT FIELD63

S. Yanovsky, O. Tikhonova
PSYCHOANALYTIC PSYCHOTHERAPY OF THE PSYCHOSOMATIC
FAMILY70

T. Demirigi
FEATURES PSYCHOTHERAPEUTIC WORK WITH
FOSTER CHILDREN75

M. Velykodna
GROUP ANALYSIS IN THE XXI CENTURY: EMPIRICAL STUDIES OF
EFFECTIVENESS79

I. Chukhrrii
FORMATION OF BODY IMAGE AMONG YOUNG PEOPLE WITH
MUSCULOSKELETAL DISORDERS85

NARCOLOGY

S. Tabachnikov, E. Kharchenko, K. Aymedov, T. Sinitska, A. Chepurna
INVESTIGATION OF THE GENDER SPECIFICITY OF PATHOLOGICAL
PECULIARITIES OF WOMEN AFFECTING ALCOHOLIC
DEPENDENCE.....90

S. Tabachnikov, O. Osukhovska, Ye. Kharchenko, A. Chepurna
THE BASIC PRINCIPLES OF RENDERING OF PRIMARY HEALTH
CARE ASSISTANCE TO PERSONS USING PSYCHOACTIVE
SUBSTANCES. ACTUAL STATE OF THE PROBLEM98

MEDICAL AND APPLIED PSYCHOLOGY

O. Makarenko, M. Golubeva, I. Dzhuglia
PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE PARENT ATTITUDE
TO CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS107

REMEMBER

REMEMBER.....111

ЗАГАЛЬНА ТА СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

УДК: 616.89

С.І. Табачников¹, Н.О. Марута², Б.В. Михайлов⁴, М.В. Маркова⁴,
Г.М. Кожина⁵, Є.Г. Гриневич³, Є.М. Харченко¹

ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ – ПРОВІДНА ЗАДАЧА СОЦІАЛЬНОЇ ПСИХІАТРІЇ

¹Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ,²ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків³Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ⁴Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків⁵Харківський національний медичний університет, м. Харків

Стратегічна задача діяльності системи охорони здоров'я України – це збереження, покращення та забезпечення психічного здоров'я населення, а також розробка нових профілактичних і терапевтичних підходів, спрямованих на поліпшення якості психіатричної допомоги.

Вивчення психічного здоров'я населення та вплив на нього соціальних факторів – одна з найважливіших задач соціальної психіатрії.

Згідно з визначенням ВООЗ, загальне здоров'я визначається як стан людини, якому властиві не лише відсутність хвороб або фізичних вад, але і повне фізичне, духовне і соціальне благополуччя.

Основні критерії загального здоров'я (за ВООЗ):

- ✓ структурна і функціональна схоронність органів та систем;
- ✓ властива організму індивідуально досить висока пристосовуваність до змін у типовому для нього природному і соціальному середовищі;
- ✓ стабільність звичного самопочуття.

Однією з найважливіших складових загального здоров'я є психічне здоров'я.

Критерії психічного здоров'я (за ВООЗ):

- ✓ усвідомлення і почуття безперервності, постійності та ідентичності свого «Я»;
- ✓ почуття постійності та ідентичності переживань в однотипних ситуаціях;
- ✓ критичність до себе і своєї власної психічної продукції (діяльності) та її результатів;
- ✓ відповідність психічних реакцій (адекватність) силі і частоті середовищних впливів, соціальним обставинам і ситуаціям;
- ✓ здатність до самоуправління поведінкою у відповідності до соціальних норм, правил, законів;

- ✓ здатність планувати власну життєдіяльність та реалізовувати її;
- ✓ здатність змінювати спосіб поведінки у залежності від зміни життєвих ситуацій та обставин.

Н. Сарторіус (1983) психічне здоров'я визначає

так:

- ✓ відсутність виражених психічних розладів;
- ✓ певний резерв сил людини, завдяки якому вона може долати несподівані стреси або утруднення, які виникають у виключних обставинах;
- ✓ стан рівноваги між людиною і оточуючим світом, гармонія між нею та суспільством, співіснування уявлень окремої людини та інших людей про «об'єктивну реальність».

Згідно з визначенням ВООЗ, норма – це етичний стандарт, модель поведінки або модель, яка розглядається як бажана, прийнятна або типова для тієї чи іншої культури. Численні дослідники говорять про принципову неможливість дати визначення «нормальній поведінці», тому що у різних культурах і при різних історичних ситуаціях критерії психічної норми відрізняються. У понятійний апарат культуральної психіатрії навіть введено поняття «конфлікт норм». У «Лексиконах психіатрії ВООЗ» (2001) конфлікт норм визначається як ситуація, в якій ідеальні норми не співпадають з поведінковими нормами.

Аналіз численних досліджень, присвячених пошуку маркерів «нормальної поведінки», дозволяє виділити ряд підходів до вирішення цього питання (Л.М. Юр'єва, 2002 та інш.):

1. Статистичний підхід. Цей підхід базується на уявленні про психічну норму як про психічний стан, який відповідає певному поведінковому або іншому стандарту, і знаходження відхилень від

средньостатистичних показників трактується як доказ “ненормальності”.

2. Адаптаційний підхід. Згідно з цим підходом, бути психічно нормальним – значить бути соціально адаптованим і демонструвати соціально прийнятні та схвалювані стандарти поведінки. T.Lidz підкреслював соціокультуральний аспект цього підходу. Він говорив про те, що поведінкові відмінності у різних соціокультуральних умовах і етнічних групах відбивають еволюцію способів адаптації до них.

3. Психопатологічний підхід. У відповідності до нього, бути психічно нормальним – значить не мати виражених психопатологічних симптомів. Цей підхід характерний для європейської культури, де наявність психопатологічного симптому (наприклад, галюцинацій) розцінюється як ознака хвороби. Такий підхід не прийнятний для деяких культур Сходу, де видіння і галюцинації розглядаються як особливий дар і благословення духів.

4. Гуманістичний підхід. На відміну від попередніх, в яких психічне здоров'я визначається через нездоров'я, а норма – через аномалію, гуманістичний підхід оснований на вивченні здорових та зрілих людей. Гуманістично орієнтовані психологи (Шарлотта Бюлер, Гордон Олпорт, Абрахам Маслоу, Карл Роджерс, Еріх Фромм) підкреслювали роль самосвідомості і прагнення до самовдосконалення у нормальному розвитку особистості. Найбільш повно цей напрямок відбитий у гуманістичній теорії особистості Абрахама Маслоу. Еталоном психічного здоров'я він вважав людей, що самоактуалізуються. Характеристики самоактуалізації були виявлені ним при вивченні біографій людей, що досягли вершин самоактуалізації у своїй сфері діяльності. Як у психіатрії, так і у психології даний підхід має багато опонентів, перш за все через суб'єктивізм при вибірці когорти осіб, визнаних А. Маслоу такими, що самоактуалізуються, або ідеально психічно здоровими людьми. Але, незважаючи на це, численні дослідники дійшли висновку, що “ці чудові зразки психічно здорових людей нагадують нам, що потенціал психологічного росту людства значно вищий, ніж той, якого ми досягли.”

5. Культурально-релятивістичний підхід.

Прибічники культурного релятивізму пропонують вважати нормальним все те, що відповідає уявленням даної культури про норму. У культуральній психіатрії виділяються поняття поведінкової та рангової норми. Згідно з визначенням ВООЗ, поведінкова норма – це актуальна, звичайна або модельна поведінка, що спостерігається у культуральній групі. Рангова норма – це ідеальні норми поведінки, що очікуються від осіб, які мають особливу соціальну роль і статус (наприклад, духовенство, педагоги, лікарі, судді), звичайно більш суворі та альтруїстичні, ніж норми, що пропонуються для інших людей.

Бути психічно здоровим і психічно хворим у різних культурах означає різний психічний статус людини. Більш того, навіть в одній країні, але в різні історичні періоди, які супроводжуються зміною менталітету населення, поняття про психічну норму і патологію міняється. У наш час більшість дослідників схиляється до думки, що безглуздо розглядати психопатологію у відриві від культури. Але між прибічниками універсалістського та релятивістського підходів ведуться дискусії про ступінь впливу культури на різні аспекти психічних та поведінкових розладів. Транскультуральні дослідження, що проводяться під егідою ВООЗ, дозволили виділити ряд «універсальних психічних розладів», тобто розладів, які в усіх культурах проявляються однаковими симптомами.

У формуванні рівнів здоров'я населення беруть участь різні групи факторів, які американський вчений Robbins (1980) поділив на 4 групи:

- спосіб життя;
- стан довкілля;
- біологічні фактори;
- медичні фактори.

Таблиця 1

Схема впливу на здоров'я населення факторів ризику (Robbins)

Група факторів ризику	Частка впливу
Спосіб життя (паління, нераціональне харчування, зловживання алкоголем, шкідливі умови праці, стреси, гіподинамія, наркотики, неповна або багатодітна сім'я, урбанізація)	51-52%
Довкілля (забруднене повітря, вода, ґрунт, їжа, рівень радіації, електромагнітні поля)	20-21%
Біологічні фактори (спадковість, конституція, стать, вік)	19-20%
Медичні фактори (щеплення проти інфекційних захворювань, медичне обстеження, якість лікування)	8-9%

Із таблиці видно, що вплив соціальних факторів на здоров'я населення становить близько 70%. Причому фактор «спосіб життя», що включає широкий спектр соціально-психологічних та культуральних характеристик, становить понад 50%. З цим фактором пов'язують наступні поняття:

- рівень життя (структура і рівень матеріального забезпечення з розрахунку на одну людину);
- якість життя (вимірювані параметри, що характеризують ступінь матеріального забезпечення);
- стиль та уклад життя, який визначається культуральними характеристиками суспільства (ментальність населення і його національна мотивація, групові та індивідуальні особливості поведінки).

Вивчення психічного здоров'я населення дозволило виділити 5 ступенів стану психічного здоров'я (С.Б. Семичев, 1987).

1. Ідеальна норма. Згідно з визначенням ВООЗ, ідеальна норма – це поведінка, яка підтримується культуральною групою, оскільки вона є бажаною або оптимальною. Це соціально приписуваний зразок поведінки.

2. Середньостатистична норма – стан психолого-психіатричних характеристик, які відбивають норму для певної популяції (з урахуванням статі, віку, соціального стану, екологічних особливостей регіону проживання тощо).

3. Конституційна норма. Кожний конституційний тип схильний до певного психологічного реагування і до певного кола психічних та поведінкових розладів. Для кожного типу існують специфічні патогенні фактори, відносно яких він найбільш вразливий.

Так, особам з шизоїдною конституцією властиві холодність, раціоналізм, підвищена чутливість; особам із циклотомічною конституцією – зміна настрою від весілля до пригніченості.

4. Акцентуація – варіант психічної норми, який характеризується особливою вираженістю або загостреністю деяких рис характеру, що визначає специфіку уразливості людини до певних психічних та поведінкових розладів, наприклад, до залежної поведінки.

5. Передхвороба – це стан, при якому уже існують деякі симптоми психічних розладів (як правило, невротичного та афективного рівня), але соціальна адаптація ще збережена.

Слід зазначити, що у МКХ-10 відсутнє поняття «психічна хвороба». У понятійний апарат сучасної психіатрії введене визначення «психічний розлад». У МКХ-10 і DSM-IV під «психічним розладом» розуміють: «хворобливий стан із психопатологічними або поведінковими проявами, пов'язаний з порушенням функціонування організму у результаті впливу біологічних, соціальних, психологічних, генетичних або хімічних факторів. Він визначається ступенем відхилення від взятого за основу поняття психічного здоров'я».

Таким чином, охорона психічного здоров'я населення України є невід'ємною частиною нашого суспільства.

UDC: 616.89

**S. Tabachnikov¹, N. Maruta², B. Mikhailov⁴, M. Markova⁴, G. Kozhina⁵,
Ye. Grinevich³, Ye. Kharchenko¹**

MAINTENANCE OF MENTAL HEALTH OF POPULATION AS THE MAIN TASK OF SOCIAL PSYCHIATRY

¹ UKRAINIAN RESEARCH INSTITUTE OF SOCIAL AND FORENSIC PSYCHIATRY AND DRUG ABUSE MINISTRY
OF PUBLIC HEALTH OF UKRAINE, Kyiv,

² STATE INSTITUTION "INSTITUTE OF NEUROLOGY, PSYCHIATRY AND NARCOLOGY OF THE NATIONAL
ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES OF UKRAINE, Kharkiv

³ SHUPYK NATIONAL MEDICAL ACADEMY OF POSTGRADUATE EDUCATION, Kyiv

⁴ KHARKIV MEDICAL ACADEMY OF POSTGRADUATE EDUCATION, Kharkiv

⁵ KHARKIV NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY, Kharkiv

The strategic task of health system of Ukraine is the preservation, improvement and maintenance of mental health of people and the development of new preventive and therapeutic approaches which are directed onto improving the quality of mental health care.

The study of mental health and the impact of social factors is one of the most important tasks of Social Psychiatry.

According to WHO, health is defined as common human state, which is characterized not only by the absence of disease or disability, but also as completed physical, spiritual and social well-being.

The main criteria of health in general are (according to WHO):

- ✓ structural and functional safety of organs and systems;
- ✓ inherent body rather high individual adaptability to changes in a typical natural and social environment;
- ✓ stability of rather familiar feelings.

One of the most important components of overall health is mental one. The criteria of Mental Health are (according to WHO):

- ✓ the awareness and a sense of continuity, permanence and identity of his/her «I»;
- ✓ sense of permanence and identity of experiences in similar situations;
- ✓ critical attitude to themselves and their own mental products (activity) and its results;
- ✓ compliance of mental reactions (adequacy) in accordance with strength and frequency of environmental impacts, social circumstances and situations;
- ✓ ability to self-behavior according to social norms, rules, laws;

✓ ability to plan his/her own livelihood and fulfill it;

✓ ability to change patterns of his/her behavior according to changing situations and circumstances.

N. Sartorius (1983) defines mental health as:

- ✓ lack of expressed mental disorders;
- ✓ certain reserve of powers of a man, by which he/she can overcome unexpected stresses or difficulties that are arose in exceptional circumstances;
- ✓ the equilibrium between the man and the outside world, the harmony between the person and a society, coexistence of the ideas of the person and other people about so called «objective reality».

According to WHO, the norm is an ethical standard, so called behavioral pattern or a model, which is regarded as desirable, acceptable or typical for a particular culture. Numerous researchers speak about the impossibility to define «normal behavior» because in different cultures and in different historical situations there are different criteria for mental standards. In the cultural psychiatry in its conceptual apparatus even there is a notion of «conflict of rules». In the «Lexicon of Psychiatry of WHO» (2001) the conflict of rules is defined as a situation in which the ideal standards do not match the behavioral norms.

The analysis of numerous studies on the search for markers of «normal behavior» can provide a number of approaches to this issue (L.M. Yur'eva, 2002 and others):

1. The statistical approach. This approach is based on the concept of psychic norm as a mental state that corresponds to a particular behavioral or other standard, and helps to find deviations and indicators from medium statistic indicators. In such a way the statistical approach is interpreted as evidence of «abnormal».

2. The approach of adaptation. According to this approach, to be mentally normal is to be adapted to the society and to demonstrate socially acceptable and socially acceptable standards of behavior. T. Lidz emphasized on social and cultural aspects of this approach. He said that the behavioral differences in different social and cultural conditions and different ethnic groups reflected the evolution of ways to adapt to these differences.

3. Psychopathological approach. According to it, to be mentally normal is not to have severe psychopathological symptoms. This approach is typical for European culture, where the presence of psychopathological symptoms (e.g., hallucinations) is regarded as a sign of illness. This approach is not acceptable for some cultures of the East, where visions and hallucinations are treated as a special gift and blessing spirits.

4. The humanistic approach. Unlike other approaches, where mental health is determined through illness or so called «ill health», and the rate is described through the anomaly, the humanistic approach is based on a study of healthy and mature people. Psychologists oriented in a humanistic paradigm (Charlotte Buhler, Gordon Allport, Abraham Maslow, Carl Rogers, Eryh Fromm) emphasized the role of self-awareness and self-improvement in the normal development of a person. Most fully the humanistic approach is described in a Humanistic Personality Theory of Abraham Maslow. He thought that a standard of mental health were people who demonstrated self-actualization. The characteristics of self-actualization were found by him in the study of biographies of people who had reached the heights of self-actualization in their professional activity. As in psychiatry so in psychology this approach has many opponents, first of all because of subjectivity in the choice of persons whom Maslow thought such persons who could provide self-actualization. These persons Maslow thought were mentally healthy people. But despite this, many researchers have concluded that «these remarkable examples of mentally healthy people remind us that the potential of psychological growth of humanity is significantly higher than that one which we have reached».

5. Culturally-relativistic approach. Researchers who worked in a paradigm of cultural relativism considered as a norm everything that consisted with the concept of this culture about the norm. In the cultural psychiatry there are

concepts of behavioral and grade standards (or norms). According to WHO, behavioral norm is urgent, normal or modeling behavior that is observed in a group of this or that culture. Ranked norm is ideal standards of behavior expected from persons with special social role and status (e.g., clergy, teachers, doctors, judges). These standards are usually altruistic and more stricter than the rules proposed for other people.

To be mentally healthy and mentally ill in different cultures means different mental status of a person. Moreover, even in the same country but in different historical periods, accompanied by a change in the mentality of the population, the concepts of mental health and disease vary. Nowadays, most researchers think that it's meaningless to understand psychopathology in isolation from the culture. But between supporters of universalistic and relativistic approaches there are discussions about the influence of culture on various aspects of mental and behavioral disorders. Trans-cultural studies conducted under the auspices of WHO, allowed to identify a number of «universal mental disorders», for example such ones that occur in all cultures with the same symptoms.

Into the process of developing of levels of health of population are involved different groups of factors that American scientist Robbins (1980) has divided into 4 groups:

- lifestyle;
- environment;
- biological factors;
- medical factors.

Chart 1

**Chart impact on health risk factors of population
(by Robbins)**

Group risk factors	Per cent of influence
Lifestyle (smoking, poor nutrition, alcohol abuse, bad working conditions, stress, lack of exercise, drugs, incomplete or large family, urbanization)	51-52%
Environment (air pollution, water, soil, food, level of radiation, electromagnetic fields)	20-21%
Biological factors (heredity, constitution, sex, age)	19-20%
Medical factors (vaccination against infectious diseases, medical examinations, the quality of treatment)	8-9%

This chart shows that the influence of social factors on our health is around 70%. And the factor of «lifestyle» that includes a wide range of social, psychological and cultural characteristics, is more than 50%. With this factor the following concepts are associated:

- living standards (the structure and the level of financial security, per person);
- quality of life (measured parameters characterizing the degree of financial security);
- style and way of life, defined by cultural characteristics of the society (the mentality of the population and its national motivation, group and individual characteristics of the behavior).

The study of mental health of the population helped to distinguish 5 degrees of mental health (S.B. Semychev, 1987).

1. The ideal norm. According to WHO, the ideal norm is a behavior that is supported by cultural group, because it is desirable or optimal. This is socially attributed pattern of the behavior.

2. The average rate is a state of psychological and psychiatric characteristics that reflects the norm for certain population (including gender, age, social status, ecological peculiarities of the region, etc.).

3. The constitutional norm. Each constitutional type shows certain psychological response to a certain range of mental and behavioral disorders.

For each type, there are specific pathogenic factors for which this type of the person is the most vulnerable. Thus, people with schizoid constitution inherent coldness, rationality, sensitivity; persons with cycled constitution are characterized by changes of mood from gayness to depression.

4. The accentuation is a variant of mental norm characterized by particular severity or acuteness of some traits of the character; this determines the specific vulnerability of the person to certain mental and behavioral disorders, such as dependent behavior.

5. Preexisting diseases are special conditions in which there are some symptoms of mental disorders (generally of neurotic and affective levels), but social adaptation of the person is maintained.

It should be noted that in the ICD-10 there is no concept of «mental illness». Into the conceptual apparatus of modern psychiatry a definition of «mental disorder» was included. In ICD-10 and DSM-IV under the «mental disorder» means «a painful state with psychopathological or behavioral symptoms associated with impaired functioning of the body as a result of exposure of biological, social, psychological, genetic or chemical factors. It is determined by the degree of deviation from the basic concept of mental health».

Thus, protection of mental health of population in Ukraine is an integral part of our society.

**О.О. Древіцька¹, О.А. Філатова²,
О.В. Колодєжний¹, Ю.В. Ячнік¹, Т.А. Шаповал³**
ПСИХОПРОФІЛАКТИКА МЕЖОВИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ

¹ Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії
та наркології МОЗ України, м. Київ

² Міжнародна академія освіти і науки, м. Київ

³ Газета «Психолог» видавництва «Шкільний світ», м. Київ

Ключові слова: психопрофілактика, межові психічні розлади у дітей

Актуальність. Гуманістичні тенденції сучасного світового і українського суспільства сприяють всебічному розвитку дітей з різними фізичними і психічними вадами. Державні інституції та громадянське суспільство допомагають їм знайти своє місце у суспільному житті. Однак, пограничні психічні розлади (далі – ППР), що зустрічаються з частотою від 6 до 8% у популяції [1-2], як правило, на побутовому рівні та в педагогічному середовищі не сприймаються як такі, що потребують фахової психологічної, психотерапевтичної або відповідної медикаментозної корекції, а сприймаються як особливості емоційного реагування, поведінки, характеру, що стали наслідками неправильного сімейного виховання без глибокого аналізу їх причин і сутності та без особливого сприяння суспільній адаптації дітей з ППР.

Психологи і лікарі дитячих садків, шкільні психологи і шкільні лікарі, педіатри і лікарі загальної практики-сімейної медицини, психологи амбулаторної ланки, як фахівці мають найбільше можливостей виявлення дітей груп ризику, разом з батьками досліджувати та оцінювати їх стан і направляти дітей на консультації до відповідних спеціалістів.

Мета дослідження: запропонувати принципи психопрофілактичних заходів для своєчасного виявлення дітей з ППР та відповідної фахової роботи з ними.

Матеріал і методи дослідження. Процес психопрофілактики у дитячих дошкільних установах і навчальних закладах доцільно розпочинати як невербальну скринінг-діагностику. Достатньо інформації для попереднього виявлення дітей груп ризику було отримано при використанні ідеї тесту Еткінда при малюванні дітьми емоційного ставлення до оточення [3]. За таким дослідженням можна водночас отримати інформацію про комфортність емоційного стану дітей цілого класу або іншої групи (у такий спосіб проводили діагностику дітей і в медичному закладі).

Обстежено 278 дітей молодшого шкільного віку. Дітям давали завдання намалювати різними кольорами великі кола, якими вони умовно позначали сім'ю, школу

(спортивні, музичні гуртки та інші захоплення). У великих колах вони умовно різними кольорами позначали – себе та близьке оточення у вигляді маленьких кіл. Внизу рисунка школярі рисками проводили ранжування кольорів від приємного до неприємного, – і таким чином, модифікація колірною тесту відносин Еткінда в процесі малювання надавала інформацію: про значущість для дитини людей з близького оточення: батьків, вчителів, однокласників (за розмірами намальованих кіл); про емоційну прихильність та про психологічний конфлікт з певними людьми (за рангами кольорів); про самооцінку та психологічне самопочуття за різних обставин.

Невербальну скринінг-діагностику доцільно проводити у школі двічі на рік, і вона може сприяти профілактиці дидактогеній. Для цього використовували заготовлені бланки, які зліва мали перелік різних навчальних предметів, а справа – учні малювали свою реакцію на предмети у вигляді сонечок або хмаринок (Т. А. Шаповал). У такий спосіб отримували інформацію: не тільки про дітей, які мали потребу у подальшій психологічній діагностиці, але й про вчителів, які могли бути причиною дидактогеній, що потребувало проведення психологічної роботи з педагогами. Повторна негативна оцінка емоційного ставлення до вихователів, вчителів у понад 25% дітей свідчила про труднощі фахівця у роботі з дітьми, потребувала проведення психологічної просвітницької роботи з фахівцями дошкільних та навчальних закладів. Зацікавлення адміністрації одного з навчальних закладів у своїй репутації було таким, що ставилося питання про розрив контракту з вчителями, які повторно негативно сприймалися учнями.

З метою *первинної психопрофілактики* проводилася така просвітницька робота, як-то заходи упередження ППР у дітей: бесіди для батьків про індивідуальні особливості дітей; інформація для вчителів про особливості дітей шкільного віку та необхідність індивідуального підходу і додаткової психолого-логопедичної роботи з ними; лекції для сімейних лікарів, дитячих психіатрів, психотерапевтів, педіатрів та лікарів інших

спеціальностей; просвітницька робота серед старшокласників: підвищення сімейних цінностей взаємної поваги і турботи про членів родини – старших і малюків.

Практика проведення просвітницької лекційної роботи показала, що більшість педагогів і батьків не розуміли сутності психологічних захисних механізмів і несвідомо використовували проекцію, заміщення та утворення реакції, які шкодили педагогічному процесу та міжособистісній взаємодії з дітьми.

Вторинна психопрофілактика як комплекс заходів, що запобігають загостренню або рецидивам захворювань, відповідно до ППР передбачала лікування наявних розладів, упередження загострень. До вторинної психопрофілактики ППР можна було віднести: здійснення якісної допомоги хворим, а при затримках розвитку мови, інших психічних функцій у дітей з ППР особливо важливим було запобігання хронізації розладів.

Ставлення батьків і педагогів до дітей із невротичними розладами, поєднаними з пограничним когнітивним дефіцитом, мало бути толерантним і компетентним, зі сприянням розвитку активності та ініціативи пацієнтів. Важливо було оцінювати дітей із затримками психічного розвитку без порівняння їх з іншими дітьми, а за результатами їх власних успіхів у навчанні відносно попередніх досягнень.

Вторинна психопрофілактика передбачала: систематичну медико-психологічну допомогу дітям із ППР та з когнітивним дефіцитом у вигляді консультування, психокорекції, логопедичної корекції, психологічної підтримки; запобігання появи у хворої дитини психопатологічних рис під впливом особливих умов її розвитку; заспокоєння дитини при її надмірній тривожності, пов'язаній зі спілкуванням з новим колом осіб, зміцнення її вольових рис; подолання дитиною внутрішніх психологічних конфліктів і навчання оптимальним поведінковим стратегіям; стимулювання позитивного ставлення до себе, віри в можливість повного одужання; оптимізацію спілкування дитини з однолітками, батьками, педагогами; додаткові заняття дитини з логопедом і дефектологом для подолання когнітивного дефіциту.

При наявності коморбідних захворювань вторинна психопрофілактика передбачала заходи підвищення імунітету, профілактики церебрастеній, психогеній. Найбільш ефективним способом вторинної психопрофілактики тривалих ППР була диспансеризація як комплекс заходів раннього виявлення захворювань, динамічного спостереження, профілактичного патогенетичного лікування.

Вторинна психопрофілактика у школі передбачала: зміну ставлення педагогів до дітей з ППР і пограничним когнітивним дефіцитом; заняття психологів з дітьми, направлені на стабілізацію емоційного світу дитини та підвищення її самооцінки, формування адаптивних поведінкових стратегій.

Вторинна профілактика також включала корекцію розуміння батьками розладів у дітей та внутрішньої картини хвороби (ВКХ) у дитини, відреагування і подолання внутрішніх психологічних конфліктів дітей з використанням відповідних психотерапевтичних технік (арттерапії, казкотерапії та ігрової терапії), стабілізація емоційного світу та навчання оптимальним копінг-стратегіям у поведінкових реакціях дітей з ППР.

Термін «*третинна профілактика*» передбачає комплекс заходів боротьби з наслідками ППР і реабілітацію пацієнтів. Третинна профілактика мала на меті соціальну, навчальну і психологічну реабілітацію.

Заходами третинної профілактики при ППР були: відновлення психологічного комфорту дітей у сімейному колі та в шкільному колективі. У цьому напрямку важливими були: моніторинг і корекція сімейного та шкільного виховання дітей з ППР; проведення, при необхідності, логопедичної корекції; індивідуальний підхід у навчанні та оцінюванні дітей.

Результат і обговорення. Практичний досвід впровадження психопрофілактичної роботи засвідчив ефективність моніторингу емоційного ставлення дітей до свого оточення. Підвищення рівня компетентності батьків і вчителів позначилося на ставленні до дітей та на психологічному стані дітей. Повторні психологічні скринінг-обстеження показали зниження емоційно негативного ставлення дітей до батьків та до вчителів (від $25,7 \pm 2,2\%$ і $32,4 \pm 2,1\%$ до $18,7 \pm 2,1\%$ і $22,3 \pm 2,2\%$, відповідно, $p < 0,01$), що було зумовлене більш відповідальним ставленням дорослих до процесу виховання та знизило ризики пограничних розладів у школярів.

Отже, наявність зворотнього зв'язку, просвітницька діяльність допомагають профілакувати психогенну поведінку у дорослих, стабілізувати емоційний стан дітей.

Висновок.

У цілому, враховуючи фактори походження ППР, існує необхідність взаємодії різних фахівців і служб (школи, лікувальних закладів, суспільства і психологічних служб) для ефективної психопрофілактики та реабілітації.

Запропоновані рекомендації з психопрофілактики базуються на результатах проведених досліджень і

включають превентивні заходи для первинної, вторинної та третинної психопрофілактики.

Профілактика ППР передбачає: зміну ставлення до дітей з пограничним когнітивним дефіцитом у школі та в родині; підвищення її самооцінки; пошук у таких дітей компенсаторних здібностей та їх розвиток. Психологічна діагностика і корекція внутрішніх психологічних конфліктів у пацієнтів сприяли психопрофілактиці та лікуванню ППР.

Література:

1. Мешков В.М. Деякі психогігієнічні та методологічні аспекти психічного здоров'я підростаючого покоління на регіональному рівні / В.М.

Мешков // Психічне здоров'я. – 2015. – вип. 2 (47) – С. 43-50.

2. Древіцька О.О. Інтелект дітей молодшого шкільного віку з пограничними психічними розладами / О. О. Древіцька // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика. – 2014. – Вип. 23(3). – С. 281-287.

3. Древіцька О.О. Методологія психологічної корекції при пограничних психічних розладах у дітей молодшого шкільного віку / О. О. Древіцька // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика. – 2014. – Вип. 23(4). – С. 138-144.

ПСИХОПРОФИЛАКТИКА ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ

О.О. Древицкая, О.А. Филатова, О.В. Колодежный, Ю.В. Ячник, Т.А. Шаповал

Актуальность. Пограничные психические расстройства встречаются с частотой 6-8% у населения. Их психопрофилактика особенно важна для детей.

Материал и методы. Обследовано 278 детей младшего школьного возраста. Проводилась невербальная диагностика эмоционального отношения детей к взрослым. Обнаружены эмоциональные психологические конфликты. Психологи проводили образовательную работу с родителями и учителями.

Результат. После такой работы улучшилось эмоциональное отношение к родителям и учителям (количество эмоциональных конфликтов уменьшилось с $25,7 \pm 2,2\%$ и $32,4 \pm 2,1\%$ до $18,7 \pm 2,1\%$ и $22,3 \pm 2,2\%$, соответственно, $p < 0,01$).

Вывод. Невербальная психодиагностика способствует психологическому образованию и, в целом, психопрофилактике пограничных психических расстройств у детей.

Ключевые слова: психопрофилактика, пограничные психические расстройства, дети.

PSYCHOPROPHYLAXIS OF BORDERLINE MENTAL DISORDERS IN CHILDREN

O. Drevitska, O. Filatova, O. Kollodezhny, Y. Yachnik, T. Shapoval

Actuality. Borderline mental disorders occurring with a frequency of 6 to 8% in the population. Their psychoprophylaxis is especially important for children.

Material and Methods. 278 children of primary school age were examined. Conducted nonverbal diagnostics of the emotional attitude of children to adults. Detected emotional psychological conflicts. Psychologists conducted educational work with parents and teachers.

Results. After such work, the emotional attitude towards parents and teachers improved (the number of emotional conflicts decreased from $25,7 \pm 2,2\%$ and $32,4 \pm 2,1\%$ to $18,7 \pm 2,1\%$ i $22,3 \pm 2,2\%$, in accordance, $p < 0,01$).

Conclusion. Nonverbal psychodiagnostics facilitates the conduct of psychological education and, in general, psychoprophylaxis of borderline mental disorders in children.

Key words: psychoprophylaxis, borderline mental disorders, children

УДК 616.89

К.Б. Баркалова
ПСИХІЧНІ ПОРУШЕННЯ ЯК РЕЗУЛЬТАТ ВПЛИВУ БЛІДОЇ ТРЕПОНЕМИ
 Територіальне медичне об'єднання «Психіатрія», м. Київ

Ключові слова: психічні та когнітивні порушення, нейросифіліс, хворі з позитивними серологічними реакціями на сифіліс

Останнім часом у науковій літературі зросла кількість публікацій, які демонструють психічні і когнітивні порушення, що виникають як результат дії блідої трепонеми (БТ) [4,7,10,18,24,36]. Проте статистичні показники свідчать про значне зниження захворюваності на сифіліс в Україні порівняно з даними кінця минулого століття [15,21,29]. У зв'язку з цим, вчені наводять докази патоморфозу сучасного сифілісу, відзначаючи зловитий його перебіг зі збільшенням частоти уражень нервової системи [5,8,11].

На початку ХХ століття хворі на нейросифіліс (НС) становили від 5% до 10 – 14% від загальної кількості госпіталізованих в психіатричні стаціонари [1,27]. Успішне застосування (з 1943 р.) пеніциліну в лікуванні сифілісу призвело до зниження як загальної захворюваності, так і НС зокрема [1,27], й надалі до 80-х років – до практичного зникнення психопатологічних станів, викликаних впливом БТ [9,34].

У 90-х роках минулого сторіччя погіршення соціально-економічної ситуації в Україні, міграція населення з несприятливих регіонів, втрата моральних принципів, безконтрольне зростання наркоманії та проституції зіграли не останню роль в різкому збільшенні кількості хворих на сифіліс, при цьому захворюваність сягала понад 200 випадків на 100 тис. населення. В цей час у практиці лікування сифілісу поширилося застосування амбулаторних методів лікування, заснованих на використанні дюрантних препаратів пеніциліну, які не проникають через гематоенцефалічний бар'єр. Це призвело до збільшення уражень нервової системи, яке відзначається у теперішній час [13,15,21,29].

Під НС розуміють ураження нервової системи з можливими функціональними і/або органічними пошкодженнями, що викликані БТ (tr.pall.) і проявляються специфічними змінами в лікворі [12].

На думку низки авторів, симптоми ураження нервової системи можуть виникнути в будь-який час (але

не раніше 3-х місяців) після інфікування БТ приблизно у 20% хворих на сифіліс [8,18,19].

Існуючі нині класифікації НС враховують давність сифілітичної інфекції та провідні клінічні зміни. Ранні (мезенхімні) зміни при НС характеризуються першочерговим ураженням судин і м'яких мозкових оболонок головного та спинного мозку з переважанням ексудативно-запальних процесів. Як правило, вони розвиваються у перші 2-3 роки (не пізніше 5 років) після зараження.

Пізні (паренхіматозні) зміни характеризуються ураженням мозкової паренхіми з переважанням дегенеративно-дистрофічних процесів. Для них характерні повільно наростаючі дегенеративні зміни нервових клітин і волокон. У патологічний процес зазвичай залучаються і мезенхімні елементи, проте, судячи з клінічної картини, запальні явища не прогресують. Як правило, вони розвиваються не раніше, ніж через 5-8 років [12].

Розділення на мезенхімний і паренхіматозний НС повністю не визначає усіх сторін морфологічної картини цих форм, оскільки при мезенхімному НС повторно страждають також елементи нервової паренхіми і, навпаки, при паренхіматозних формах постійно виражена тією або іншою мірою реакція з боку мозкових оболонок і судин [1,12].

Звернемося до класичної літератури з сифілідології та психіатрії і з'ясуємо, при яких формах і в які періоди перебігу сифілітичної інфекції виникають психічні і когнітивні порушення у хворих на НС.

За даними [1,9,19], майже у половини хворих на менінговаскулярний сифіліс (МВС) дебют захворювання починається з розладів психічної сфери різного ступеня (зниження пам'яті, уваги, підвищення втомлюваності), поведінкових розладів у вигляді дратівливості, запальності або апатії. При прогресуванні захворювання може розвинути психоорганічний синдром, який проявляється у вигляді дезорієнтації, агресії та жахів,

галюцинацій та значними інтелектуально-мнестичними розладами.

При МВС ураження мозкових оболонок поєднується зі специфічним васкулітом судин головного мозку. Явища менінгіту у хворих зазвичай виражені незначно або помірно, а клінічна картина визначається переважно ураженням судин. Ці зміни можуть розвиватися вже на ранніх стадіях сифілісу, але не раніше 3-х місяців після зараження. У таких випадках ставлять діагноз раннього МВС. При цій формі у пацієнтів нерідко звужується сфера інтересів, підвищується емоційна реактивність, вони перестають справлятися зі звичною роботою. Також можуть виникати напади злості, агресивності, психомоторного збудження, які швидко змінюються ейфорією, відсутністю критики до свого стану [8,14].

Якщо симптоми захворювання з'являються через 5 і більше років від моменту інфікування, то діагностують пізній МВС [15,19]. Він характеризується поступовим наростанням запальних змін судинної стінки церебральних артерій великого і середнього діаметру із залученням в процес речовини мозку. З психічних симптомів описані сплутаність свідомості, повільно наростаючі слабоумство, слухові і зорові галюцинації, епілептичні напади, гіперкінези. Також може розвиватися наростаюча астенізація з епізодами оглушення, дезорієнтації та рухове збудження, ейфорія, марення величч, розлади пам'яті з її різким зниженням, що може імітувати клініку прогресуючого паралічу (ПП) [17,21].

Олійник О.М. (2013), вивчаючи 76 хворих з МВС, виявила у 52 (68,4%) пацієнтів емоційні, когнітивні і поведінкові розлади, у 69 (90,8%) – астено-невротичний та у 9 (11,8%) – епілептичний синдроми [19].

Перебіг МВС має кілька характерних особливостей. Специфічні інфільтрати, що формуються навколо судин і звужують їх просвіт, призводять до розвитку ішемії відповідної ділянки мозкової тканини. Однак ці інфільтрати підкоряються загальному закону розвитку сифілітичних елементів – через деякий час вони розрішаються навіть без лікування, тому МВС має хвилеподібний перебіг зі зміною періодів погіршення періодами ремісії, які виникають без будь-якого терапевтичного втручання [12].

Найчастіше ураження нервової системи при МВС виникають за рахунок сифілітичного запалення артерій великого і середнього калібру (артеріт Гюбнера), що призводить до виникнення церебральних інфарктів мозку [14,19]. Але нерідко симптоми можуть виявляються повільно, протягом декількох років, і, як наслідок, розвивається поступове наростання запальних змін судинної стінки з формуванням вторинної ішемії головного мозку [8,21]. Рідше виникає ураження судин дрібного калібру (артеріт Нісль - Альцгеймера), що призводить до формування сифілітичної енцефалопатії (СЕ) [14].

СЕ зазвичай виникає на пізніх стадіях НС (10 років і більше від моменту зараження), прогресує, незважаючи на лікування, і має тенденцію до формування деменції [16,23]. Відзначено, що у пацієнтів з СЕ, в порівнянні з МВС, когнітивний дефіцит порушений у більшій мірі [22].

Родиков М.В. вважає, що при пізньому НС, як при СЕ, так і МВС, розлади когнітивних функцій зустрічаються в 39,5% випадків, рідше, в 28,9%, – розлади емоційно-вольової сфери і у 23,7% – ізольовані порушення пам'яті [26].

Низка авторів зазначає, що внаслідок патоморфозу НС частота випадків менінговаскулярних форм збільшилася, а паренхіматозних – знизилася [8,10,13,15,20].

Дослідження, яке провели Drago F. et al. (2016), свідчить про переважну кількість паренхіматозних форм. Автори вивчили 286 історій хвороби пацієнтів з НС, описаних в 137 статтях, які були опубліковані за період з 2010 по 2014 рр. у 33 країнах світу. З них 49% пацієнтам був діагностований ПП з найбільш частими проявами у вигляді когнітивних порушень і психічних розладів, такими як поведінкові порушення, деменції, депресії, манії, психози зі слуховими і зоровими галюцинаціями. Сифілітичний менінгіт діагностовано у 63 (22%) хворих, частіше з залученням слухових і зорових аналізаторів, а МВС і спинна сухотка мали лише 12% хворих [30].

Прогресуючий параліч – progressive paralysis (синоніми: загальний параліч (general paralysis), паралітичне слабоумство (paralytic dementia), прогресивний параліч схиблених (general paralysis of insane)) – визначають як одну з форм паренхіматозного

НС, яка представляє собою органічне захворювання головного мозку і характеризується прогресуючим порушенням психічної діяльності, що поєднується з неврологічними і соматичними розладами. Тривалість періоду від моменту зараження сифілісом до появи симптоматики ПП становить від 5 до 30 років [1,12].

ПП – це хронічний прогресуючий менінгоенцефаліт, в основі якого лежить ураження паренхіми головного мозку. Він проявляється повільно наростаючими когнітивними порушеннями зі змінами особистості аж до розвитку деменції. Дегенеративні зміни спостерігаються переважно в передніх відділах кори великих півкуль головного мозку з розвитком атрофії, рідше до процесу залучаються мозочок і стовбур головного мозку [5,17].

Появі психічних симптомів часто передують неврастенічні ознаки: підвищена стомлюваність, слабкість, пітливість, головний біль, порушення сну, емоційна нестійкість. Ця «паралітична астенія» може тривати від кількох тижнів до декількох місяців [8,35].

На думку [22], приблизно в 60% випадків когнітивний дефект при ПП має виражений характер, а захворювання проявляється у формі «простої деменції», без ознак манії величчя або психозу з вираженою лобною дисфункцією, апатією і агресією.

У класичних посібниках з психіатрії у перебігу ПП спостерігається три стадії: початкова (неврастенічна, або стадія провісників), повного розпаду хвороби і кінцева марантична [3].

Виділення форм ПП (дементна, експансивна, ейфорична, депресивна тощо) має значення тільки на початковій стадії захворювання. У чистому вигляді найбільш часто зустрічається дементна форма з властивим їй повним розпадом особистості і всіх форм психічної діяльності. Зазвичай вона має відносно доброякісний перебіг. На ранніх стадіях (до розвитку рухових порушень) захворювання важко відрізнити від деменцій іншого генезу. При цій формі у хворих поряд з повною відсутністю критичної оцінки свого стану спостерігається наростаюче слабоумство. Пацієнт втрачає здатність набувати знання і навички, не може осмислити найпростіші речі, забуває поточні події, не може точно назвати дату власного народження. Судження і висновки у таких хворих непослідовні,

поверхневі, пам'ять грубо порушена, етичні норми, поняття боргу, моралі губляться. Зазначені порушення з'являються на тлі втрати інтересу до навколишнього світу, повної апатії, отупіння [12].

Якщо лікування не проводиться, то через 2-5 років після виникнення перших проявів захворювання психічна та фізична деградація доходить до крайнього ступеня. Хворі прикуті до ліжка через рухові порушення, довше інших залишаються лише рефлекторні і захисні рухи. Порушуються функції тазових органів. Тотальний розпад психічної діяльності і повна безпорадність приводять до смерті внаслідок приєднання соматичних ускладнень [16,23].

Існує точка зору, що сучасний патоморфоз ПП полягає в переважанні дементної форми над класичною експансивною, яка проявляється менш яскраво [15,24]. Деякі автори вважають, що при своєчасному лікуванні в 20% випадків може бути досягнута повна ремісія, в 40% випадків – ремісія з ознаками психоорганічного синдрому, у решти хворих лікування може бути малоефективним [10,11,26].

ПП традиційно вважається «хамелеоном» в психіатрії, надзвичайно важко визначити терміни розвитку перших симптомів захворювання, складною залишається диференційна діагностика, особливо з хворобою Альцгеймера [32].

Так, в дослідженні [32], при порівняльній оцінці когнітивних функцій у пацієнтів з НС і хворобою Альцгеймера виявилось, що у хворих з НС переважають порушення уваги, тоді як у хворих на хворобу Альцгеймера – зорово-просторові функції. При цьому у пацієнтів з НС більшою мірою представлені психічні порушення. За даними радіологічного дослідження, у всіх пацієнтів були виявлені атрофія в медіальній ділянці скроневої долі, проте більшою мірою – у пацієнтів з ранньою формою хвороби Альцгеймера.

Вогнищеві неврологічні симптоми, які можна було б вважати дебютом ПП, насправді часто є проявами МВС, що призводить до діагностичних помилок [17,25].

Так, Літус А.І. та співавт. (2012 р.) в своїй роботі описують труднощі, які виникають при проведенні диференціальної діагностики між МВС і ПП [13].

Мироненко Т.В. та співавт. (2014 р.) аналізують літературні дані про сучасні прояви НС і наводять власне

спостереження випадку пізнього НС у пацієнтки 46 років, якій був поставлений діагноз: прогресуючий параліч, початкова стадія, виражений психоорганічний і вестибуло-атактичний синдроми, апоплектиформні моторні пароксизми. Автори дійшли висновку, що психічні розлади у вигляді поступово прогресуючого слабоумства, які мали місце у даної пацієнтки (нездатність до роботи, бідність думок, забудькуватість, неуважність, схильність до самотності), характерні для дементної форми ПП [15].

На думку [29,40], синдром паралітичних нападів є невід'ємною складовою клініки ПП. За характером і перебігом нападів виділяють апоплектиформні напади з втратою свідомості і паралічами, а також без втрати свідомості, без афатичних та інших рухових явищ випадання. Так само у хворих ПП можливі епілептиформні напади, синкопе, напади запаморочення. Патогенез паралітичних нападів на ранній стадії ПП відрізняється від такого на пізній стадії. На початкових стадіях захворювання він пов'язаний з трепонемотоксичністю, а на пізніх – безпосередньо з комплексом структурних змін в нервовій тканині [1].

Сучасні дані про психопатологічні стани, що виникають під впливом БТ, дуже різноманітні і суперечливі [5,7,8,11,16,18,21,24,33], але більшість авторів відзначають поліморфізм клінічних симптомів з різним ступенем вираженості когнітивних порушень (КП) і саме тому вивченню КП у хворих на НС присвячено багато сучасних праць [2,14,22,23,26,32,36,39].

Під КП розуміють погіршення, порівняно з індивідуальною нормою, однієї або декількох кіркових функцій: сприйняття (гнозис), пам'ять, праксис, мова, керуючі функції [6].

Васильєва О.А. (2012 р.) в результаті обстеження хворих з пізнім НС зробила висновок, що когнітивні функції у них змінені і знаходяться на рівні деменції легкого ступеня вираженості (за шкалою MMSE – Mini-Mental State Examination), що є наслідком вираженого специфічного дегенеративно дистрофічного процесу в тканинах мозку з порушенням нейрональних просторово-часових зв'язків. Клінічна картина пізніх проявів нейросифілітичної психопатії може симулювати будь-яку психоневрологічну симптоматику, що часто

веде до неправильного діагнозу, і, як наслідок, до помилкової терапії [2].

Колоколов О.В. (2013 р.) при використанні короткої шкали оцінки психічного статусу MMSE виявив когнітивне зниження у 64,1% хворих на НС і 69,5% пацієнтів, інфікованих БТ, які не страждають на НС. Однак деменція частіше мала місце серед хворих на НС (28,3%), ніж в інфікованих БТ пацієнтів без нейросифілісу (13,0%) [11].

У дослідженні [20] при оцінці когнітивного статусу за шкалою MMSE у 91 пацієнта з раннім НС встановлено, що в 48% випадків відзначаються помірні КП, у 17% випадків – легка деменція. При проведенні FAV тесту виявлені помірні КП в 56%, а деменція легкого ступеня – у 13% випадків [14].

Бєлова А.Н. і співавт. (2014 р.) [28] описують виникнення пізнього НС у пацієнтки, яка не мала в анамнезі відомостей про венеричні захворювання. Автор вказує на можливість редукції когнітивних розладів навіть на тлі специфічної пеніцилінотерапії. На думку авторів, пізній НС може дебютувати ізольованими КП, що імітують первинно-дегенеративні захворювання ЦНС.

Казієв А.Х. і співавт. (2010) відзначають, що у пацієнтів з НС, поряд з деменцією, як найбільш соціально значущим порушенням в спектрі розладів когнітивної сфери, зустрічаються і більш легкі (недементні) КП, які можуть діагностуватися вже на ранній стадії захворювання в структурі симптомів ураження нервової системи як при менінгоvasкулярній, так і паренхіматозній формах [7].

Zheng D. et al. (2011) провели ретроспективне обстеження 119 пацієнтів з ПП в місті Guangzhou, Китай. Вони дійшли висновку про збільшення не тільки частоти виникнення психічних і когнітивних порушень при НС, але й ступеня їх вираженості [41].

На думку [33], в дебюті НС когнітивна дисфункція зустрічається в 33-86% всіх випадків. При цьому в 7-24% випадків НС перебігає з ізольованим розвитком КП внаслідок гострого розвитку інсульту, локалізованого, переважно, в середній мозковій артерії.

У літературі також описано випадки НС з когнітивною дисфункцією на тлі гострих психозів

[34,37], епілептичних нападів [40], порушень мозкового кровообігу [39].

Аналізуючи дані літератури про психопатологічні аспекти при НС, можна відзначити, що велика кількість публікацій присвячена пацієнтам з синдромом деменції [4,23,38,39,41].

Лосєва О.К та співавт. дійшли висновку, що психічні порушення є домінуючими при пізніх формах НС, а його очікувана частка має бути істотно вищою. Недостатнє виявлення НС в психіатричних стаціонарах пояснюється дефектами обстеження пацієнтів, зокрема, вкрай недостатнім вивченням спинно-мозкової рідини [16].

Yanhua W. et.al., вивчивши 55 історій хворих з ПП, які перебували на лікуванні з березня 2011р. по травень 2015 р. і мали психічні розлади, виявили, що у 29 пацієнтів первинно помилково було діагностовано інші психічні захворювання: у 15 – шизофренія, у 6 – манія, у 5 – біполярні порушення, 1 випадок – гострий реактивний психоз, 1 – тривога і психомоторне збудження. І тільки у 26 хворих при первинному огляді був запідозрений НС [31].

Наводимо власне спостереження, яке демонструє складність діагностики НС.

Хвора Д., 1967 року народження, доставлена ШПБ до ТМО «Психіатрія» у м. Києві у зв'язку з неадекватною поведінкою. За кілька днів до госпіталізації стала метушливою, у розмовах з родичами заговорювалася, розповідала нісенітницю, на пошті вимагала неіснуючий грошовий переказ. В день госпіталізації загубилася у місті. Родичі розшукали пацієнтку та, враховуючи попередні події, привезли до лікарні. Госпіталізується вперше, добровільно, у супроводі доньки.

Анамнез життя зі слів родичів: спадковість психопатологічно не обтяжена. Молодша з 4-х дітей в сім'ї. Ранній розвиток без особливостей. Закінчила школу-інтернат для дітей, хворих на туберкульоз, училище будівництва за фахом маляр-штукатур. Працювала багато років медичним реєстратором у поліклініці, останнім часом – прибиральницею. Не працює останні 2 місяці. Заміжня, має дорослу доньку, онука. Проживає з чоловіком, сестрою, дочкою та її родиною в 3-кімнатній квартирі. Алкоголем не зловживає, наркотики не вживає. Зі слів хворої, 2 місяці

тому перенесла ЗЧМТ (впала, вдарилася головою). У дитинстві була під медичним наглядом з приводу туберкульозу. Вірусні гепатити, венеричні захворювання заперечує. У 2012 р. лікувалася у гінекологів з приводу підозри на онкозахворювання.

Психічний стан на момент поступлення: скарг немає. Спокійна, впорядкована, пасивно підкоряється, дещо неохайна. Виконує прості інструкції. Орієнтована в своїй особистості достатньо (називає ім'я, вік), в місті перебування грубо («мені сказали, що це психіатрія»), в часі дезорієнтована (вважає, що перебуває в лікарні вже тиждень, не знає, який тепер день, місяць, число).

Скарг активно не висловлює.

Абсолютно не критична до свого стану, на питання лікаря, чого її привезли до лікарні відповідає «не знаю, у мене все добре». Спостерігається тремор кінцівок. Мова скандована зі значними порушеннями артикуляції. По суті відповідає на прості питання, знає основні анамнестичні відомості, але під час розмови нарастає виснаження, мова набуває більш незрозумілого, інкогерентного характеру: «печінка піднімається, я живу з зятем, не тут, в Яготині» тощо.

На перший план у психічному статусі виступає виразне інтелектуально-мнестичне порушення (деменція): мислення конкретно ситуаційне, торпідне, абстрагування утруднене, переносний зміст прислів'їв не розуміє, навички письма, читання, лічби значно утруднені. Частково намагається применшити свою побутову неспроможність, «голоси» заперечує, в поведінці ознак обманів сприйняття не виявляє. Активно маячних ідей не висловлює. Настрій благодушно-піднесений, у висловлюваннях звучать ідеї експансивного характеру: «у мене гарний настрій, бо чоловік знайшов роботу, і в нас є гроші». Багато посміхається, відмічає підвищений апетит. Не критична до свого стану, але згоду на обстеження та лікування дає. Суїцидальних та агресивних тенденцій не виявляє.

Попередній діагноз: деменція.

Призначене лікування (вінпоцетін, ноозам, нейровітан, аміназин, азапін) до покращення стану не призвело.

Після проведення додаткового обстеження хворій був встановлений діагноз: деменція при нейросифілісі.

Призначено протисифілітичне лікування за схемою відповідно до наказів МОЗ України.

За період лікування стан хворої помітно поліпшився: вона стала більш контактною, поведінка упорядкувалася. Емоції – бідні, але продуктивної симптоматики немає. Пам'ять, інтелект частково знижені.

Виписана з лікарні з рекомендаціями повторного курсу лікування через 1 місяць.

Представлений випадок ілюструє різноманітність психопатологічних станів, які виникають в результаті впливу БТ і можуть імітувати деменції різного генезу.

Таким чином, клінічний перебіг НС на сучасному етапі характеризується вираженими психічними порушеннями та поліорганною неврологічною симптоматикою. Однак, патогномонічні ознаки, які могли б послужити "опорою" для диференціального діагнозу, найчастіше відсутні. Клініцисти відчують значні труднощі в питаннях диференціальної діагностики НС і як результат – висока частота діагностичних помилок. Своєчасність призначення адекватної специфічної терапії для усунення психічного дефіциту є досить важливим, оскільки НС за відсутності лікування може призводити до стійкої втрати працездатності, а в деяких випадках – і до смерті.

Висновки.

У зв'язку зі зростанням кількості хворих на НС, збільшенням питомої ваги психічних розладів, викликаних дією БТ, необхідне більш ретельне обстеження хворих психіатричних закладів, які хворіють на або мають в анамнезі сифіліс.

Необхідно підвищувати інформованість лікарів про зростання захворюваності на НС і забезпечувати більш тісний контакт психіатрів, неврологів і дерматовенерологів з питань діагностики та лікування НС.

Література:

1. Аствацатуров К.Р. Сифилис, его диагностика и лечение / К.Р. Аствацатуров. – М. : Медицина, 1971. – 432 с.

2. Васильева О.А. Особенности когнитивных нарушений у больных с поздними формами нейросифилиса: автореф. дис. на соискание наук. степени канд. мед. наук : спец. 14.01.11 «Нервные болезни», 14.00.11 «Кожные и венерические болезни» / О.А. Васильева М., 2012; – 14 с.

3. Гиляровский В. А. Психиатрия. – М.; Л.: ГИБИМЛ, 1935. – С. 420–478.

4. Дамулин И.В. Когнитивные расстройства при нейросифилисе / И.В. Дамулин, И.Ю. Савушкина // Рус. мед. журн. – 2011. – № 4. – С. 50–55.

5. Дмитриев Г.А. Современные проблемы нейросифилиса / Г.А. Дмитриев // Consilium Medicum. Дерматология. – 2014. – №1. – С. 40-44.

6. Захаров В.В. Нервно-психические нарушения: диагностические тесты / В.В.Захаров, Т.Г.Вознесенская. – М.: МЕДпресс-информ, 2013. – 13 с.

7. Казиев А.Х. Показатели когнитивных функций мозга при нейросифилисе / А.Х. Казиев, С.М. Карпов, Е.М. Кубрин // Практическая неврология и нейрореабилитация. – 2010. – № 2. – С. 43-45.

8. Катунин Г.Л. Нейросифилис: эпидемиология, патогенез, клиника, лабораторная диагностика / Г.Л. Катунин, Л.Е. Мелехина, Н.В. Фриго. – Вестник дерматологии и венерологии. – 2013. – № 5. – С. 40-49.

9. Клинические разборы в психиатрической практике / Под ред. А. Г. Гофман. – М.: Медпресс-информ, 2006. – С. 568–590.

10. Кожанова Е. Г. Современный подход к диагностике и лечению нейросифилиса / Е. Г.Кожанова, В. А. Куташов // Журн. «Центральный научный вестник». – 2016. – Т. 1, № 4. – С. 22-24.

11. Колоколов О. В. Поражение нервной системы у больных сифилисом: современный патоморфоз, диагностика и профилактика: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук : спец. 14.01.11 «Нервные болезни», 14.00.11 «Кожные и венерические болезни» / О. В.Колоколов. – М., 2013. – 9 с.

12. Красносельских Т.В. Нейросифилис / Т. В. Красносельских // Суставной синдром в практике врача дерматовенеролога. Нейросифилис / [под ред. Е.В.Соколовского]. – СПб. : Сотис, 2001. – С. 72–269.

13. Литус А.И. Диагностические ошибки в тактике ведения больных нейросифилисом // А.И. Литус, И.В.

- Куценко // *Дерматологія та венерологія*. – 2012. – № 1. – С. 85–90.
14. Малеина А.Ю. Методы оценки когнитивных нарушений у пациентов с поражением нервной при сифилисе / А.Ю. Малеина // *Бюллетень медицинских интернет-конференций*. – 2015. – Т 5, № 3. – С. 154–160.
15. Нейросифилис. Аналитическое обозрение и собственное наблюдение / Т.В. Мироненко, И.В. Хубетова, М.О. Мироненко [и др.] // *Международный неврологический журн.* – 2014. – № 4(66). – С. 163–169.
16. Нейросифилис в практике психиатра / О.К. Лосева, Л.Б. Важбин, Т.М.Шувалова [и др.] // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 2011. – № 12. – С. 77–82.
17. Нейросифилис с психическими и двигательными расстройствами – менингovasкулярный сифилис или прогрессивный паралич? / В.А. Парфенов, Н.В. Вахнина, О.К. Лосева [и др.] // *Неврологический журнал*. – 2003. – № 3. – С. 29–33.
18. Обусловленные сифилисом поражения головного и спинного мозга / А.С. Шишов, Н.М. Саврасова, Т.А. Титова [и др.] // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 2014. – № 3, – С. 14-23.
19. Олейник А.Н. Современные особенности течения и диагностики менингovasкулярного нейросифилиса / А.Н.Олейник // *Аспирантский вестник Поволжья*. – 2013. – № 5-6. – С. 60-63.
20. Особенности диагностики раннего нейросифилиса / Е.А. Бичун, М.Л. Чухловина, Д.В. Заславский [и др.] // *Современные проблемы науки и образования*. – 2014. – № 5. :<https://www.science-education.ru/>
21. Особенности клиники и диагностики ранних и поздних форм нейросифилиса в Крыму // И. А. Строевская, А. Б. Кузьмин, Н. Р. Смирнова [и др.] // *Таврический журнал психиатрии*. – 2014. – Т.18, № 2 (67). – С. 23–27.
22. Пизова Н.В. Когнитивные нарушения при распространенных и редких соматических заболеваниях / Н.В. Пизова // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. – 2015. – Т.7, № 3. – С. 86–92.
23. Поздний нейросифилис как фактор когнитивных нарушений / О.А. Васильева, Е.А. Кубрин, С. М.Карпов [и др.] // *Фундаментальные исследования*. – 2012. – №4. – С. 256–259.
24. Психические расстройства и социальная адаптация мужчин, больных сифилисом и ВИЧ-инфекцией / Е.М. Чумаков, Н.Н. Петрова, А.А. Яковлев [и др.] // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2016. – Т. 26, № 2. – С. 10–13.
25. Ретюнский К.Ю. Проблема диагностики и терапии больных поздним нейросифилисом в условиях психиатрического стационара / К.Ю. Ретюнский, В.И. Сурганова, А.Г. Колчанов // *Современная терапия психических расстройств*. – 2009. – № 2. – С. 7–9.
26. Родиков М.В. Состояние когнитивного статуса у больных с поздним нейросифилисом / М.В. Родиков, В.В. Шпрах // *Сибирский медицинский журнал*. – 2009. – №7. – С.128-130.
27. Руководство по психиатрии / Под ред. А. В. Снежневского – Т. 2. – М.: Медицина, 1983. – 158 с.
28. Случай прогрессивного паралича как проявление позднего нейросифилиса / А.И. Белова, П.В. Городничев, С.Е. Хрулев [и др.] // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 2013. – № 3. – С. 80–84.
29. Чайка Ю.Ю. Сифилис мозга и проблема патоморфоза / Ю.Ю. Чайка, В.Л. Луцик // *Укр. вісн. психоневрології*. – 2007. – Т.15, № 3. – С. 97–100.
30. Changes in neurosyphilis presentation: a survey on 286 patients / F.Drago, G. Merlo, G. Ciccarese [et al.] // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* – 2016. – Vol.30, № 11. – P.1886-1900. doi: 10.1111/jdv.13753
31. Clinical and neuropsychological characteristics of general paresis misdiagnosed as primary psychiatric disease / W. Yanhua, S. Haishan, H. Le [et al.] // *BMC Psychiatry*. – 2016. – Vol.16. – P. 230. doi 10.1186/s12888-016-0925-3
32. Cognitive impairment in neurosyphilis: Alzheimer's disease-like pattern? / B. Topcular, M. Ozerden, N. Behrem [et al.] // *Neurobiology of aging*. – 2014. – Vol. 35, №3. – P.715-724.
33. Costiniuk C.T. Neurocognitive and psychiatric changes astheinitial presentation of neurosyphilis / C.T. Costiniuk, P. A. MacPherson// *CMAJ* – 2013. – Vol. 185, №6. – P.499–503. doi:10.1503/cmaj.121146
34. Keshavan M. S. Secondary psychoses: an update / M.S. Keshavan, Y. Kaneko // *World psychiatry*. – 2013. – Vol. 12, №1. – P.4-15. doi 10.1002/wps.20001

35. *Late neurosyphilis: trends and challenges* / I. Dimitrov, A.Kaprelyan, M. Gentcheva [et al.] // *J. of IMAB*. – 2015. – Vol. 21, №3. – P.864-867.
36. *Late-stage neurosyphilis presenting with severe neuropsychiatric deficits: diagnosis, therapy, and course of three patients* // S.U. Jantzen, S. Ferrea, T. Langebne [et al.] // *J. Neurol.* – 2012. – Vol.259, №4. – P.720–728.
37. *Manifest psychosis in neurosyphilis* / F. Friedrich, A. Geusau, S. Greisenegger [et al.] // *General Hospital Psychiatry*. – 2009. – Vol.31, – № 4. –P. 379-381.
38. *Neurosyphilis in the mixed urban–rural community of the Netherlands* / I. Ouwens, F. Koedijk, A. Fiolet [et al.] // *Acta neuropsychiatrica*. – 2014. –Vol.26, № 3. – P. 186-192.
39. *Neurosyphilis manifesting with rapidly progressive dementia: report of three cases* / A.Stefani, M.Riello, F.Rossini [et al.] // *Neurological Sciences*.– 2013. doi 1007/s10072-013-1531-5.
40. *Neurosyphilis presenting with psychotic symptoms and status epilepticus* / Y.Yao, E.Huang, B.Xie. [et al.] // *Neurol. Sci.* – 2012. – Vol. 33, № 1. – P. 99-102. doi: 10.1007/s10072-011-0563-y
41. *The clinical presentation and imaging manifestation of psychosis and dementia in general paresis: a retrospective study of 116 cases* / D. Zheng, D. Zhou, Z. Zhao [et al.] // *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* – 2011. – Vol.23, № 3. – P.300–307.

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ КАК РЕЗУЛЬТАТ ВЛИЯНИЯ БЛЕДНОЙ ТРЕПОНЕМЫ

Е.Б. Баркалова

В статье представлены современные данные о психических нарушениях, возникающих в результате воздействия бледной трепонемы. Приведен клинический случай, демонстрирующий тяжесть и неспецифичность симптомов нейросифилиса.

Ключевые слова: психические и когнитивные нарушения, нейросифилис, больные с положительными серологическими реакциями на сифилис.

MENTAL DISORDERS AS A RESULT OF PALE TREPONEMA ACTIVITY

K. Barkalova

The article presents modern data on mental disorders that arise as a result of pale treponema activity. The clinical case is presented showing severity and nonspecific symptoms of neurosyphilis.

Keywords: mental and cognitive impairments, neurosyphilis, patients with positive serological reactions to syphilis.

ПСИХОТЕРАПІЯ ТА ПСИХОАНАЛІЗ

УДК 616.89-02-084+616.89-02-056

О.С. Чабан

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОТЕРАПИИ

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев

Ключевые слова: психотерапия, эффективность, методы

Вопрос оценки эффективности психотерапии до сегодняшнего дня является весьма дискуссионным. Многолетние исследования и даже мета-анализ так и не смогли поставить однозначную точку – ответ в этом вопросе. Я писал уже на эту тему и данная статья является более расширенным и исправленным вариантом предыдущей.

Оценочная сторона психотерапии, как и психиатрии, была и остается самым уязвимым местом этих наук и практик. Многие исследователи обосновано или необоснованно критиковали этот метод лечения и коррекции за его доказательную базу.

Напомню некоторые высказывания:

В книге «Господство ошибки», изданной в 1984 г., психиатр Ли Колмэн (Lee Coleman), д-р мед. наук, подчеркивает: «психиатры не имеют никаких имеющих силу научных инструментов или методов экспертизы» (Beacon Press, стр. IX).

Гарт Вуд (Garth Wood), д-р мед. наук, британский психиатр, включил в книгу «Миф о неврозе», изданную в 1986 г., следующие утверждения: «Обычно считается, что психиатры имеют способность «заглянуть в наши умы», понять работу души, и, возможно, даже предсказывать наше будущее поведение. В действительности, конечно, они не обладают никакими такими навыками... По правде говоря, в психиатрии имеется очень немного болезней, и ещё меньшее количество успешных методов лечения... В постулировании гипотетических психологических и биохимических причинных процессов психиатры склонны создавать дымовую завесу над несомненным фактом, что в реальном мире нетрудно распознать или вылечить большинство психиатрических болезней. Интеллигентному обывателю потребуется лишь

несколько дней, чтобы научиться делать это» (Harper & Row, 1986, стр. 28-30).

В статье, названной «Депрессия психиатрии», опубликованной в 1979 г., в журнале «Time» сделано такое наблюдение: «Сами психиатры подтверждают, что их профессия часто отдает современной алхимией – она полна жаргона, спутанности и мистификации, а обладает лишь небольшими реальными знаниями» («Психиатрия на койке», журнал «Time», 2 апреля, 1979, стр. 74). В книге «Новый наряд императора: Голая правда о новой психологии», (Crossway Books, 1985) Уильям Кирк Килпатрик (William Kirk Kilpatrick), профессор образовательной психологии Бостонского колледжа, доказывает, что мы приписали психологам право экспертизы, которым они не обладают.

В 1983 г. три профессора психологии из университета г. Вэсли (Wesley) в штате Коннектикут опубликовали статью в профессиональном журнале «The Behavioral and Brain Sciences», названную «Анализ психотерапии в связи с исследованиями плацебо». Резюме статьи заканчивается такими словами: «...не имеется никаких доказательств того, что эффективность психотерапии выше, чем эффективность плацебо» (Лесли Приоло (Leslie Prioleau) и другие, том 6, стр. 275).

Джордж Р. Бач (George R. Bach), д-р филос. наук, психолог, и его соавтор Рональд М. Деуцц (Ronald M. Deutsch), в книге «Спаривание», делают такое наблюдение: «Нет достаточного количества врачей, чтобы выслушать даже крошечную долю этих пар, и, кроме того, терапия не слишком успешна. Напротив, популярное впечатление, возникающее, когда проводят встречи врачи типа консультантов по вопросам брака, почти неизменно: почему их терапия эффективна только

в меньшинстве случаев?» (Peter H. Wyden, Inc., 1970, стр. 9).

В книге «Что неправильно в движении по охране душевного здоровья» К. Эдвард Реннер (K. Edward Renner), д-р филос. наук, профессор факультета психологии в Университете штата Иллинойс в Урбане, в главе, названной «Психотерапия» подчеркивает: «Когда включены контрольные группы, их члены выздоравливают в той же степени, что и пациенты, получавшие лечение... Восторженная вера, выражаемая врачами относительно их эффективности, несмотря на отрицательные результаты, иллюстрирует проблему врача, который каждый день много раз должен принимать важные человеческие решения. Он находится в очень неловком положении, если он сам не верит в то, что делает» (Nelson-Hall Publishers, 1975, стр. 138-139; выделено в оригинале).

Британский психиатр Гарт Вуд (Garth Wood) критикует современную «психотерапию» в книге «Миф о неврозе», изданной в 1986 году, такими словами: «Эти дезориентированные создатели мифа пытаются заставить нас верить, что бесконечные тайны разума столь же поддаются их экспертизе, как слесарное дело или автомобильный двигатель. Это – чушь. Фактически эти врачи «разговорного жанра», практики косметической психиатрии, не имеют достаточного образования или навыков в искусстве полноценной жизни. Примечательно, что они дурачили нас так долго... Запуганные их статусом людей науки, преклоняясь перед их академическими званиями, околдованные аббревиатурами, стоящими после их имён, мы, легковверные, упиваемся их претенциозной ерундой, как будто это евангельская истина. Мы должны научиться признать их теми, кем они являются – не имеющими никакого специального знания человеческой души, но, тем не менее, желающими зарабатывать на жизнь распространением мифа о том, что они действительно знают, как работает разум» (стр. 2-3). В книге «Против терапии», критикующей психотерапию, изданной в 1988 г., психоаналитик Джеффри Мэссон (Jeffrey Masson), д-р филос. наук, говорит относительно того, что он называет «мифом об обучении» психотерапевтов: «Врачи обычно хвастаются об их “экспертизе”, о “сложном обучении”, которое они прошли. При обсуждении компетентности

можно часто услышать фразы, подобные «он был хорошо обучен» или «он прошёл специальное обучение». Люди имеют довольно смутные представления о характере обучения психотерапии, и врачи редко посвящают пациентов в детали этого. Они поступают так по серьёзной причине: часто их обучение более чем скромно... Наиболее сложные и длинные программы обучения – классические психоаналитические, но не из-за количества материала, который должен быть охвачен. Я потратил восемь лет на психоаналитическое обучение. Оглядываясь назад, я чувствую, что мог бы узнать основные идеи примерно за восемь часов сосредоточенного чтения» (Atheneum/Macmillan Co., стр. 248).

В книге «Новое руководство по рациональной жизни», Альберт Эллис (Albert Ellis), д-р филос. наук, нью-йоркский психолог, и Роберт А. Харпер (Robert A. Harper), д-р филос. наук, подчеркивают, что они следуют «образовательной, а не психодинамической или медицинской модели психотерапии» (Wilshire Book Co., 1975, стр. 219). А в книге «Подготовьтесь, настройтесь на то, чтобы сделать психотерапию успешной для Вас», психотерапевт и профессор психологии Харви Л. Сакстон (Harvey L. Saxton), д-р филос. наук, пишет: «Что является психотерапией? Психотерапия – просто вопрос переучивания. Переучивание подразумевает отказ от устаревших понятий и знакомство с новыми и осуществимыми. Пациенты, в некотором смысле, подобны студентам; они нуждаются в способности и готовности участвовать в процессе переучивания» (University Press of America, 1993, стр. 1). В книге «Когда разговор недёшев, или как найти правильного врача, когда Вы не знаете, с чего начать», психотерапевт Мэнди Афтел (Mandy Aftel), и профессор Робин Лакофф (Robin Lakoff), д-р филос. наук, указывают: «Терапия... – форма образования» (Warner Books, 1985, стр. 29). Так как так называемая психотерапия – форма образования, а не терапия, то Вам нужен не доктор или врач, а человек, квалифицированный для того, чтобы обучить Вас в той области, в которой у Вас возникла трудность. Тот, кто заявляет, что является экспертом благодаря «профессиональной» программе обучения психотерапии, редко, если вообще когда-либо, будет лучшим советчиком для Вас [14].

Вот так эмоционально и опять бездоказательно. Почему возник и до сих пор дискутируется этот парадокс: высокая социальная востребованность на психокоррекцию и психотерапию и одновременно мощная критика этого метода? Востребовано то, что не эффективно? Я так не думаю. Давайте порассуждаем вместе.

В настоящее время известно и осуществляется на практике около 400 разновидностей психотерапии для взрослых пациентов и примерно 200 – для детей и подростков; описано около 300 психологических синдромов или констелляций симптомов, для лечения которых рекомендуется та или иная психотерапия. Если поставить себе задачу эмпирическим путем установить, какие виды психотерапии или их сочетания оптимальны для лечения одного расстройства, то придется опробовать астрономическое количество сочетаний, приблизительно равное 2400. Соответственно, чтобы получить возможное количество сочетаний для лечения всех описанных синдромов, это число надо будет умножить еще на 300. Это говорит о научной обоснованности изучения психотерапии, что является жизненной необходимостью, обусловленной, с одной стороны, многообразием форм и проявлений расстройств и способов их лечения, а с другой – стремлением к нахождению наилучшего решения в каждом конкретном случае [2].

В 1952 году английский психолог Ганс Айзенк сравнил эффективность традиционной психодинамической терапии с эффективностью обычных медицинских методов лечения невротиков или с отсутствием лечения у нескольких тысяч пациентов. Результаты, полученные Г. Айзенком, удивили и испугали многих терапевтов: применение психодинамической терапии не повышает шансов пациентов на выздоровление; фактически поправилось большее число нелечившихся больных, чем тех, кто принимал психотерапевтическое лечение (72% против примерно 66%). В последующие годы Г. Айзенк подкрепил свои выводы дополнительными свидетельствами (1961, 1966) [1].

К сожалению, работы по оценке эффективности все еще сильно отличаются по своему качеству. Кроме того, как указывают Д. Берштейн, Кой и др. (1988), трудно

точно определить, что имеется в виду под успешной терапией. Поскольку одни терапевты стремятся к изменению в области бессознательных конфликтов или силы Эго, а других интересуют изменения в открытом поведении, то различные исследователи эффективности имеют и различные суждения о том, была ли терапия эффективна у данного пациента. Эти моменты надо иметь в виду, рассматривая исследования по общей эффективности психотерапии [3].

Позволю себе пространственную цитату из одной работы В. Лаутербах, в которой он указывает что в большинстве эмпирических исследований психотерапии лечебные группы сравниваются с контрольными, т.е. с группами больных, которые не подвергались психотерапии, или больных, проходящих лечение другими методами. Распределение пациентов в контрольную или терапевтическую группу делается, конечно, не по диагнозу, необходимости и т.п., а случайно. L. Luborsky, B. Singer [10] опубликовали первичный мета-анализ ряда исследований и показали, что эффект психотерапии положительно отличается от спонтанной ремиссии. Этот результат успокоил всех психотерапевтов. Пытаясь ответить на вопрос «какой вид психотерапии эффективнее?», L. Luborsky, (31:) B. Singer проанализировали некоторые исследования, в которых сравнивались виды психотерапии. Тогда, как и сегодня, значительная часть исследований основывалась на работе не с больными, а добровольцами или студентами со слабо выраженными симптомами. В таких группах трудно доказать преимущество метода. Необходимо отметить, что L. Luborsky, B. Singer сравнивали результативность видов психотерапии простым числом преимуществ, потому, что в то время, 20 лет назад, статистические методы сравнения результатов разнообразных исследований, эффектов и видов психотерапии были еще недостаточно разработаны. Статистически достоверной разницы в эффективности используемых психотерапевтических подходов таким способом авторы не нашли. Их резюме: «Everyone has won and must have prizes» («все выиграли и всем положен приз») успокоило психотерапевтов всех школ, конкурентно встревоженных. Неоправданным представляется то, что эта фраза охотно цитируется еще и сегодня, особенно теми школами психотерапии,

которые вообще не исследовали свои методы лечения людей, как будто бы наукой доказано, что все разнообразные психотерапевтические подходы производят однозначные результаты [11].

С того времени число работ по исследованию различных видов психотерапии умножалось, методики изучения и статистические методы сравнения результатов улучшались. Год тому назад К. Grawe и сотр. [12] опубликовали свой фундаментальный мета-анализ – выдающийся своим качеством и количеством исследованных работ. Что побудило К. Grawe так тщательно анализировать буквально все эмпирические исследования эффектов и эффективности психотерапии? Его беспокоит глубокий разрыв между результатами исследований психотерапии и ее практикой. Если бы руководители здравоохранения знали эти результаты, то увеличили бы число кабинетов психотерапии, так как применение современных методов психотерапии обходится здравоохранению в три раза дешевле, чем имеющаяся система лечения без поддержки психотерапией. Психотерапевты же, зная эти результаты, не были бы привязаны только к тем методам, в которые они верят, стремились бы применять те из них, которые оптимальны для конкретных пациентов. Почему ни руководители, ни психотерапевты не знают об этих результатах? Потому, что эти исследования доступны только узким специалистам-исследователям: число специальных публикаций огромно, их результаты и научное качество в такой степени разнообразно, что никто до сих пор не взялся за обзор и ни один исследователь не может получить интегральные выводы из этих данных. Именно это сделал К. Grawe в своей книге «Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession» («Психотерапия в процессе перемен. От конфессии к профессии»).

К. Grawe и сотр. исследовали два вопроса: 1) каково количество научно-эмпирических исследований различных психотерапевтических подходов в литературе, каков их научный уровень и результаты? 2) какие психотерапевтические подходы сравнивались и с какими результатами? К. Grawe и сотр. собрали все опубликованные до (32:) начала 1984 г. исследования с приемлемым научным уровнем (т.е. проводилась серьезная терапия и статистическое сравнение двух

групп пациентов); их оказалось 3500. После тщательного отбора осталось 897 источников; они являются совокупностью научно приемлемых исследований психотерапии взрослых пациентов, опубликованных в течение 30 лет. Все гуманистические, психодинамические и психоаналитические методы вместе исследовались 153 раза. Чаще всего изучались когнитивно-поведенческие методы – 452 исследования; интерперсональные методы – 63; методы расслабления – релаксации (66), аутогенная тренировка (14), гипноз (19), медитация (15) – всего 114 исследований; эклектические и комплексные методы – 22 исследования.

В качестве критериев оценки исследований психотерапевтических методов использовались следующие параметры: 1) глобальная оценка успеха; 2) индивидуально-дифференцированная проблематика или симптоматика; 3) общие формулировки проблематики или симптоматики членов групп; 4) остальные параметры самочувствия; 5) изменения в личности и способностях; 6) изменения в межличностных отношениях; 7) изменения в использовании свободного времени; 8) изменения в работе или профессии; 9) изменения в сексуальной области; 10) изменения по психофизиологическим параметрам.

С помощью почти 1000 признаков оценивалось научное качество всех исследований по следующим критериям.

1. Клиническая значимость. Положительными считались такие признаки: тяжелые расстройства; пациенты сами обращались за помощью; опытные психотерапевты, идентифицирующие с методом лечения; разнообразие измеряемых параметров, включая индивидуально-дифференцированную симптоматику. Отрицательными считались: пациентов приглашали на лечение; ограниченное расстройство; группа меньше 10 человек; проводилось меньше 7 сессий; результаты оценивались только психотерапевтом или автором исследования; отсутствие информации о пациентах, прерывающих психотерапию, и катамнеза.

2. Валидность исследования. Отрицательными признаками считались: при сравнении методов условия плана исследования (измеряемые параметры, длительность сессий) были более соразмерными по отношению к тому методу, который потом оказывался более эффективным; сравниваемые группы отличались

мотивацией, ожиданием успеха; психотерапевты отличались квалификацией, опытом работы или идентификацией с проводимой терапией; методы, которые сопоставлялись, проводились с разной интенсивностью или одновременно смешивались с другими видами печения; лечение медикаментами не контролировалось; эффекты сопоставляемых методов оценивались по разным параметрам.

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

4. Осторожность интерпретации. Отрицательными признаками (33:) считались: ошибки в плане или обработке данных; сопоставление методов проводилось тем же психотерапевтом; низкая валидность исследования. Неточная интерпретация результатов, когда при сравнении методов менее эффективная психотерапия проводилась в более благоприятных для нее исследовательских условиях.

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

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

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

8. Значимость для показаний. Отрицательными признаками считались: недостаточная информация о

пациентах, методах исследования и др. Положительные признаки: экспериментальные изменения, касающиеся сопоставляемых методов; соотносятся не только изменения параметров, но и их отклонения; информация об оптимальном действии различных методов на разные расстройства у пациентов.

Как уже указывалось, эффективность психотерапевтических методов основывалась на изучении упомянутых 897 исследований и самых значимых (но не всех опубликованных) исследований психотерапии до 1993 г. Невозможно описать результаты всех исследований, включенных в мета-анализ. Но если научно обоснованными считаются только те методы, эффективность которых исследовалась, независимо от результатов, тогда иные методы нужно назвать не научно обоснованными, так как они совсем не исследовались научно приемлемым образом. К ним относятся: эйдетическая терапия; терапия по Юнгу; логотерапия; нейролингвистическое программирование; терапия поэзией; первичная терапия по Янову; ребефинг; трансцендентальная терапия и многие другие “экзотические” методы. Близкие к этим методам, которые до сих пор мало и плохо исследовались: даэйнанализ; биоэнергетическая терапия; кататимные образные переживания по Лейнеру; индивидуальная терапия по Адлеру и транзактный анализ [11].

Исследование в клинике К. Menninger показывает, что многолетним психоанализом достигаются хорошие результаты у 40% пациентов и умеренное улучшение у 20%; лучшие результаты, однако, достигаются и другими методами со значительно (в 10-20 раз) меньшими затратами. Необходимо отметить, что у 40% пациентов совсем не (35:) наступило улучшения в течение нескольких лет; лучше было бы констатировать неуспех в течение 20 сессий, а не в нескольких сотнях или тысячах. Неуспешные 11 пациентов (26%, см. табл.) не просто были неуспешными – 6 из них умерли; по мнению исследователей, суицид был связан с психоанализом; у 3-х пациентов возник психоз, что связано, по мнению исследователей, с отношениями к психотерапевту; у остальных 2-х пациентов неудачи не были обусловлены ятрогенными расстройствами. Несмотря на то, что во время последнего катамнеза в

1980-х гг. 5 пациентов нуждались в продолжении терапии (т.е. до 28 лет непрерывной психотерапии), исследователи считали, что у 2-х из них уже отмечено хорошее продвижение и у 2-х – тенденция к улучшению; у пациентки с агорафобией последняя исчезла в течение более чем 25 лет. Пациентка, скорее всего, избавилась бы от фобии с помощью 20 сессий поведенческой психотерапии.

К. Grawe и соотр. резюмируют результаты исследований следующим образом: положительных показаний для долговременного психоанализа нет, а отрицательные – есть: у пациентов с более выраженной симптоматикой возникает опасность ятрогенных эффектов.

Ряд методов исследовались более тщательно. Это относится к интерперсональным методам, в том числе интерперсональной терапии по Клерману и Вейсману (проведено 10 исследований, которые включают почти 1000 пациентов с депрессией или с нервной булимией). Эта психотерапия является совсем новым подходом, который концентрируется на межличностных отношениях. Однако, научный уровень исследований, начавшихся лишь десятилетие назад, высок и результаты психотерапии оказываются весьма убедительными. Поведенческие методы терапии семейных пар также часто исследовались (29 исследований) и очень успешно применялись; они включают ряд поведенческих (36:) приемов, в том числе и тренинг интеракции и коммуникации. Интерперсонально ориентированный подход системной семейной терапии (V. Satir, S. Minuchin, J. Haley и др.) изучался в 8 исследованиях.

Данные методы направлены на анализ отношений между пациентами и их близкими, успешно преобразуют эти отношения, что часто приводит к уменьшению симптоматики.

Еще более тщательно исследовались психоаналитическая психотерапия и краткосрочный психоанализ. Психоаналитическая психотерапия изучалась в 12 работах среднего научного качества, при средней длительности терапии 14 месяцев и 57 сессий. Краткосрочный психоанализ изучался в 29 исследованиях хорошего научного качества, средняя длительность лечения 14 месяцев и 16 сессий. Психоанализ уменьшал симптоматику у пациентов с

мало выраженными невротическими и личностными расстройствами. Отношения с другими людьми налаживались, но только как результат групповой, а не индивидуальной психотерапии. Общее самочувствие улучшилось только после длительной терапии или после окончания лечения. Плохо поддаются лечению психоанализом пациенты со страхами, фобиями и с психосоматическими расстройствами.

Разговорная психотерапия по Роджерсу исследовалась в 35 работах хорошего научного качества, где измерялись различные переменные. Средняя продолжительность лечения 20-33 сессии. Результаты исследований показали, что терапия по Роджерсу уменьшает симптоматику, улучшает общее самочувствие, способствует личностному росту пациентов, а в групповой психотерапии улучшает отношения с другими людьми. Разговорная психотерапия показана и эффективна для лечения всех невротических расстройств, а также может применяться при лечении больных алкоголизмом, шизофренией, часто в сочетании с методами поведенческой психотерапии. Имеется, однако, ссылка на то, что пациенты с социальными страхами и те, которые нуждаются в указаниях и руководстве, хуже поддаются психотерапии по Роджерсу. Теоретическим, методическим и научно-эмпирическим обоснованием когнитивно-поведенческой психотерапии является психология. До 60-70-х гг. психология исследовала в основном те психические процессы у человека и животных, которые ученые могли объективно наблюдать: поведение как результат восприятия, научения, мотивации, эмоции, развития и социальных факторов [11].

Если посмотреть на оценочную работу разнообразных техник при различной патологии, то получится интересная картина. Так по данным источника «Clinical evidence», выпуск 7, 2002 г. результаты были следующими.

Генерализованное тревожное расстройство:

1. По данным 2 систематических обзоров рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), когнитивно-поведенческая психотерапия более эффективна, чем занесение в лист ожидания, недирективная психотерапия и только выработка

навыков совладания с тревогой. Данных о побочных эффектах не найдено.

2. В 1 систематическом обзоре РКИ не были подтверждены или опровергнуты клинически значимые различия по эффективности между психической релаксацией и когнитивно-поведенческой психотерапией.

Депрессивные расстройства:

1. По данным 1 крупного РКИ, межличностная психотерапия эффективна при слабо или умеренно выраженной депрессии. В нескольких РКИ более низкого методологического качества была также продемонстрирована эффективность психотерапии путем решения проблем.

2. В 1 систематическом обзоре РКИ продемонстрирована эффективность когнитивной терапии по сравнению с плацебо.

3. Не найдено убедительных доказательств преимущества лекарственного лечения перед психотерапией или наоборот. По некоторым данным, сочетание психотерапии и приема антидепрессантов может оказаться эффективным при тяжелой депрессии; при слабо или умеренно выраженной депрессии подобный благоприятный эффект не наблюдался.

Нервная булимия:

1. По данным систематических обзоров, когнитивно-поведенческая психотерапия, по сравнению с занесением в лист ожидания, уменьшает выраженность симптомов.

2. По данным 1 проведенного на высоком уровне РКИ, когнитивно-поведенческая психотерапия оказалась эффективнее межличностной психотерапии через 20 недель, но через 4 месяца эти различия не сохранились.

Обсессивно-компульсивное расстройство:

1. По данным 1 систематического обзора, поведенческая психотерапия более эффективна, чем психическая релаксация. В 2 проспективных исследованиях показано, что эффект сохраняется в течение 2 лет.

2. В 1 систематическом обзоре и 1 РКИ получено небольшое количество данных, свидетельствующих об одинаковой эффективности когнитивной и поведенческой психотерапии. Однако в

дополнительно проведенном РКИ получены результаты, согласно которым групповая поведенческая психотерапия более эффективна, чем групповая когнитивная психотерапия [13].

В целом, большинство оценочных критериев относятся к субъективной оценке двух субъектов терапии – терапевта и самого пациента.

Современные предложения по метрированию субъективной оценки, в принципе, сводятся к нескольким возможным уровням:

- субъективной оценке пациента;
- объективной оценке пациента;
- субъективной оценке терапевта;
- объективной оценке терапевта;
- оценке изменений, происходящих в пациенте, по мнению его окружения (родные, друзья, сослуживцы);
- оценке терапевтического эффекта супервизором;
- жизненными достижениями пациента.

По сути, все они равноправны. Хотя понятно, что, по-видимому, то, что понимает, ощущает и чувствует пациент в себе, более существенно, чем то, что об этом думает (оценивает) терапевт или психолог. Здесь вполне возможны как взаимопонимание, так и конфликт. Взаимопонимание возникает тогда, когда и терапевт, и пациент отмечают определенные изменения в пациенте, его психологии, адаптации и т.д. Конфликт, если каждый участник терапевтического процесса приводит свои «доказательства» этих изменений, кстати как в положительную, так и в отрицательную сторону.

Я позволю себе предположить, что собственно оценка эффекта может и должна проводиться на двух уровнях. Первый – биологический или медицинский и второй – социально-психологический.

Наиболее высокий – это изменение качества жизни, несколько ниже – изменения стратегии и тактики жизни пациента, еще ниже – изменение качества отношений к себе, обществу, еще ниже – изменение в отношениях в группе или с терапевтом при индивидуальной терапии и как подпункт – изменение своих болезненных ощущений.

В принципе все доказательные метрические методы можно свести к двум блокам: биологический и

психологически–патопсихологический и второй блок – психологически–социологический.

Вначале о сложном методе оценки. Эта биологический уровень. Он наиболее объективен и в тоже время точно так же субъективен. Почему объективен, потому что пользуется биологическими терминами, методами и измерениями и естественно учетом этих изменений. Почему он же субъективен, потому, что, несмотря на нейрофизиологические измерения, социализация пациента может двигаться совершенно по другому, только «Богу известному пути». И тогда еще раз понимаешь то, что говорил Александр Романович Лурия, создавая понятие функционального синдрома.

Но тем не менее все же биологические маркеры психотерапевтического процесса очень значимы и удобны в понимании и учете. Поэтому исследования, подобные работе доктора Карлссона (Hasse Karlsson), профессора психиатрии в университете Хельсинки и профессора интегральной неврологии и психосоматики в университете Турку в Финляндии под названием «[Как Психотерапия Изменяет Мозг](#)» являются очень актуальными [3].

Позволю себе несколько пространственных цитат из этой работы.

Результаты психотерапии и механизмы изменений, которые связаны с её эффектами, обычно исследуются на психологическом и социальном уровнях путем измерения изменений симптомов, психологических способностей, индивидуальности или социального функционирования. Многие психиатры также придерживаются неудачной позиции, разделяющей психотерапию и медикаментозное лечение: «психотерапия – для психологических проблем, а медикаментозное лечение – для эндогенных и органических». В течение прошлых нескольких десятилетий стало ясно, что вся психическая деятельность осуществляется за счет работы мозговых механизмов. Это означает, что любое изменение наших психических процессов обусловлено изменениями мозговых функций или структур. Тем не менее, простая редукционистская позиция видится необоснованной, так как есть явные свидетельства того, что наши субъективные переживания оказывают влияние на мозг.

Пластичные изменения в человеческом мозге были крайне трудны для изучения, исследования на животных были большие успешны. С помощью различных экспериментальных подходов у подопытных животных были обнаружены изменения в мозге на клеточном и молекулярном уровнях, обусловленные предыдущим опытом. Появление методов функциональной нейровизуализации, в том числе однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (ОФЭКТ), позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ), и функциональной МРТ, позволило изучать изменения на системно-мозговом уровне (путем измерения изменений мозгового кровотока и метаболизма) и глубже, на молекулярном уровне, используя ОФЭКТ и ПЭТ, на живом мозге человека.

На сегодняшний день опубликованы приблизительно 20 исследований об изменениях в головном мозге в ответ на психотерапевтическое вмешательство: исследования проводились в группах пациентов с депрессией, тревожными расстройствами и пограничным расстройством личности. Первое исследование было опубликовано почти 20 лет назад, в 1992 году. Тогда исследователи сравнивали эффект от применения поведенческой терапии и лечения флуоксетином. Оба метода лечения продемонстрировали сходные изменения в головном мозге, особенно в хвостатом ядре.

Если обобщить результаты этих исследований на системном уровне, становится ясно, что когнитивно-поведенческая терапия (CBT), диалектическая поведенческая терапия (DBT), психодинамическая психотерапия, и интерперсональная (межличностная) психотерапия меняют режим функционирования головного мозга у больных, страдающих большим депрессивным расстройством (MDD), обсессивно-компульсивным расстройством, паническими расстройствами, социофобией, специфическими фобиями, посттравматическим стрессовым расстройством, и пограничным личностным расстройством (BPD).

Большинство этих работ сообщало о схожих изменениях в головном мозге при психотерапии с одной стороны, и медикаментозном лечении – с другой. Однако, некоторые недавние исследования также

показали четкие различия между этими методами лечения. В исследовании Goldapple и коллег, ответ на когнитивно-поведенческую терапию у пациентов с большим депрессивным расстройством был связан с повышением метаболизма в гиппокампе и дорсальной части поясной извилины, и уменьшением в дорсальной, вентральной и медиальной областях фронтальной коры. Эта картина явно отличалась от картины изменений, вызванных пароксетином (см. информацию о лекарственном препарате пароксетин), которая включала увеличение метаболизма в префронтальных областях и уменьшение в гиппокампе и подколленной области поясной извилины. В недавнем исследовании (Карлссон и коллеги), проявились четкие различия между эффектами кратковременной психодинамической психотерапии и применением флуоксетина у пациентов с большим депрессивным расстройством.

В дополнение к выше упомянутым открытиям мозговых изменений в результате психотерапии, некоторые из исследований позволили построить модели, объясняющие как происходят изменения применительно к различным видам психотерапии. Данные модели могут быть сопоставлены с психологическими теориями этих психотерапевтических методов.

Многие психотерапевтические методы пытаются повысить способность пациентов к решению их проблем, самопрезентации и регулированию различных эмоциональных состояний. Области мозга, которые играют роль в осуществлении этих функций, включают дорсолатеральную префронтальную кору, вентральную переднепоясную кору, дорсальную переднепоясную кору, вентральные и дорсальные подобласти средней префронтальной коры, заднюю часть поясной извилины, предклинье, островок, миндалину, и вентролатеральную префронтальную кору головного мозга (подробнее см. Frewen и al.).

Например, механизм, ответственный за эффективность когнитивной терапии у пациентов с большим депрессивным расстройством, может быть связан с увеличением активности префронтальной коры, которая вовлечена в механизм сознательного контроля, в то время как антидепрессанты действуют более

непосредственно на миндалину, которая участвует в генерации отрицательных эмоций.

Поскольку одна из основных гипотез о влиянии когнитивно-поведенческой терапии на головной мозг касается более эффективного («сверху вниз») управления чрезмерно возбудимыми лимбическими структурами префронтальной системы регулирования, кажется, что психодинамическая психотерапия может также функционировать, по крайней мере частично, посредством этих механизмов. Выводы, следующие из исследования Beutel и его коллег, находятся в соответствии с этой гипотезой и описывают снижение функциональной активности лобной коры, и гиперактивацию гиппокампа и миндалины у пациентов с паническим расстройством. Когда симптомы панического расстройства и уровень тревоги были снижены после лечения, как пониженная активность лобной доли, так и гиперактивация гиппокампа миндалины вернулись в норму.

Чрезмерная аффективная возбудимость является отличительным признаком пограничного личностного расстройства и главной целью для диалектической поведенческой терапии. Это означает, что диалектическая поведенческая терапия приводит к снижению активности в связи с эмоциональными стимулами в областях мозга, которые обслуживают эти функции. Это действительно было обнаружено в исследовании Schnell и Herpertz, результаты которого показывают, что после курса диалектической поведенческой терапии наблюдается снижение гемодинамического ответа на негативные стимулы в передней части поясной извилины справа, в височной и задней поясной коре, и в левом островке.

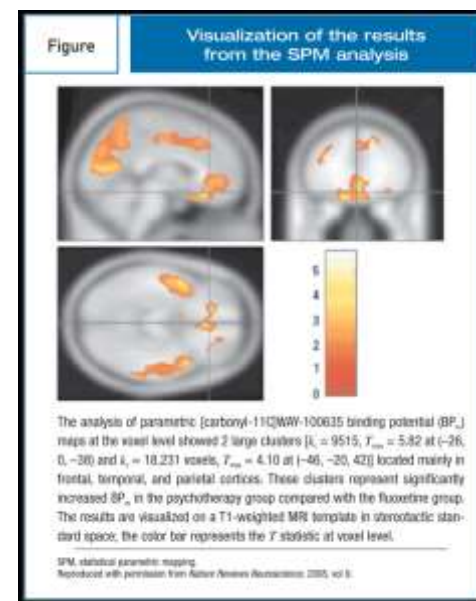
Все эти исследования, однако, изучали мозговые изменения в мозге на уровне общемозговых систем. Чтобы понять более тонкие механизмы, связанные с психотерапией, должны быть также изучены возможные молекулярные и клеточные изменения. Пока, только 2 исследования, произведенных в Финляндии, изучили изменения на молекулярном уровне вследствие психотерапии, и таким образом непосредственно проверили гипотезу, выдвинутую Kandel, что психотерапия может приводить к изменениям в экспрессии генов посредством обучения, путем

изменения прочности синаптических связей между нервными клетками и вызова морфологических изменений в нейронах. Интересно, что в обоих исследованиях использовалась психодинамическая психотерапия.

В исследовании Lehto, 19 амбулаторных больных с депрессией получали психодинамическую психотерапию в течение 12 месяцев. У восьми пациентов депрессия была расценена как атипичная. В этом исследовании ученые регистрировали плотность транспортеров серотонина в среднем мозге и транспортеров дофамина в стриатуме; использовалась однофотонная эмиссионная компьютерная томография с $\text{nor-}\beta\text{-CIT}$ лигандом до и после психотерапии. Исследование показало, что плотность транспортера серотонина в среднем мозге значительно увеличилась во время психотерапии у больных с атипичной депрессией, но не среди пациентов со стандартной депрессией. Не было зафиксировано никаких изменений в уровнях транспортера дофамина в стриатуме. Из-за обнаружения «атипичной» подгруппы эти результаты трудно однозначно интерпретировать, и один из недостатков данного исследования – нехватка контрольной группы.

В другом финском исследовании пациенты с большим депрессивным расстройством были рандомизированы в отношении получения кратковременной психодинамической психотерапии или флуоксетина. Перед тем, как получать терапию и по истечении 4-х месяцев терапии, они проходили сканирование головного мозга с помощью позитронной эмиссионной томографии с использованием $[\text{carbonyl-}^{11}\text{C}]\text{WAY-100635}$ (измерялась плотность серотониновых рецепторов типа 1A $[5\text{-HT}_1\text{A}]$), и ^{11}C raclopride (измерялась плотность дофаминовых рецепторов типов 2/3). В 2 опубликованных работах исследователи сообщили, что клинический результат в обеих группах лечения был одинаков, с точки зрения стандартных оценок симптома (ремиссия была достигнута у 59% пациентов и 77% пациентов соответствовали критериям терапевтического ответа). Тем не менее, анализ изменения плотности $5\text{-HT}_1\text{A}$ рецепторов в группах показал значительное увеличение в группе психотерапии по сравнению с группой медикаментозного лечения, для

которой не было обнаружено никакого изменения (рисунок). Флуоксетин увеличивал связывание ^{11}C raclopride в латеральном таламусе; в группе, которая получала психотерапию, не было замечено какого-либо изменения.



Некоторые предыдущие исследования показали изменения в процессах связывания лигандов в $5\text{-HT}_1\text{A}$ рецепторах при большом депрессивном расстройстве; эти изменения не отменяются приемом СИОЗС, что может означать, что

процесс восстановления при большом депрессивном расстройстве после психотерапии отличается от восстановления после медикаментозного лечения. В настоящее время клиническое значение этих данных до конца неясно, но можно предположить, что частота рецидивов у пациентов с большим депрессивным расстройством ниже у больных, получавших психотерапию, чем у тех, кто лечился антидепрессантами.

Подводя итоги, автор делает вывод о перспективе подобных исследований, указывая, что, оставаясь все еще «предварительными» на данном этапе, исследования, использующие методы нейровизуализации для измерения изменений при психотерапии, в долгосрочной перспективе приведут к более тонкому пониманию того, как работают различные виды психотерапии. Это поможет обеспечить точное понимание того, какие конкретно виды и режимы психотерапии могут быть предназначены для решения тех или иных задач. Кроме того, нейробиологические исследования могут помочь уточнить психологические теории о процессах изменения.[3]

Остается сожалеть что я не могу подобными методами отслеживать что происходит в гиппокампе моих пациентов когда они наконец перестают бояться летать самолетами или уровень их тревоги или депрессии снижается. Но я понимаю определенную абсурдность и тупиковость данного направления доказательность эффекта психотерапии, видя в нем

«сверхраздутые» идеи локализма и нейрофизиологичности применимой к более сложной социальной системе – «человек разумный» и «человек неожиданный».

Второй подблок объективизации – это измерение психологических и патопсихологических особенностей и феноменов в психической жизни пациента.

Тогда чем же замерять происходящие изменения?

Наиболее быстрый, понятный и простой ответ – психометрическими шкалами оценки психической симптоматики. Как пример могу привести шкалу оценки депрессии Гамильтона или Мангомери-Асберг, или скрининговые шкалы того же феномена – Бека, Зунга, PHQ-9 и т.д. Да это можно делать и если делать больше нечего, то стоит делать. Помня только о том что скрининг – это не возможность **предположить** у пациента такой психопатологического феномен как депрессия, паранойя или что либо другое. А основные клинические шкалы, даже упомянутые выше, в принципе создавались для оценки изменений в психическом статусе пациента в процессе психофармакотерапии и больше информативны не для клинициста, а для абстинентного, согласно протоколу исследования, исследователя (как видите я даже не написал «врача»). Но тем не менее, можно измерять и динамику феномена у пациента и уже чем-то оперировать в доказательной базе. Но и здесь есть свои подводные камни. На первые я уже указал. А вот не менее существенные – это обесценивание самих психометрических шкал.

В настоящее время обесцененным считается тест Векслера. Отдельная история любимого психологами цветного теста Люшера. Он тоже, в варианте тиражированном на сайтах Интернета и низкокачественной перепечатки стимульного материала, является обесцененным. Хотя в оригинальном варианте, который постоянно пропагандирует сам Люшер, тест весьма информативен. Но кто из отечественных психологов, положив руку на сердце, использует запатентованный стимульный материал в виде альбома с обязательными элементами в виде геометрических фигур и цветных таблиц с оттенками основных цветовых квадратов? [6].

Думаю, стоит согласиться с мнением Б.Д. Карвасарского [7], который в энциклопедии под своим

же редакторством пишет о проблемах унификации оценочного процесса:

«Организаторы психотерапевтической службы, отмечает Шкода (Skoda, 1979), все чаще встречаются с проблемой оценки полезности, целесообразности и эффективности средств, выделяемых из фондов здравоохранения для охраны психического здоровья. Небезинтересно отметить, что эта проблема становится весьма значимой и за рубежом. Так, Хайн и др. (Hine et al., 1982) в статье, посвященной проблемам эффективности психотерапии, ссылается на решение финансовой комиссии Конгресса США изменить порядок финансирования психотерапевтического обслуживания населения путем поощрения только тех направлений психотерапии, которые базируются на научных оценках ее эффективности».

Чтобы показать всю сложность рассматриваемой проблемы, приведем основные предпосылки для ее решения по данным различных авторов (Карвасарский, 1985; Stokvis, 1959; Kratochvil, 1976; Leder et al., 1982).

1. Чтобы оценить эффективность психотерапии, требуется прежде всего четко определить метод, с помощью которого она осуществляется. В практической же работе чаще говорится о психотерапии вообще, не об одном, а о группе методов, различных их комбинациях – рациональной психотерапии и гипноза, гипноза и аутогенной тренировки и т.д., поскольку утверждение в практике работы психотерапевта «комплексного» подхода способствует все более широкому применению сочетаний различных методов.

2. При квалифицированном использовании того или иного метода должна быть соблюдена определенная техника.

Очевидно, что это одновременно требование к качеству подготовки, опыту, квалификации психотерапевта, что не всегда учитывается. И метод аутогенной тренировки, и метод групповой психотерапии в руках психотерапевтов с различной степенью квалификации, естественно, дадут различные результаты.

3. Число пациентов, которых лечили с помощью данного метода, должно быть статистически значимым. В то же время при использовании некоторых систем психотерапии речь идет чаще об отдельных пациентах,

которые подвергались многомесячному или даже многолетнему воздействию психотерапии.

4. Изучение эффективности следует проводить на гомогенном материале. Обычно же имеются в виду группы больных, включающие первичных пациентов и тех, кому до этого времени не помогали никакие другие методы лечения, больных амбулаторных и госпитализированных, с острым и затяжным течением.

5. Группа пациентов, создаваемая для оценки эффективности психотерапии, должна формироваться методом случайной выборки. С этической точки зрения это возможно в том случае, когда число больных заведомо превышает реальные возможности обеспечить их психотерапевтической помощью.

6. Оценка эффективности психотерапии не должна проводиться тем лицом, которое осуществляет лечение, здесь необходим независимый наблюдатель. Это требование очень важно, так как при этом элиминируется влияние на оценку отношения пациента к психотерапевту; можно предполагать, что больной будет более искренне оценивать эффективность лечения.

7. Весьма целесообразно, чтобы независимый наблюдатель не знал о применявшемся психотерапевтическом методе, чтобы его собственное отношение к этому методу не влияло на оценку. Использование магнитофонных записей психотерапевтических бесед позволило бы также исключить влияние на оценку типа поведения пациента во время психотерапии.

8. Должна учитываться личностная структура психотерапевта, степень выраженности у него качеств, используемых для прогнозирования успешности психотерапии (по данным литературы).

9. Необходимо учитывать личность больного, степень выраженности у него черт, особенностей, известных как прогностически благоприятные или неблагоприятные для проведения психотерапии.

10. Имеет значение установка больного на тот или иной вид психотерапии, сформированная у него, в частности, предшествующими встречами с психотерапевтами и теми или иными методами психотерапии.

11. В целях объективности необходимо сравнение непосредственных и отдаленных результатов лечения.

Это условие особенно важно, когда речь идет об оценке эффективности применения личностно-ориентированных методов психотерапии.

12. Число повторно исследованных больных в катамнезе должно быть репрезентативным по отношению ко всему контингенту лечившихся; таких больных должно быть не менее 90% от общего их числа.

13. Оценка в катамнезе должна исходить не только от врача, желательно независимого оценщика (так называемые объективные данные), но и от самого больного (субъективные показатели).

14. Необходимо учитывать особенности жизни больного после окончания лечения, возможные влияния (положительные или отрицательные) на результат психотерапии ближайшего окружения пациента (семья, производство и т. д.).

15. Для объективного катамнеза необходима своя контрольная группа больных, поскольку изменения в состоянии пациентов, леченных с помощью психотерапии, могли с течением времени происходить и вне лечения.

16. Должны быть учтены те цели и задачи, обусловленные клинической спецификой заболевания и теоретическими предпосылками, которые стремился реализовать психотерапевт с помощью применяемого им метода. Перечень возможных предпосылок, требуемых для объективной оценки эффективности психотерапии, можно было бы продолжить. Например, при создании гомогенных сравниваемых групп важно учитывать местность, из которой прибыл на лечение больной (степень интеграции в ней психотерапии, известности психотерапевтов и т. д.) [7].

Для оценки эффективности личностно-ориентированной психотерапии при неврозах используются несколько критериев, которые до некоторой степени рассматриваются и как показатели глубины лечения. При проведении психотерапии на первом этапе достигается определенная степень понимания больным связи между имеющейся симптоматикой и невротическим конфликтом, между симптоматикой и собственными проблемами. Ожидаемая степень понимания больным психологических механизмов его заболевания принята в качестве первого из дополнительных социально-

психологических критериев оценки эффективности лечения.

На следующем этапе психотерапии перестраиваются отношения больного, вследствие чего он приобретает большую способность к восприятию нового реального опыта и более адекватных способов реагирования. Обычно эта перестройка захватывает сферу не только межличностных отношений, но и отношение больного к самому себе, приводя к уменьшению разрыва между идеальными и реальными представлениями о себе. Объективно регистрируемые (наблюдаемые окружением) параметры, характеризующие степень восстановления нарушенных отношений личности, т.е. изменения в поведении, в контактах с людьми, жизненных планах, целях, рассматриваются в качестве второго критерия. На последнем этапе психотерапии происходит реализация больным нового опыта, новых стереотипов поведения, перестроенных отношений. Это приводит к нормализации социального функционирования больного на работе, в обществе, в семье [8]. В качестве третьего критерия используется субъективно и объективно (в том числе катamnестически) определяемая степень нормализации социального функционирования в различных сферах деятельности.

Требуют разработки критерии эффективности психотерапии при ряде других заболеваний. Так, Гузиков предлагает оценивать эффективность психотерапии при алкоголизме с помощью следующих четырех критериев: 1) степень преодоления пациентом анозогнозии; 2) степень объективности оценки больным своих личностных особенностей, способность к восстановлению самоуважения и др.; 3) степень социально-психологической реадaptации, которая определяется характером восстановления нарушенных семейных, производственных и других отношений пациента; 4) длительность ремиссии (по Б.Д. Карвасарскому).

В исследованиях Воловика, Вида анализируются вопросы эффективности психотерапии в системе лечебно-реабилитационных воздействий у больных с малоградиентными формами шизофрении. В дополнение к клиническому здесь также выступает психологический и социальный критерии,

содержательные аспекты которых, естественно, определяются целями проводимой индивидуальной и групповой психотерапии.

Основными направлениями психотерапевтического вмешательства здесь являются: 1) субъективная оценка болезни и отношение к лечению; 2) наличие трудностей и конфликтов в иных значимых сферах отношений личности и степень их осознания; 3) искажение социальной перцепции, самооценки и уровня притязаний; 4) недостаток индивидуального опыта и наличие вторично усвоенных форм поведения, дезадаптирующих больного (по Б.Д. Карвасарскому).

Среди критериев психотерапии и реабилитации соматических заболеваний выделяются следующие: медицинский (включающий в себя и физический), психологический, профессиональный и социально-экономический [8].

Для оценки изменений в состоянии больных неврозами и другими заболеваниями по критериям симптоматического улучшения, психологическим и социально-психологическим критериям может применяться широкий спектр методик, специально разработанных с учетом данного заболевания, его природы и механизмов, – клинические шкалы, психологические, социально-психологические, психофизиологические методики. Чтобы можно было говорить о динамике в состоянии больного, необходимо применять при повторных исследованиях сходных методик, по содержанию и форме предъявления отличающихся от первоначальных, чтобы уменьшить искажения, вызванные приобретением навыков в выполнении заданий [8].

При оценке эффективности психотерапии больных неврозами, психическими и другими заболеваниями могут использоваться относительно более объективные психофизиологические методы. Улучшению состояния больного сопутствует нормализация психофизиологической реактивности, обусловленная перестройкой его отношения к прежде патогенным условиям и воздействиям. Для определения эффективности преимущественно симптоматических психотерапевтических методов регистрируются изменения вегетативно-соматических, физиологических и психических функций [8].

На сегодняшний день проблема разработки адекватных методов оценки эффективности психотерапии до конца не решена и вызывает много дискуссий. Дополнительные сложности создает необходимость учета отмеченных выше предпосылок, критериев, результатов исследований при разработке таких методов. Некоторые авторы видят выход в возможностях, открывающихся при использовании все более сложных программ многомерной статистики с применением современной компьютерной техники. В то же время исследователи анализируют отдельные наблюдения (например, в групповой терапии), разрабатывают специальную методологию такого анализа, также с использованием статистических методов [3].

Используя специальную математическую процедуру, называемую мета-анализом («анализом анализов»), Smith M.L., Glass G.V., Miller T.J. (1980) сравнивали результаты 475 исследований, в которых сообщалось о состоянии больных, прошедших курс психотерапии и не получивших лечения. Главным выводом был следующий: среднестатистический пациент, прошедший психотерапию, чувствовал себя лучше, чем 80% тех пациентов, которые не получали терапии. Другие мета-анализы подтвердили данное заключение. Эти обзоры показали, что если результаты всех форм психологического лечения рассматриваются

вместе, то подтверждается точка зрения об эффективности психотерапии [1].

Однако критики мета-анализа утверждают, что даже такая сложная комбинация результатов, представляющая собой «мешанину» хороших и посредственных исследований эффективности лечения различными методами, может вводить в заблуждение. По их мнению, эти исследования не отвечают на более важный вопрос: какие методы являются наиболее эффективными при лечении определенных больных [1,9].

Мета-аналитические исследования продолжительной психотерапии представлены в работе Falk Leichsenring, Sven Rabung [15].

Более сложно, на мой взгляд, оценить качественные изменения в жизни пациента в целом. Что собственно и является более высоким и сложным заданием психотерапии. Здесь наиболее тиражированным понятием, конечно же, есть «качество жизни пациента».

Как пример этапного среза – оценки того, что происходит в группе в процессе групповой психотерапии можно рекомендовать «Вопросник оценки опыта участия в группе», с разрешения автора, переведен и адаптирован Хмелевской А.В. (2004) и часто используемый в нашей работе при проведении групповой терапии.

Опитувальник оцінки досвіду участі в групі Gruppen-Erfahrungsbogen (GEB)

Клієнт/ка..... Терапевт.....						
Засідання №..... Дата.....						
Будь ласка дайте як можна більш спонтанну відповідь на наступні питання, які стосуються сьогодення засідання групи	Зовсім ні			Дуже влучно		
	0	1	2	3	4	5
Під час сесії я відчував себе фізично розслабленим	0	1	2	3	4	5
Сьогодні я не наважився висловити те, що мене дійсно зворушило	0	1	2	3	4	5
Сьогодні терапевт поводить надмірно стримано	0	1	2	3	4	5
Сьогодні я навчився чогось від інших	0	1	2	3	4	5
Сьогодні мені здалось, що інші щось від мене приховують	0	1	2	3	4	5

Я вважаю, що з часом я зможу все краще сам вирішувати свої проблеми	0	1	2	3	4	5
Сьогодні мені не вдалося пояснити іншим, що зі мною відбувається	0	1	2	3	4	5
Сьогодні засідання групи мені дійсно сподобалось	0	1	2	3	4	5
Я сьогодні хотів би отримати більше допомоги від інших учасників групи	0	1	2	3	4	5
Сьогодні дуже багато мовчали	0	1	2	3	4	5
Сьогодні я більш чітко зрозумів яке враження справляю на інших	0	1	2	3	4	5
Терапевт розглядає все занадто суб'єктивно	0	1	2	3	4	5
Сьогодні у мене є відчуття дійсної приналежності до того, що відбувається в групі	0	1	2	3	4	5
Я дивлюся зараз на свої труднощі більш спокійно	0	1	2	3	4	5
Я вважаю, що група сьогодні не достатньо бере до уваги мої почуття	0	1	2	3	4	5
Сьогодні я душею (внутрішньо) брав участь у темах, що обговорювались в групі	0	1	2	3	4	5
Сьогодні в групі панував ворожий напружений настрій	0	1	2	3	4	5
Після сьогоднішньої сесії я більше довіряю собі	0	1	2	3	4	5
Сьогодні у мене часто виникало відчуття, що те що терапевт говорить групі , також стосується мене	0	1	2	3	4	5
Зміст сьогоднішнього засідання групи був мені неприємним	0	1	2	3	4	5
Сьогодні я побачив свої почуття і відчуття зовсім по іншому	0	1	2	3	4	5
Сьогодні я побачив, що інші мають схожі на мої проблеми	0	1	2	3	4	5
Сьогодні я був сердитим на терапевта(ів)	0	1	2	3	4	5
Те, що я сьогодні пережив в групі нагадало мені ситуації з мого минулого	0	1	2	3	4	5
Сьогодні я не можу сказати як ставиться до мене кожен з учасників групи	0	1	2	3	4	5
Сьогодні в мене склалося враження, що я допоміг іншому учаснику групи	0	1	2	3	4	5

Сьогодні для мене стали більш ясними зв'язки в моєму житті, які я раніше не бачив	0	1	2	3	4	5
Сьогодні мені хотілось би, щоб деякі учасники не були присутніми	0	1	2	3	4	5
Зміни, які я помітив сьогодні в інших підбадьорили мене	0	1	2	3	4	5
Сьогодні я відчував, що інші приймають мене	0	1	2	3	4	5
Я вважаю, що сьогодні деякі учасники групи намагались занадто звернути на себе увагу	0	1	2	3	4	5
Сьогодні я б із задоволенням поспілкувався з іншими поза рамками терапії	0	1	2	3	4	5

Более высокий уровень оценки – это оценка изменений качества жизни пациента. Я не думаю, что это самый высокий уровень достижений пациента. Более того, он может иметь фрагментарный характер. Например, доверие терапевту и нахождения новых целей жизни и переоценка того, что есть в жизни пациента могут стать выражено положительными факторами чувства удовольствия, но со временем привести к глубокому разочарованию. Как в жизни, так и в действиях психотерапевта. Даже более глубокому, чем это было бы, если бы терапевт не нарушил

патологический гомеостаз пациента. Это можно классифицировать и как неудачную психотерапию и незавершенную и неглубокую и т.д. но, тем не менее, как понятный инструмент такой оценки по-видимому, можно использовать на этапах психотерапии. Из наших рекомендаций – это шкала QLS-Q и шкала, разработанная в нашем центре, которая прошла сравнительное исследование, вошедшая в методрекомендации [4;5] и в публикации материалов ECNP (Vienna, 2016).

ШКАЛА ОЦІНКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ (ЧАБАН О. С.)

Інструкція: Згадайте, будь ласка, ті події, що відбувались із вами за **останні 30 днів**. Враховуючі їх, на скільки ви були задоволені наступним із нижчепереліченого. Вкажіть ту кількість балів, яка підходить найбільше, від 0 до 10), де:

0 - зовсім не задоволений (а)

1-3- більш незадоволений (а), ніж задоволений (а)

4-6- посередньо

7-9- більш задоволений (а), ніж незадоволений (а)

10 – надзвичайно задоволений (а)

1. Своїм фізичним станом?



2. Настроєм?

3. Проведенням вільного часу?

4. Любов'ю, сексуальною активністю?

5. Повсякденною активністю (хобі, робота по дому та ін.)?

6. Соціальною активністю (спілкування з рідними, друзями)?

7. Фінансовим благополуччям?

8. Умовами проживання?

9. Роботою, навчанням, іншим видом зайнятості?

10. Загальний рівень задоволеності життям?

Шкала заповнюється особою, яка проходить обстеження, самостійно.

Мінімальна кількість балів - 0, максимальна - 100.

Референтні показники для здорових молодих людей віком 20-27 років, отримані експериментальним шляхом.

Рівень якості життя:

дуже низький - до 56 включно

низький - від 57 до 66 включно

середній - від 67 до 75 включно

високий - від 76 до 82 включно

дуже високий - від 83

Выводы:

1. Все из изученных видов и методов психотерапии оказывают очевидное влияние на пациентов на биологическом и социально-психологическом уровнях. Это влияние статистически значимо, клинически эффективно и подтверждено на нейробиологическом уровне.

2. Результаты психотерапии, как правило, оказываются достаточно пролонгированными. Хотя некоторые проблемы, например, наркотическая зависимость, имеют тенденцию возникать снова и снова, многие из новообразований, достигнутых в ходе психотерапии, сохраняются в течение длительных периодов времени. Это объясняется отчасти тем, что многие виды психотерапии направлены на создание постоянно функционирующих изменений, а не исключительно на снятие симптомов [9].

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

4. Несмотря на то, что отдельные психотерапевтические направления сохраняют своеобразие и свойственную им специфику взаимодействия с пациентом, многие психотерапевты в настоящее время следуют эклектическому подходу. С одной стороны, этот факт отражает естественную ответную реакцию на эмпирические данные и отвергает существовавшую прежде установку на строгое соблюдение правил и требований определенной школы. С другой, это позволяет максимально гибко приспособливать ту или иную технику к запросам и нуждам пациента, его личностным особенностям и объективным обстоятельствам проведения психотерапии [9].

5. Межличностные, социальные и эмоциональные факторы, являющиеся одинаково значимыми для всех видов психотерапии, по-видимому, выступают важными детерминантами улучшений состояния пациентов. При этом со всей очевидностью обнаруживается тот факт, что

помогать людям справляться с депрессией, тревогой, чувством неадекватности, внутренними конфликтами, помогать им строить более живые отношения с окружающими и открывать для себя новые направления в жизни можно лишь в контексте доверительных, теплых отношений. Дальнейшие исследования должны фокусироваться не столько на детерминантах отношений, общих для всех видов психотерапии, сколько на специфическом значении конкретных интеракций между пациентом и терапевтом.

6. И, наконец, необходимо иметь в виду, что за усредненными показателями улучшения состояния пациентов в результате психотерапии скрываются весьма существенные индивидуальные различия. Одной из детерминант этих различий является личность самого психотерапевта, еще одной – личность пациента; совершенно очевидно, что не всем можно помочь и не все психотерапевты эффективно работают с любым пациентом. Из этого следует, что есть потребность в более тщательном анализе взаимосвязи между процессом и результатом психотерапии, основывающемся не только на клинических суждениях, но и на систематическом сборе эмпирических данных [2].

7. Результаты многих исследований показывают, что психоаналитическая психотерапия более всего пригодна для интеллектуальных, образованных, успешных в жизни людей, симптомы которых мало выражены. Совсем не удивительно, что психотерапевты, которые пытаются лучше понять самих себя, предпочитают раскрывающие методы лечения и отказываются от поведенческих. Также не удивительно, что поведенческие психотерапевты, у которых возникли проблемы, совсем не нуждаются в поведенческой психотерапии, но им необходима помощь для более ясного понимания самих себя и своих проблем; если проблемы прояснились, эти психотерапевты лучше других способны их решить. Результаты мета-анализа свидетельствуют о том, что большинству пациентов нужна помощь в преодолении своих проблем, а не в обнаружении скрытых мотивов. Исследования различных видов психотерапии показывают, что эффективность поведенческих и системных методов выше. Однако многие психотерапевты считают психодинамические и гуманистические методы более подходящими [11].

При всей трудности оценки эффективности психотерапии дальнейшая разработка теоретических и

практических аспектов этой проблемы всегда будет требовать учета своеобразия природы, клиники и механизмов развития болезни, используемых методов лечения и тех целей, которые стремятся реализовать с их помощью [8].

Психотерапия является специфической мультифакторной интервенцией в жизнь пациента и поэтому здесь неприменимы простые измерения этой сложной деятельности. Но стандартизировать такое понятие как «эффект» частично возможно.

Литература:

1. Александров А.А. «Современная психотерапия. Курс лекций.» – СПб.: Академический проект, 1997.
2. Изучение психотерапии за рубежом: история, современное состояние (статья Е. Калмыковой, Х. Кэхеле), 2008.
3. Hasse Karlsson Как Психотерапия Изменяет Мозг. Понимание Механизмов <http://newpsyhelp.ru/articles/75-2011-12-22-21-56-42.html>.
4. Чабан О.С., Хауства О.О. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування) \ Бібліотека практикуючого лікаря, Київ, 2004, С. 62-65. ISBN 966-7013-19-7.
5. Чабан О.С., Хауства О.О., Жабенко О.Ю. Діагностика та лікування психосоматичних розладів в загальній медичній практиці (на прикладі метаболічного

синдрому X) \ Методичні рекомендації, Київ, 2009, с.29-40. (зрифт МОЗ України, Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи).

6. Lusher-Test © Copyright 1949 and 2004 by Color-Test-Verlag AG, Sempacherstr. 1, CH-6003 Luzern.
7. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского, СПб, «Питер», 2006, С. 430-431.
8. Психотерапия, учебник под ред. Б.Д. Карвасарского, изд-во «Питер», 2000
9. <http://www.psyinst.ru/library.php?part=article&id=1884>.
10. Luborsky L., Singer B. Comparative studies of psychotherapies: Is it true that «everyone has won and all must have prizes»? Archives of General Psychiatry, 1975, 32, 995-1008.
11. В. Лаутербах Эффективность психотерапии: критерии и результаты оценки <http://evolkov.net/practic.psychol/effect/Lauterbach.95.html>.
12. Grawe K., Donati R. & Bernauer F. Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe – Gottingen – Bern – Toronto – Seattle, 1994.
13. Справочник «Clinical evidence», выпуск 7, 2002 г. www.clinicalevidence.com.
14. http://elena.romek.ru/stevens_1.htm.
15. Falk Leichsenring, Sven Rabung Effectiveness of Long-term Psychodynamic Psychotherapy A Meta-analysis JAMA, October 1, 2008—Vol 300, No. 13. 1565.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПСИХОТЕРАПІЇ

О.С. Чабан

Проаналізовані сучасні методи оцінки ефективності психотерапії: біологічні (нейрофізіологічні): позитронно-емісійна томографія, та функціональна МРТ; феноменологічні, в тому числі суб'єктивне переживання пацієнта; та оцінка психопатологічних проявів. Приведений питальник оцінки якості життя – як критерій оцінки терапії.

Ключові слова: ефективність, психотерапія, методи.

ESTIMATE PSYCHOTHERAPY EFFICIENCY

O. Chaban

The modern methods of estimation of efficiency of psychotherapy are analyzed: biological (neurons physiology): positron-emission tomography, and functional MRT; phenomenology in a that number subjective experiencing of patient; but estimation of abnormal psychology displays. Resulted test of estimation of quality of life – as a criterion of estimation of therapy.

Keywords: efficiency, psychotherapy, methods.

УДК 159.9

Л. Коварскис

БАЛИНТОВСКИЕ ГРУППЫ КАК ИНСТРУМЕНТ ИНТЕГРАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ

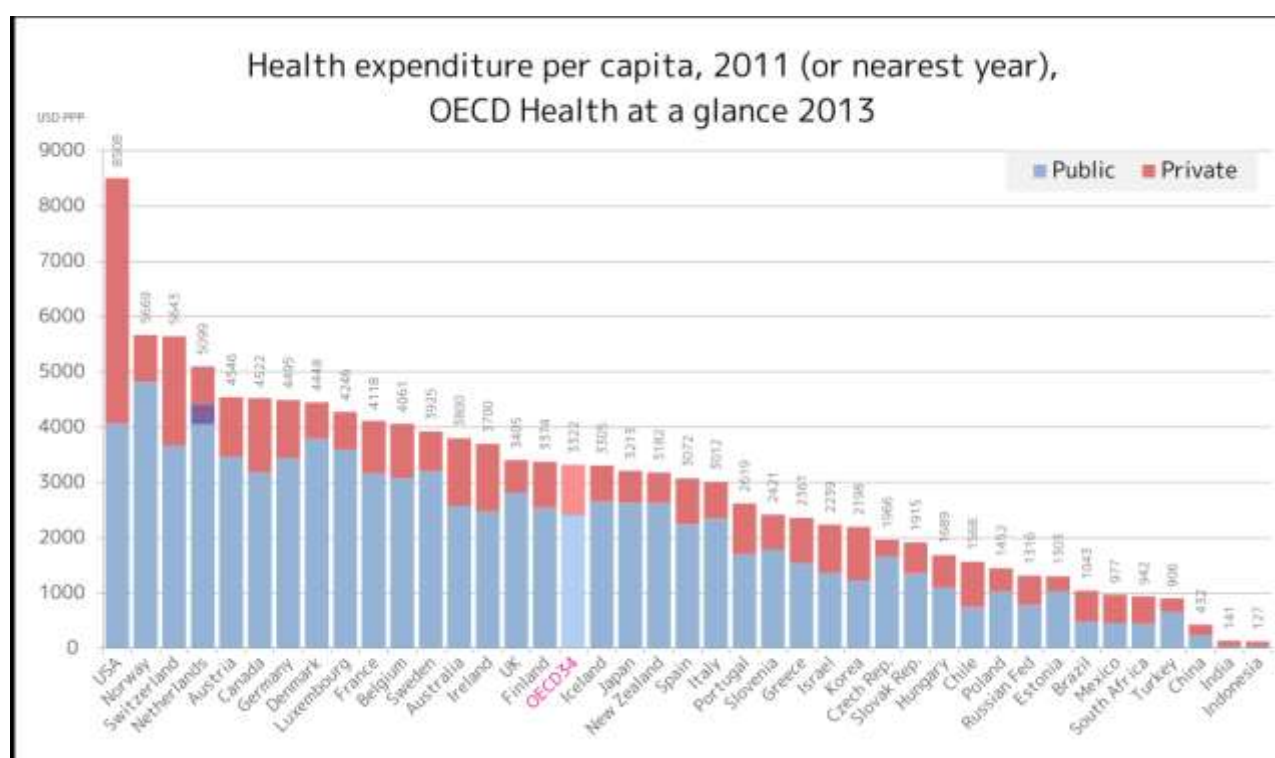
Международная психоаналитическая ассоциация, г. Хельсинки, Финляндия

Ключевые слова: балинтовские группы, врачи, профессиональная идентичность

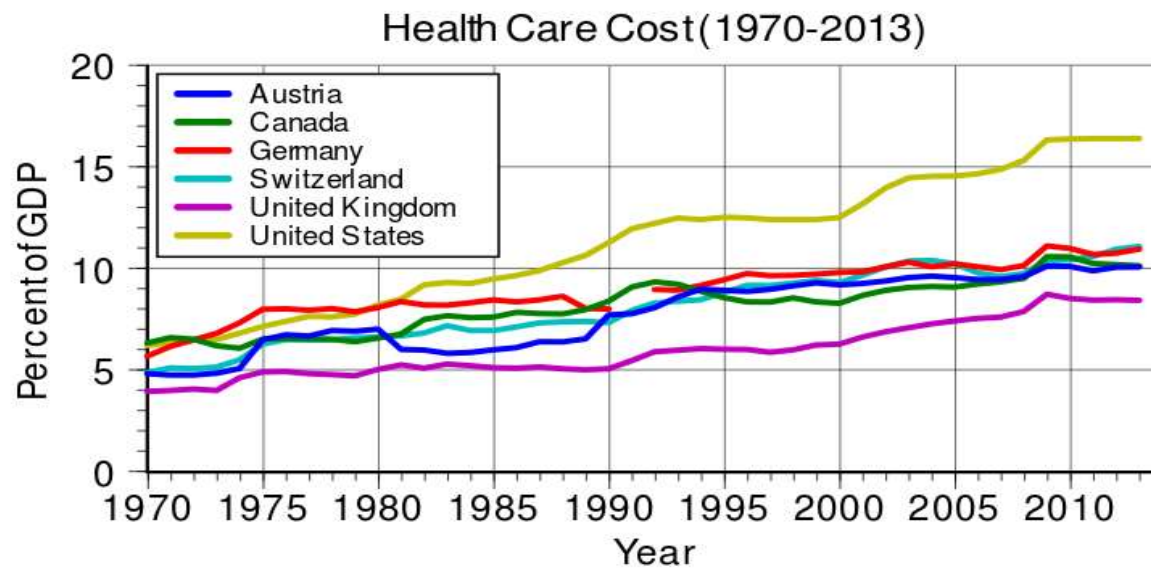
Хотя мы и живем в век головокружительных технологических изменений, радикально влияющих на все сферы человеческой деятельности, вряд ли какая-либо другая профессия претерпела столь значительные изменения, как профессия врача. На первый взгляд изменения эти кажутся лишь технологическим развитием, но при более глубоком рассмотрении понимаешь, что речь идет о коренном онтологическом и психологическом сдвиге: из полумистического образа человека, знающего все об устройстве тела и духа и, благодаря этому, обладающего властью над жизнью и смертью, врач все больше превращается в технического работника, применяющего достижения науки и технологии. Ему, собственно говоря, нужно все меньше самому знать и помнить – компьютер подскажет нормативы лабораторных анализов, а Интернет поможет их интерпретировать. То же касается лекарств и их интеракций. Не надо лихорадочно листать толстые справочники (как автору приходилось в начале своей карьеры), «клинически» думать, полагаться на интуицию (это даже запрещено). Собственно говоря, любой

разумный человек, обладающий некоторыми общими медицинскими познаниями, может работать врачом, что лучше всего доказывает опыт финских лже-врачей¹. Все больше непосредственной медицинской работы перекладывается на медицинских сестер. Суть всех этих изменений, как мне кажется, сводится к тому, что врач все меньше *решает* (решает система) и, соответственно, все меньше *значит*.

А «сверху» давит новая меркантильная система управления. Медицина стала очень дорогой областью, в большинстве развитых стран мира расходы на эту отрасль составляют свыше 10% годового бюджета страны, а расход на человека в год – около \$1 000 в России, до \$10 000 в США и \$ 5 000 в Финляндии, причем цифры эти все время растут. Поэтому не удивительно, что налогоплательщики через органы управления стараются рационализировать финансирование медицинского обслуживания. Это, однако, приводит к тому, что медициной фактически стали управлять не врачи, а представители бизнеса. Все это сказывается на контроле за деятельностью и доходах.



¹ Лже-врачи в Финляндии работали по несколько (5 – 10) лет и, в большинстве, были разоблачены совершенно случайно.



Весь этот процесс начался в седьмом десятилетии прошлого столетия с распространения страховой медицины, но лишь последние 5 – 10 лет привел к существенному изменению иерархических отношений и статуса врача. Уже несколько десятилетий во многих странах мира требования страховых компаний во многом регулировали делаемые врачом назначения препаратов, уж не говоря о государственных налоговых льготах на препараты, зачастую определяющих их цену. Сам лечащий врач, его личные знания и непосредственное профессиональное окружение уже не являются определяющими в выборе лечения. Мало того, разница в зарплатах врачей и медицинских сестер, например в Финляндии, привела к тому, что везде, где возможно, работа врачей заменяется работой медицинских сестер, что порой приводит к напряжению в личных отношениях и отношениях между профессиональными группами. Формально, медицинская сестра уже с конца 80-тых годов в Финляндии не подчиняется врачу. Хотя в целом система работает неплохо – люди понимают друг друга и стараются вместе делать общее дело, время от времени возникают сложности, заставляющие врача сомневаться в своем профессиональном статусе и образе действий. Так, например, при ведении балинтовских групп, мне все чаще приходится слышать рассказы о том, как врачу было трудно делить с медицинской сестрой процедурный кабинет, когда у обоих одновременно были «свои» пациенты, или неловко настаивать на том, что врач сам хочет сделать ту или иную процедуру, когда чувствует, что в данном случае клиническую оценку должен проводить человек более компетентный. Поразил рассказ, как молодой врач семь раз смотрел приносимый медсестрой планшет со снимками необычной сыпи, прежде чем решился сказать: «Приведи

мне больного, я хочу сам его осмотреть». Пациенты тоже становятся все более образованны (в некоторых случаях слово «образованны» следовало бы взять в кавычки) и все чаще ставят под вопрос мнение врача. В Интернете распространяются научно обоснованные и научнообразные мнения, среди них и знания о средствах, с которыми медицина обращается очень осторожно. Аргументация пациентов порой звучит логично, а иногда соответствует взглядам некоторых врачей, но не своего лечащего.

Все эти вместе взятые факторы порой заставляют врача усомниться не только в своей профессиональной идентичности, но и в общественной принадлежности: будут ли в конце XXI века врачи еще принадлежать к верхушке среднего класса (если, конечно, сам средний класс уцелеет). Если так, то нужно ли говорить, какие глубокие сознательные и бессознательные струны затрагивают в душе врача вышеуказанные противоречия. К тому же все это накладывается на моральную матрицу взаимоотношений, по логике которой (выражаясь несколько драматическим языком) на врача лежит ответственность за здоровье, а порой и жизнь пациента.

Именно в этом контексте видится мне работа Балинтовских групп. Все остальные методы обучения и супервизии направлены на то, чтобы сделать врача как можно более совершенным медицинским инструментом, и, разумеется, все пациенты в этом очень заинтересованы. Вопрос только, сможет ли он быть совершенным инструментом, если будет чувствовать себя плохо в жизни и на рабочем месте. Сможет ли врач хорошо функционировать, не будучи достаточно душевно интегрированным. Ведь, несмотря на все изменения профессиональной деятельности, суть ее

никак не изменилась: врач – главный помощник в борьбе с болезнью и смертью.

Для иллюстрации приведу несколько выдержек из интернетной статьи «Почему так много врачей кончают самоубийством» (<http://www.healthline.com/health-news/so-many-doctors-die-by-suicide#1>):

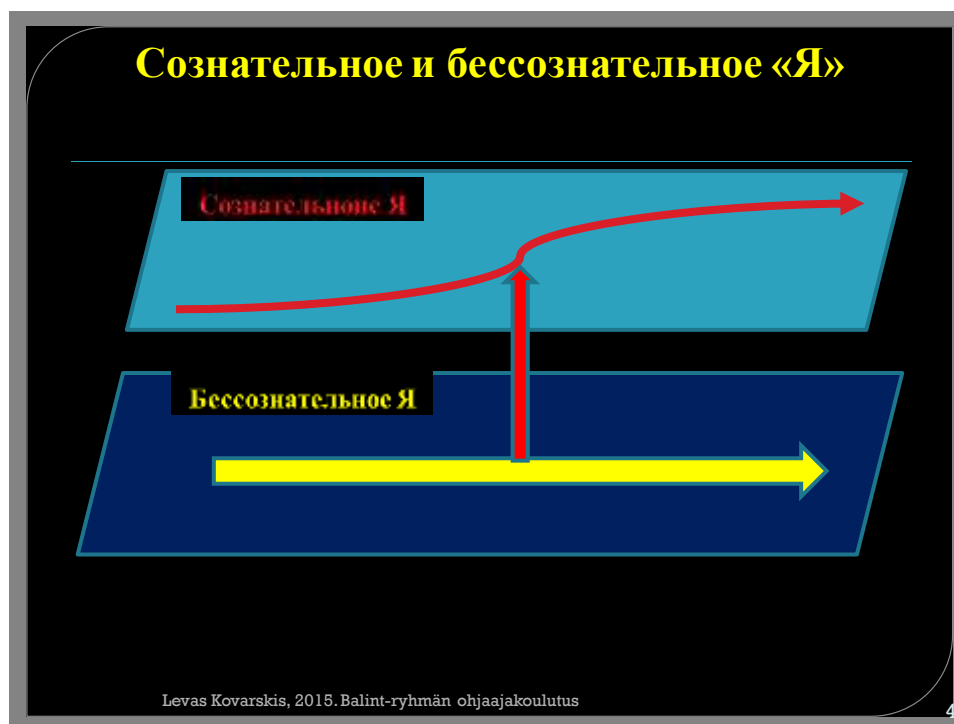
«Врачи убивают себя в два раза чаще, чем не врачи, а женщины-врачи в три раза чаще, чем врачи-мужчины»; «Синдром выгорания чаще всего связан со стрессом ухода за пациентами, известным под названием *стресс сострадания*», или просто с условиями на работе»; «Работа с электронными записями, страховыми полисами и прочие административные дела часто не позволяют врачу уделять достаточно внимания своим пациентам, а ведь именно из-за них он выбрал свою профессию»; «Врачи потеряли штурвал своей профессии и потеряли свои души», утверждает Др. Памелла Вибл, основатель движения «Идеальный медицинский уход».

Конечно, можно думать, что люди, которые выбирают эту профессию, знают, на что идут и перенесут с нею связанные тяготы. Перенесут, конечно, но какой ценой для себя, для своих пациентов и для общества в целом. Вопрос можно сформулировать и

более «научно», пользуясь психодинамической парадигмой: не предаст ли бессознательное врача его самого, его пациентов и общество?

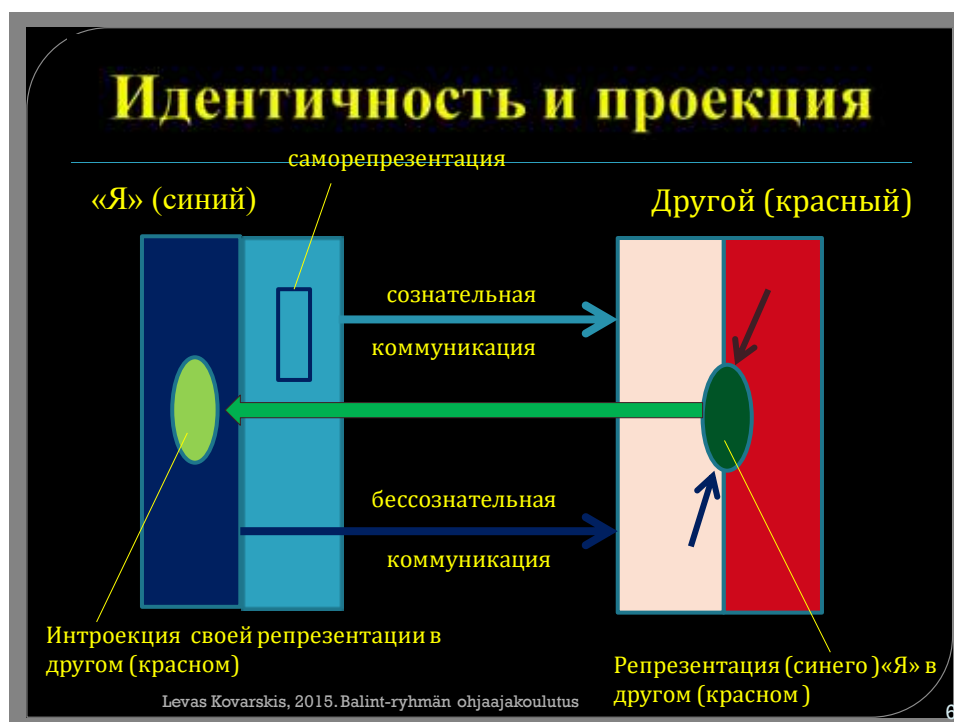
Структура и динамика профессиональной идентичности

Обычно под идентичностью понимается только осознанная ее часть, которую составляют сенсорный, телесный и душевный компоненты. Иными словами: я знаю, что происходит вокруг (вижу, слышу и т.д.), знаю, что происходит с моим телом (дышу, сердце бьется, мышцы подчиняются и т.д.), и знаю, что думаю, чувствую, кого люблю, чего хочу и т.д. В совокупности это дает человеку ощущение «я знаю, кто я». Но, как хорошо и уже давно известно психоаналитикам, а недавно подтверждено и экспериментальной наукой, существует бессознательное, о котором человек и зачастую его окружение ничего не знают. Я не перестаю удивляться тому, как людям трудно в это поверить, когда это касается их самих, и врачи в этом отнюдь не исключение. Тайные от нас процессы бессознательного влияют на нашу сознательную жизнь для нас необъяснимо и, порой, внезапно.



Не слишком углубляясь в вопрос идентичности, скажу только, что наше чувство «Я» постоянно формируется в общении с другими людьми под воздействием как осознанных, так и неосознанных переживаний. Другой видит нас не только такими, как

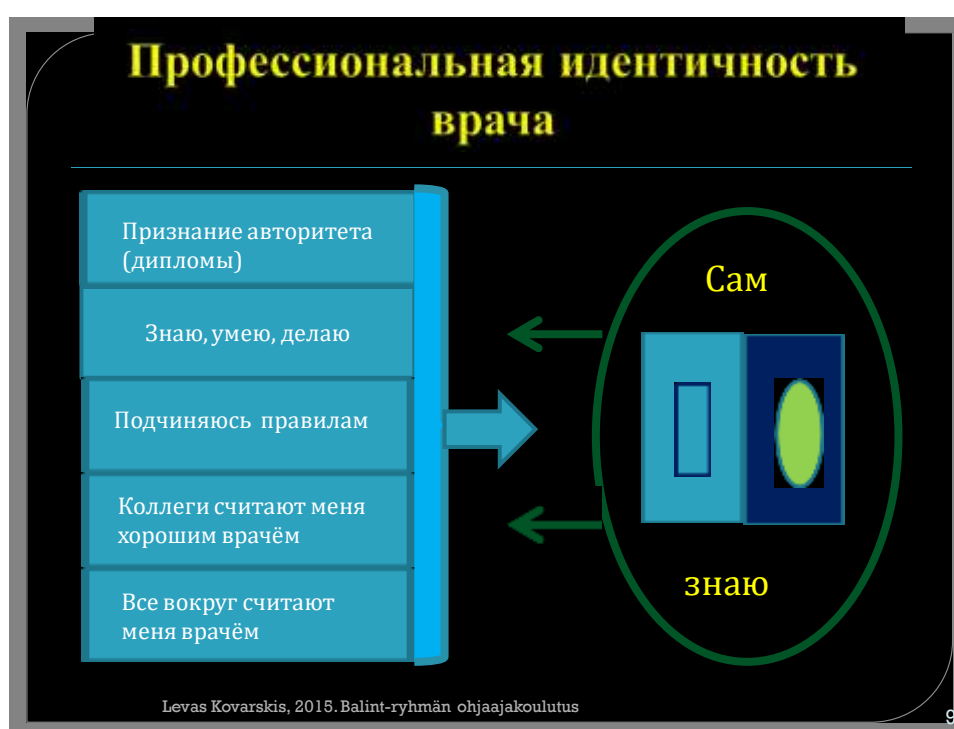
мы хотим, чтобы нас видели, но и исходя из нашей бессознательной коммуникации – поступков, оговорок, вегетативных реакций и т.п. Мало того, наш образ в его душе зависит еще и от его собственного осознанного и неосознанного опыта, который «проецируется» на нас.



Порой, если образы эти уж очень не совпадают, у нас появляется неприятное ощущение, что-то вроде «нет, я не такой!» и непонятная антипатия к другому.

Что касается профессиональной идентичности врача, то, как и любая другая идентичность, это сложное образование. Оно переживается как субъективно так и разделяется с другими людьми, в нем есть как сознательные, так и бессознательные составляющие. В

основном все же идентичность врача опирается на несколько само собой разумеющихся фактов – признание авторитета (диплом), специальные знания и навыки, следование профессиональным правилам и инструкциям, признание своей профессиональной группой и признание другими людьми (общества в целом). О признании пациентов пока не говорю, это станет предметом дальнейшего рассуждения.



Для иллюстрации рассмотрим все эти факты по отдельности. Так, например, у лже-врачей, работавших в Финляндии, не было дипломов, но один из них, проработавший 10 лет врачом, утверждал, что он работал лучше, чем большинство специалистов в его области. Все они были осуждены. От этого их субъективная и объективная «профессиональная идентичность» пострадала. Однако, пока они работали не имея диплома, их обман долгое время не был распознан. То есть их

знаний и умений, признания других врачей и общества хватало для поддержания их фальшивой идентичности. О знаниях, навыках и следовании правилам. Каждый врач наверняка помнит, каким никчемным он себя чувствовал в начале своей профессиональной деятельности, когда не мог еще достаточно опираться на знания и навыки. Уверен также, что каждому врачу хоть раз на протяжении своей профессиональной жизни приходилось нарушать какое-то правило или требование, и каждый поэтому знает, как неприятно в

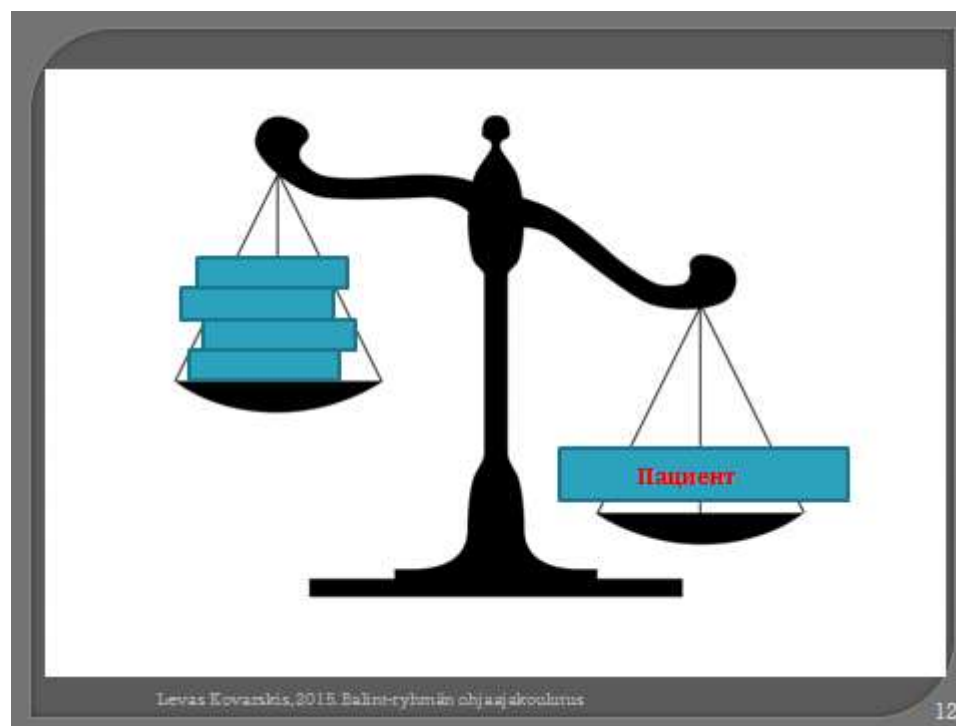
такие минуты бывает на душе. Это неясное чувство – смесь страха, стыда и одиночества как раз и характерно для потери своей идентичности.

Признание коллег. Коллеги никогда не отвергали меня, но помню, как до глубины души меня тронула их поддержка в тяжелых обстоятельствах на работе. Как же бы я себя чувствовал, если бы те же люди по каким-то причинам отвергли меня.

А что касается признания общества, то мне вспоминается случай из первых лет моей работы врачом в небольшом городке, когда пациент с алкогольным делирием – мужчина средних лет, которого я, вопреки

желанию родных, послал в центральную больницу, там скончался, после чего вся деревня, в которой он жил, отвергла меня, как врача. Мне было стыдно и какое-то время я был в весьма депрессивном состоянии духа, несмотря на знание, что я все сделал правильно.

Все же, если Шоун Рэдклифф прав и врачи действительно выбирают профессию, чтобы работать с пациентами, то вполне вероятно, что именно их реакции имеют решающее значение для самочувствия и целостности личности врача. Все остальные перечисленные факторы порой не могут перевесить воздействие «самого важного человека» – пациента.



Массивная проекция (доля реалистичности в ней не имеет значения) как бы ставит под вопрос все остальные составляющие профессиональной идентичности. Требовательное Суперэго обычно присоединяется к негативной проекции², и врач испытывает угрызения совести и более или менее выраженное, пусть порой короткое, депрессивное состояние. Восстановить равновесие обычно помогает «вентиляция» случая за чашкой кофе с коллегами. Однако, при нынешнем положении дел, кофейные комнаты пустуют, на беседы с коллегами нет времени, а главное, соперничество зачастую так велико, что врач не рискует рассказывать коллегам о своих затруднениях. В такой ситуации никакая другая супервизия или обучение не заменят балинговской группы. Потому что только в долговременной, психологически безопасной и нацеленной в своей работе на глубину осознания группе коллег, идентичность врача может не просто быть

восстановлена до прежнего функционального уровня, но и углублена, по-новому осмыслена, прочнее укоренена в эмоционально-когнитивной структуре личности. Конечно, произойдет ли это, зависит от многих причин – самого врача, группы, ведущего, длительности процесса и т.д. Но при благоприятном раскладе балинговская группа является единственной истинно психотерапевтической формой групповой супервизии врачей.

Примеры

Оба приведенных примера автор постарался описать таким образом, чтобы люди и события остались неопознанными. Однако профессиональные врачебные круги настолько узки, что автор прекрасно понимает, как легко могут быть опознаны указанные коллективы. Свои чувства автор описал в тех случаях и для того, чтобы продемонстрировать, как перенос и контр-перенос он

² <http://bulletin.facs.org/2013/06/personalities-and-burnout/> , Physician personalities and burnout , By [Mick Oreskovich, MD, FACS](#) and [James Anderson, MD, FACS](#) , PUBLISHED June 1, 2013

пытался использовать в качестве источника информации, на что он опирался в выборе интервенций.

Пример первый – идентичность врача под давлением проекции пациента

Группа, о которой пишу, собиралась 8 лет, и описанная сессия произошла на седьмом году нашей работы. Традиция балинтовской группы в этом медицинском учреждении была куда дольше, около 20 лет. Группа не была закрытой, но ее состав был весьма постоянным, врачи менялись редко. С уходящими прощались тепло, новые обычно быстро и легко включались в работу (что характерно отнюдь не для всех групп). Обычно присутствовало 8 – 10 врачей. В группу входили 8 врачей общего профиля, 2 гинеколога, 1 эндокринолог и 1 гастроэнтеролог. Ведущих было двое – женщина психолог и мужчина врач-психиатр, оба психоаналитики.

Сессия

Группа начинается с того, что кто-то оживленно спрашивает, читали ли люди, что некий студент ударил ножом всем известного преподавателя университета. Все активно участвуют в разговоре: этот преподаватель, говорят, не соблюдал дистанции, слишком многое позволял себе со студентами... может, этот студент недавно и ко мне заходил... (Тут ведущий заметил, что и ему стало страшно и он лихорадочно думает, не консультировал ли он этого студента)... Отношение к преподавателям в наше время совершенно изменилось... Не только к преподавателям, к врачам тоже...

Врач 1: В юности, когда начинала работать врачом, бывало страшновато дежурить одной, но сильно не боялась, потому что знала, что я врач...

Врач 2: Подхватывает и рассказывает, как на первом году работы медсестры пожаловались, что мужчины в палате выпивают. Пошла, потребовала отдать бутылку и, хотя была маленького роста и худенькая, взрослые большие мужчины послушно отдали...

Врач 1: Белый халат нас защищает...

Ведущая: Звание врача...

Врач 3: Сейчас все иначе. Вот ко мне на днях пришла молодая девушка, жалуется на слабость, усталость, говорит, что больна физически, где-то какая-то болезнь должна быть. Я все осмотрела, взяла все стандартные анализы, абсолютно все в порядке. Стали разбираться:

она заканчивает университет, 4 дня в неделю работает, 4 раза ходит тренироваться в зал, у нее парень, с которым постоянно встречается, друзья, с которыми «надо» видаться, она спит по 4 часа в сутки. Я ей говорю, ты просто устала, смени режим...

Кто-то: Мания.

Все наперебой: Сейчас у всех мания... все – перфекционисты.

Ведущий: Они стремятся к идеалу.

Кто-то: Они потеряли меру.

Кто-то: Это похоже на фарс, а не на идеал.

Ведущая: Может быть, это последствия индивидуализма, раньше группа защищала от нереалистичных идеалов, помогала регулировать. Такая девушка получила бы отрицательную обратную связь и, возможно, успокоилась бы.

Врач, недавно пришедший в группу (краснея): А откуда такая сильная потребность стремиться к идеалу?

Врач 3: Сейчас пациенты требуют от врача помощи в достижении их абсурдных идеалов – всемогущества с помощью чудо-лекарства.

Все взволнованно участвуют в беседе, суть которой сводится к тому, что многие пациенты требуют выписать им тироксин или стимуляторы. Но как же их выписывать, ведь существуют лабораторные нормы для щитовидной железы и диагностические критерии для синдрома нарушения внимания... А еще требуют успокоительных и обезболивающих вместо того, чтобы сменить режим или полежать денек, если, например, спина разболелась... Нет, мы не выписываем таких препаратов, мы просто отказываемся и все. Это моральная обязанность врача заботиться о здоровье пациента, а не помогать ему стремиться к недостижимому за счет своего здоровья. В оживленном разговоре все смотрят друг на друга и утвердительно кивают, как бы укрепляя уверенность друг друга.

Молчание

Врач 5: Но некоторые другие врачи...

Врач 1: Из частных клиник...

Врач 6 (смеясь): Мы все знаем откуда! (Все смеются).

Врач 1: Там выписывают все, что пациент ни попросит.

Врач 7: Приходит к тебе пациент из такой клиники, где его «хорошо» лечили, обижается и пишет жалобы, обзывая тебя старомодным и плохим врачом.

Врач 2: Да еще подсовывает псевдонаучные статьи, которые распечатал из Интернета, где говорится, что он подходит под такой-то диагноз.

Ведущий: Когда ему не удастся достигнуть своего идеала, он вместо того, чтобы чувствовать себя плохим, вырабатывает новую идентичность – гипотиреоз, синдром нарушения внимания.

Врач 3: Пациент и врач меняются местами, пациент говорит врачу, что надо делать, а не наоборот.

Все оживленно продолжают тему о потере врачами авторитета.

Ведущий: Испокон веков три профессии пользовались авторитетом – врач, учитель и жрец. Врач был авторитетом в вопросах болезни и смерти, учитель – управления природными силами, а жрец – морали, отношений между людьми.

Следует всеобщая оживленная беседа о том, имеет ли врач право морализировать, говорить пациенту, что правильно, а что – нет, давать советы по поводу еды, физкультуры и т.д. Или надо просто информировать о последствиях, давать статистику, но не пытаться ни в чем убеждать. Подходить более технически... Как к анорексии... Или алкоголизму. Мы не можем помешать человеку спиться до смерти... Да, но алкоголь продается в магазинах, а тироксин мы выписываем... Пациент сам взрослый человек... Когда мы убеждаем, может быть, мы неправильно пользуемся своим авторитетом.

Так заканчивается эта сессия балинтовской группы. В последней беседе участвуют все и ее эмоциональный тон совершенно иной, чем в начале группы – вдумчивый. Хотя содержание беседы полно сомнений, участвующие в ней люди полны спокойной уверенности и некоего общего братского чувства.

Разбор сессии

Прояснение:

Сессия начинается с вроде бы постороннего, но очевидно всех затронувшего события, суть которого в том, что авторитет профессии не уберег преподавателя от физической агрессии ученика. Похоже, что профессиональная идентичность скорее спровоцировала агрессию чем защитила от нее. С этого, по-видимому,

через аналогию учитель-ученик – врач-пациент мысли группы переходят к собственным отношениям с пациентами. Группа озабочена падением авторитета своей профессии и рассказывает про пациента, который пытается сделать врача сообщником своего нереалистичного Суперэго, заставляющего его исполнять желания, в ущерб его телесному здоровью. Ведущий пытается обратить внимание группы на отсутствие адекватной социальной среды (учебной группы, класса, широкой семьи), которая могла бы помочь подростку (девушке 22 года) регулировать свое незрелое Суперэго, вместо того, чтобы стимулировать идеалы независимости и успешного соперничества. Однако вопросом недавно пришедшего молодого врача, мысль балинтовской группы направляется в другое русло: что заставляет стремиться к идеалу. На этом этапе предлагаемый вопрос очевидно слишком труден. Он остается без ответа, но затрагивает важные глубокие струны, потому что группа весьма эмоционально провозглашает единство во мнении, что она лучше пациента знает, что такое реалистичный идеал, а что нет: идеал плох, потому что требует жертвовать физическим здоровьем и тем самым противопоставляет пациента врачу, задача которого заботится о физическом здоровье. Хотя это прямо и не высказывается, мысль о том, что бессилие пациента смещается с его душевной жизни на телесную, всем ясна (подобные механизмы уже не раз обсуждались), так же, как и косвенное требование пациента помочь ему преодолеть это бессилие средствами, запрещенными во врачебной практике. Тут следует заметить, что все присутствующие прекрасно знают, что такие средства в арсенале врача есть, и вопрос фактически идет о моральном выборе. Такой взгляд пока обходится стороной, группа не готова его рассмотреть, так как это поставило бы под удар слишком важные части профессиональной идентичности – соблюдение моральных норм и формальных правил, признание авторитета, коллег и общества. Поэтому группа единогласно (это очень важно) отказывается помочь пациенту преодолеть чувство бессилия стимулирующими средствами, опасные побочные эффекты которых им хорошо известны. Пользуясь известной им психоаналитической терминологией, они называют стремления пациента и лечение

запрещенными средствами «магическим». Когда в этом достигнуто согласие, и группа укрепила свою когезию, моральные и профессиональные устои, а заодно и психологические защиты, наступает молчание (в данном случае признак хорошей работы, готовности идти глубже). В этом молчании появилось пространство для раннее неосознанного морального сомнения: можно ли думать обо всем этом иначе? Вопрос, по-видимому, все еще опасен, потому что моментально проецируется вовне на «других», которые подрывают моральные нормы и авторитет профессии, входя в сговор с болезненной душевной частью пациента. Ведущий старается смягчить черно-белый подход, подчеркивая чувство бессилия и смены пациентом своей идентичности, спасающей его от этого чувства. Это наводит группу на мысль об асимметрии в отношениях между врачом и пациентом, о возможной борьбе за власть («теперь пациент говорит врачу, что нужно делать»). Сессия близится к концу, и ведущий дает историческую и эмоциональную перспективу такой асимметрии (врач-учитель-жрец), после чего группа перестает «лечить» свое уязвленное самолюбие и борьба за признание авторитета переходит в размышления об отношениях с пациентом, о мере ответственности и др.

Психодинамика:

Отнюдь не будучи по своим воззрениям кляйнианцами, на этой сессии ведущие с самого начала понимали, что имеют дело с очень примитивными, ранними отношениями, чувствами и защитами. Покушение на жизнь преподавателя скорее всего психически больным студентом затронуло не только своей аналогией с отношениями между врачом и пациентом, но и непосредственной угрозой профессиональной идентичности каждого – недаром кто-то бросил: «Может это кто-то, кого я смотрел», и неспроста ведущий испугался и стал перебирать в уме возможных кандидатов. В этом свете претензии группы к падающему авторитету врача совершенно понятны: врач постоянно имеет дело с сильными чувствами людей, поэтому зрелая профессиональная позиция подразумевает некоторую надежду, что не только закон, но и социальный статус защитят от возможных выпадов. Но, оказывается, авторитет падает от того, что незрелое Суперэго вместо того, чтобы усмирять чересчур

страстные и не всегда реалистичные желания молодости, коррумпируется, входит в сговор с младенческим всемогуществом и старается разрешить противоречие, проецируя это всемогущество на врача (кляйнианцы сказали бы «грудь»), борется за власть над этим всемогуществом, разделяя в этой борьбе весь мир на «хороших» и «плохих». Иными словами, запуская параноидные защитные механизмы. В какой-то момент работает проективная идентификация – группа идентифицируется с потребностью пациента не чувствовать себя плохим и тоже разделяет профессиональное сообщество на «хороших» и «плохих». Все же, с помощью ведущего группа *признает* неравенство, на какое-то время оказывается способной понять примитивную эмоциональную позицию и в этом смысле примиряется с пациентом.

«Терапевтическая» оценка:

В процессе работы ранние объектные отношения получают символическую репрезентацию (они высказаны). Проекция пациента перерабатывается мыслительным процессом группы. Тревога заметно снижается. Отношения и чувства надежно контейнированы сознанием группы. Личная и профессиональная идентичность интегрированы с профессиональной референтной группой, о чем свидетельствует чувство содружества в конце группы и некоторое сожаление, что сессия подошла к концу.

Пример второй – профессиональная идентичность в экстремальных условиях.

Это пример из недолго работающей группы (второй год). В группе 6 врачей из разных отделений для очень тяжелых больных. Ведущий один – врач-психиатр, психоаналитик, мужчина. Все врачи в группе – женщины. Хотя в отделениях работает много врачей мужчин, ни один не пришел в балинтовскую группу «из-за нехватки времени». И сегодня вместо шести присутствуют пять человек.

Врач-1: Ну вот, в прошлый раз мы все были такие бодрые и веселые, а сегодня злые, усталые, все невыспавшиеся. Все смеются.

Врач-2: Сделай что-нибудь, иначе я эту Н. убью, так она меня раздражает (речь идет о сотруднице, которая, будучи в такой же должности и с меньшим опытом, много преподает и «строит из себя важную особу»). Она

в своем отделении вообще ничего не делает и постоянно просит меня ее заместить то в одном, то в другом месте, а сама в это время лишь хвастается перед студентами своими знаниями и этим деньги зарабатывает.

Врач-3: Это правда. Н. действительно такая, я ее тоже с трудом переносу.

Все наперебой рассказывают эпизоды, призванные укрепить образ Н. как вычурной и манипулирующей особы. Входит опоздавшая врач-4 (в дальнейшем обозначаемая «Л»), так как именно она оказалась в данной сессии эмоциональным центром групповой работы).

Л.: Прошу прощения, было невозможно вырваться. Представляете С. (медицинская сестра на приеме) опять записала мне в последний момент пациента, потому что Х. сегодня, оказывается, консультирует в больнице. А что мне делать? Я этого пациента раньше даже не видела. Врач-1: Наверняка с миеломой, ведь он других почти не ведет, а этих всех к себе забирает.

Ведущему объясняют, что врач Х., мужчина, специализируется на миеломе, пишет диссертацию и берет в свое отделение лишь больных с этим заболеванием. Врач-1 и врач-3 начинают очень оживленную беседу о технике и лекарствах, употребляемых при некоторых очень тяжелых болезнях. Ведущий слушает с чувствами восхищения, зависти и даже чувствует себя в некоторой мере посторонним. Разговор снова переходит на коллегу Н., которая и дальше всех раздражает, но особенно врача-2. Ведущий замечает, что врач-4 (в дальнейшем Л.) очень возбуждена. Он останавливает беседу и спрашивает ее, так ли это. Она рассказывает, что к ней обратилась сокурсница, у которой дети того же возраста, что и ее (ей примерно 30 – 35 лет) и попросила пощупать живот. Оказалось – рак, обследовали – рак неизлечимый, она скоро умрет. То же самое было пару лет назад, когда мать попросила ее посмотреть свою близкую подругу и коллегу-учителя и она обнаружила неизлечимую форму болезни. Врач-1 и врач-3 снова возбужденно начинают говорить о лечении, показывая исключительную профессиональную эрудицию, в то время как врач-2 одновременно с ними начинает говорить о том, как врачи теряются, когда сталкиваются с болезнями и смертью близких, и начинают «реагировать чувствами». Ведущий

замечает, что уже некоторое время думает о том, как мало врачам платят, и о том, как ему защитить их от этих острых чувств. Л. рассказывает, что в первый раз поняла, как ужасны их лекарства, сокурсница сказала ей, что жалеет, что не умерла, а она, Л., не знала, что ей ответить. Врач-2, пытаясь советовать: Скажи ей: «Тебе скажут, когда надо будет беспокоиться».

Врач-4 (Л.): Но ей уже надо беспокоиться, надо прощаться с детьми, мужем. Ее рак неизлечим (называет неизвестную ведущему редкую форму рака).

Врач-2: Я читала в ... номере журнала, что этот рак уже лечится, пока правда, данные только предварительные.

Другие включаются в разговор, все явно чувствуют себя растерянными и подавленными. Врач-5 впервые включается в разговор и рассказывает, что когда с ее сыном в гараже случился припадок эпилепсии, она стояла прижавшись к стене и не могла двинуться, все делал только муж. Хотя не так давно она работала на скорой и чуть ли не каждый день видела эпилептические припадки.

Ведущий: Мы, врачи, конечно, имеем свои психологические защиты от переживаний, но порой никаких защит не хватает.

Л. плачет, все молчат. Ведущий чувствует себя одиноким и бессильным. Приходит в голову, как хорошо работать вдвоем с ко-терапевтом в другой группе.

Ведущий: Перед болью и смертью мы все просто люди, но порой один человек может утешить другого. Когда мы сами не можем себя защитить, порой другой может.

Врач-4 (Л.): Не стану же я ей рассказывать, что она в раю с детьми встретится.

Все молчат. Врач-1 рассказывает, как прошлым летом она пошла поработать в общую поликлинику и как там ее раздражали больные гриппом – чего приходить, на что тут жаловаться!

Врач-3: Тут все от личности зависит. Одни распадаются, другие переносят стойко. Мы все знали, на что идем, когда шли сюда работать.

Ведущий: Пилоту Хорнет-истребителя тоже нужна особая личность, но у них выше зарплата и они раньше выходят на пенсию. Т.е., кроме гордости за себя и профессию, есть другие факторы, компенсирующие напряжение и страх. Какая у вас зарплата?

Выясняется, что зарплата у всех такая же, как у врачей в поликлинике, приплачивают только за преподавание и высокую должность.

Врач-2: Другие стремятся к власти, идут в начальники, мне пару лет назад тоже предложили, но я отказалась, я чувствую себя на месте в клинической работе. Вот врач Н. уже чувствует себя «почти доцентом» и старается как можно меньше работать в клинике. А мы все здесь, на месте.

Врач-1 (с грустью и, может быть, некоторой завистью): Вот Л. (врач-4) предложили организовать свою группу и отделение ... Она скоро там спрячется и ей станет легче. Врач-4 выглядит еще более растерянной. Время подходит к концу.

Врач-5 (с улыбкой, но серьезно): Нам ничего больше не остается, как писать статьи.

Ведущий спрашивает у врача-4, как она спит – в начале сессии до ее прихода врач-1 сказал, что «они не спят». Она говорит, что уже 2 недели как не спит, и ведущий предлагает назначить ей легкий антидепрессант-снотворное, она соглашается и ведущий выписывает рецепт. Врач-5 спрашивает, продолжится ли группа осенью, ведущий говорит, что это зависит от начальства – продлят ли договор.

Разбор сессии.

Прояснение и психодинамика:

Сессия начинается с объявления о кризисе (мы не спим) и защитной реакции на это объявление (смех), что, конечно, сразустораживает ведущего. Затем следует очень сильная проекция на отсутствующую коллегу Н. Слово «убью», хоть и произнесено как метафора, звучит очень сильно и говорит о том, что задействованы глубокие, так называемые «примитивные» чувства, что еще большестораживает ведущего. С приходом врача-4 проекция сменяется оннипотентной психологической защитой – ажитированным демонстрацированием компетентности. Ведущий, наряду с восхищением и завистью, чувствует себя исключенным, что заставляет его думать о массивности защиты и скрытой опасности для группового процесса. Он пытается идентифицировать очаг и прерывая цепь групповых ассоциаций прямо спрашивает Л. (врач-4). Рассказ Л. о распаде ее собственных профессиональных защит, демонстрация «слабости» и необычайно сильных чувств

пытаются снова взять под оннипотентный контроль коллеги 1 и 3, но коллега 2 направляет разговор в другое русло. Она поддерживает Л. в ее личных ощущениях, верифицирует их, поднимая на мета-уровень («врачи теряются, когда сталкиваются с болезнями близких»). В этот момент ведущий по-видимому проецирует на группу свое собственное чувство опасности и потребность в защите. Вероятно, работает механизм проективной идентификации и ведущий идентифицируется с подавляемыми и проецируемыми группой чувствами страха и бессилия. Кроме того, на чисто рациональном уровне, он не уверен, справится ли он сам с сильными чувствами и раздвоением мыслительного процесса в динамике группы. Раздвоение проявляется в том, что врачи 1 и 3 стараются удерживать оннипотентную защиту, а врач 2 пытается продолжать мыслительную переработку чувств Л., причем все это происходит одновременно и вслух. Л. открыто признается в бессилии и усугубляет отчаяние группы рассказом о тяжелом лечении и желании подружки умереть, т.е. как бы говорит, что своим вмешательством она только ухудшила ее положение и та косвенно обвиняет ее. Группа на короткое время пытается опять укрыться в оннипотенции, вспоминая про новые методы лечения, и подсказать коллеге «верные» слова, но врач-5 расширяет горизонт осознания, рассказывая аналогичный эпизод из своей жизни. Ведущий пытается контейнировать переживание с помощью психоаналитической метапсихологии (употребляет слово «защита»), что не особенно удается и скорее лишь подчеркивает его собственное бессилие и одиночество. Когда это не помогает (Л. плачет, все молчат, а он думает о ко-терапевте), ведущий пытается искать более общечеловеческую, можно сказать, экзистенциальную точку опоры – говорит о близости и способности людей утешать друг друга. Это наводит Л. на мысль о магии (религии) как о возможной защите от чувства бессилия, а врача-3 на мысль о силе и ресурсах личности. Ее рассказ о работе в поликлинике с больными гриппом и о сознательном выборе профессии и места работы уже не звучит как нарцисстическая защита, а скорее как оправданная гордость человека за свой выбор и желание быть значимым для других. За этим уже совершенно в ином тоне следует разговор о выборе как таковом. В тоне

куда меньше неосознанной зависти и большей терпимости к другим выборам, даже находится место для прощального напутствия для Л., которой предложили место начальницы, и которая в этом смысле скоро перестанет быть членом *этой* группы («спрячешься»). В голосе коллег поддержка, грусть и задумчивость. Пусть с некоторой иронией, но врач-5 неожиданно предлагает замечательную по зрелости защиту от бессилия – сублимацию («нам ничего не остается, как писать статьи»). Ведущий все же опасается за душевное состояние Л. Он помнит, что на прошлом занятии она упоминала о неладах в семье, а ее состояние он оценивает как легкую, возможно, реактивную, но все же клиническую депрессию – нарушение сна, сензитивность, снижение аффекта, чувство беспомощности. Вероятно, некоторую тревогу за будущее ощущают все участники, потому что врач-5 интересуется продолжением группы осенью, хотя до летнего перерыва еще больше месяца.

Следует сказать, что осенью контракт не был заключен, и работа этой группы оборвалась через 3 встречи. Позднее ведущий узнал, что Л. развелась с мужем (в семье трое детей) и он долго не мог отделаться от мысли, что виной тому, хотя бы отчасти, была эмоциональная нагрузка на работе, которая осталась не переработана и была перенесена в семью.

«Терапевтическая» оценка.

В терапевтическом смысле работу группы вероятно нельзя назвать слишком удачной. Редкие, раз в месяц, встречи, постоянные пропуски (из-за нехватки времени врачи часто пропускали занятия и, порой, на сессии присутствовало лишь трое, или четверо), неуверенность в продолжении группы – все это не позволило создать надежный, непрерывный групповой мыслительный процесс, способный контейнировать чувства и импульсы, хотя насколько и как именно эта балинтовская группа была коллегам полезной, оценить сложно. Трудно оценить и то, как на стиле и интервенциях ведущего сказались неуверенность в продолжении работы осенью. Способность видеть свою работу в протяженности позволяет иначе планировать процесс и ставить совсем иные цели, порой это радикально сказывается на интервенциях и стиле работы ведущего в целом. И все же я могу с уверенностью

сказать, что с точки зрения интеграции профессиональной идентичности в личности врача вряд ли работа в какой-либо другой парадигме была бы более полезной.

Вопросы

У некоторых читателей, вероятно, возникает вопрос: а балинтовская ли это группа вообще? Ведь технических отступлений очень много. Возможно, работой ведущий в строгом балинтовском формате, чувства остались бы лучше контейнированы и, соответственно, были бы менее разрушительны, а вся группа была бы более терапевтической. Мой опыт ведения балинтовских групп говорит об обратном. Мне кажется, что именно строгие технические рамки ограничивают глубину чувственного процесса и круг ассоциаций. Этому обычно сопутствует поверхностность интерпретаций ведущего и в целом весь групповой процесс становится выхолощенным, не затрагивающим проблем ни на когнитивном, ни на эмоциональном уровнях. Тогда смысл такого рода группы теряется, и это отчасти является причиной падения популярности балинтовских групп среди врачей. Непроработанные и неинтегрированные бессознательные процессы продолжают разрушительным образом сказываться на отношениях с пациентами и коллегами и именно в таком случае более поверхностная когнитивно-бихевиоральная работа может оказаться куда более полезной. Впрочем, это всего лишь личное наблюдение и убеждение, обоснованного ответа на этот вопрос, насколько я знаю, ни у кого нет.

Другой вопрос, который следует задать: стоит ли стремиться к такого рода интеграции идентичности. Должен ли работодатель платить за целостную идентичность врача, получают ли от этого пользу пациенты? Ведь речь идет ни много ни мало о 30 рабочих часов врача в месяц (если группа 10 человек и встречается 2 раза в месяц по 1,5 часа) плюс заработок ведущего. Не лучше ли ограничиться менее глубокой, но более «рациональной» формой супервизии? И на этот вопрос я не нашел ответа в просмотренной мною литературе. Мне кажется, разумнее всего спросить у самих врачей – что они выберут. К сожалению, врачи не могут выбирать, пока не побудут в балинтовской группе по меньшей мере 2 года.

Послесловие

Весь мой опыт балинтовских групп, все записанные сессии (а их 36) свидетельствуют о том, что первичной причиной, побуждающей врача вынести из рабочего кабинета на обсуждение коллег эмоционально трудные ситуации, связаны с личной, но обычно хорошо ему и коллегам знакомой, до этого момента в одиночку контейнированной динамикой чувств – амбивалентностью, завистью, сексуальностью, паранойальностью, культурными различиями, зависимостью, использованием, витальным страхом и т.д. (Все вышеприведенные психодинамические причины мне удалось насчитать в записанных мною сессиях). Со всем этим, как и со многими другими сложными и сильными чувствами, врач непосредственно сталкивается в своей работе.

Почти всегда эти чувства ставят под вопрос профессиональную идентичность врача, заставляя его усомниться в своей профессиональной компетентности и личной правоте, а порой, даже, заставляют его

отступать от моральных принципов своей профессии. Во время работы у врача нет времени переработать и осмыслить эти чувства и их бремя зачастую переносится на другие сферы жизни, порой с печальным результатом. Лишь балинтовская группа создает условия для адекватной переработки и интеграции этих чувств в идентичности врача и, заодно, укрепляет его связь с профессиональной группой.

Литература:

1. Balint, M. (1957) *The Doctor, his Patient and the Illness*, Pitman, London. 2e, 1964; Millenium edition, 2000, Churchill Livingstone, Edinburgh.
2. Southgate, L (2000) *Foreword to What are You feeling Doctor: identifying and avoiding defensive patterns in the consultation*. Ed Salinsky, J. and Sackin, P., Radcliffe Medical Press: Oxford.
3. Pinder R, McKee A, Sackin P, Salinsky J, Samuel O, and Suckling H. *Talking about my patient: the Balint approach in GP education*. (2006) Occasional paper No. 87, Royal College of General Practitioners.

БАЛІНТОВСКІ ГРУПИ ЯК ІНСТРУМЕНТ ІНТЕГРАЦІЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ**Л. Коварськіс**

Автор вважає, що балінтовська група, яка довготривало працює в психоаналітичній парадигмі, є найкращим засобом для зміцнення і розвитку професійної ідентичності лікаря, особливо в період швидких змін в лікарській практиці і її соціальних умов (менеджменту). Балінтовська група, що працює в психоаналітичній парадигмі протягом декількох років здатна інтегрувати в індивідуальній свідомості лікаря і колективній свідомості професійної групи сильні, часом досить «примітивні», дисоційовані почуття, які неминуче провокуються в щоденній роботі лікаря. Це в свою чергу дозволяє йому користуватися всім арсеналом людської душі, залишаючись цілісною особистістю і одночасно відчуваючи себе членом професійної групи.

Ключові слова: балінтовські групи, лікарі, професійна ідентичність

BALINTOV GROUP AS INTEGRATION INSTRUMENT OF PROFESSIONAL IDENTITY**L. Kovarskis**

The author believes that the Balinter group, which has worked for a long time in a psychoanalytic paradigm, is the best means for strengthening and developing the professional identity of the doctor, especially during the period of rapid changes in medical practice and its social conditions (management).

The Balinter group working in the psychoanalytic paradigm for several years is able to integrate in the individual consciousness of the doctor and the collective consciousness of the professional group strong, sometimes quite «primitive», dissociated feelings, which inevitably provoke in the daily work of the doctor. This in turn allows him to use all the arsenal of the human soul, remaining an integral personality and at the same time feeling himself a member of a professional group.

Key words: Balithic groups, doctors, professional identity.

УДК 159.9

Т.И. Левин
ТОТАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ – ГРУППОВОЙ АНАЛИТИЧЕСКИЙ ПОДХОД
 Центра психотерапии и психосоматических расстройств
 КБ «Феофания» ГУС, г. Киев

Ключевые слова: групповой анализ, психоанализ, психоаналитическая психотерапия, сеттинг, тотальная ситуация

*Для меня один человек – что целый народ,
 а народ – что один человек.
 (Демокрит)*

*Не делай ничего наугад,
 а только по правилам искусства.
 (Марк Аврелий)*

В наши дни у специалиста, получившего психоаналитическую подготовку, есть несколько возможностей применить свои знания. Во-первых, это сеть учреждений охраны здоровья государственного подчинения. В штатном расписании больниц и поликлиник в Украине существуют должности психологов и психотерапевтов, число которых с недавнего времени было увеличено. Во-вторых, это частные структуры общемедицинской или рекреационной направленности, которые нередко позиционируют себя как «психотерапевтические центры». В-третьих, это частное предпринимательство физ. лиц, которые ведут свою практику в индивидуальном порядке. В-четвертых, это мероприятия, организованные в рамках общественных организаций, имеющие тренинговый или образовательный характер. И наконец, в-пятых, это полностью либо частично волонтерская деятельность, которая осуществляется в больницах, госпиталях, приютах, хосписах, центрах социальной помощи, на дому, а также в местах проведения массовых общественных акций.

Во всех перечисленных условиях мы, как терапевты психоаналитической ориентации, в своих попытках установления аналитического сеттинга встречаем ряд затруднений. В зависимости от конкретной ситуации они могут порождаться в большей степени рабочей средой или институциональной рамкой,

исходить от представителей смежных профессий, от наших клиентов или от нас самих. Я попробую рассмотреть далее эти перечисленные варианты. Уверен, что мое изложение будет неполным, и надеюсь, что коллеги, занятые в тех или иных областях, смогут внести необходимые поправки.

Работа в больничной и поликлинической сети создает такое количество препятствий для установления аналитического сеттинга, что не знаешь с чего начать – то ли с того, что психотерапевты и психологи часто не имеют собственного кабинета, по крайней мере какого-то постоянного места приема, то ли с того что институциональная рамка больниц не позволяет устанавливать с клиентами четких и прозрачных финансовых договоренностей, то ли с того, что фиксированные часы приема и требуемая продолжительность лечения находятся под постоянным давлением со стороны прочих больничных активностей, по сравнению с которыми стабильность и защищенность аналитической ситуации рассматриваются институцией как второстепенные и малозначимые. Нужно, правда, отдать должное изобретательности и дипломатическим способностям некоторых психотерапевтов, которым даже в условиях современной больницы удастся привести внешний вид сеттинга в соответствие с принятыми нашей дисциплиной стандартами. Тем не менее, установленные границы продолжают находиться под постоянным массивным давлением со стороны

институции. Простое игнорирование этих внешних по отношению к аналитической ситуации условий невозможно, т.к. любое отрицание неизбежно приводит к переносно-контрпереносным отыгрываниям. Постоянное же контейнирование этих условий настолько загружает и терапевта и пациента, что свободного ментального пространства для собственно психоаналитической работы остается крайне мало. В целом, позиция психотерапевта или психолога в современном стационаре определяется тем, что она не является одной из тех шестерен, которые сколько-нибудь задействованы в передаточных звеньях общего институционального механизма. Скорее она напоминает значок мерседеса или спойлер на тюнингованных жигулях, которым не столько удастся создать хотя бы видимость усовершенствования, сколько подчеркнуть техническую отсталость автомобиля и продемонстрировать уязвленное самолюбие его владельца. Присутствие психотерапевта или психолога в трудовом коллективе больницы лишено какой-либо востребованной рабочей нагрузки. Это находит отражение даже в их функциональных обязанностях, либо вовсе отсутствующих, либо носящих формальный, бессодержательный, порой даже абсурдный характер. Психотерапевт в своем профессиональном аспекте находится в изоляции в кругу коллег-врачей, что особенно удручает, если в прочих отношениях эти коллеги заслуживают всяческого уважения своими личными качествами и профессионализмом в своей области. Представление коллег-врачей о психотерапии часто носит оторванный от реальности, порой гротескный характер. В работе психоаналитика они могут полагать все – от умения утешать и переубеждать расстроенных или некомплайентных пациентов до способности снабжать их советами, основанными на вычурных и малопонятных псевдонаучных теориях; от физиотерапевтических процедур до экстрасенсорных и эзотерических практик. В этом смысле отношение коллег к психоаналитику может колебаться от снисходительного к уважительному, основываясь на признании в нем либо неудачливого, либо успешного манипулятора, но крайне редко оно основывается на более существенных признаках. В любом случае, врачи усматривают мало пользы в использовании ресурсов

психотерапевта или психолога. То незначительное и, по сути, нецелевое применение, которое для них находят, сводится к получению формальных психодиагностических заключений, освобождении рабочего времени врачей от проблемных и чрезмерно требовательных пациентов, занятии досуга больных какими-то мероприятиями поверхностного, развлекательного характера. Такая позиция коллег, к сожалению, на поверку оказывается чем-то большим, чем простая неосведомленность. Она имеет довольно активный характер и сопротивляется разъясняющим попыткам со стороны психотерапевта. Если говорить о пациентах больниц, то они также мало расположены придерживаться аналитического сеттинга и редко в состоянии оценить его по достоинству. Находясь в общей атмосфере малоструктурированных лечебных активностей, в которых они по преимуществу являются пассивными реципиентами и объектами для внешних манипуляций, попадая в аналитическую ситуацию, пациенты часто не в состоянии переключиться, занимают пассивную позицию, продолжают избегать контакта с собственными переживаниями, в лучшем случае находят повод для того чтобы эвакуировать в аналитическую ситуацию недовольство внешними обстоятельствами своей жизни, которые не стремятся рефлексировать. В целом, гомеостаз больничной среды побуждает психотерапевта к отказу от своей профессиональной деятельности и к ее подмене формальными, показными активностями. Любые попытки содержательной работы вызывают нарушение этого гомеостаза, требуют дополнительных затрат энергии и встречают серьезное сопротивление.

Давайте теперь перейдем ко второму варианту рабочей ситуации, которая может послужить ареной для наших попыток развертывания аналитического сеттинга – а именно, к частным психотерапевтическим центрам. В зависимости от каждого конкретного учреждения, его характера и комплекса предлагаемых в нем услуг, в психотерапевтических центрах в той или иной степени встречаются те же трудности, что и в государственной сети здравоохранения. В целом, финансовые отношения терапевта и пациента в частных центрах регулируются в большем соответствии с требованиями психоаналитической теории и практики. Позиция

психотерапевта в них более значима и в общем устройстве институции в большей степени наделена функцией несущей опоры. Центры, как правило предоставляют больше возможностей для организации стабильного места и времени приема. Хотя и здесь исключения более чем часты. Так, в тех центрах, где работа организована по принципу субаренды, психологическая атмосфера напоминает Дом Народов из «12 стульев» Ильфа и Петрова. Постоянное шумное движение многих незнакомых лиц, как и неизбежное появление знакомых, каждое по-своему назойливо атакует терапевтические границы. Доносящийся из одного соседнего кабинета громкий хохот гештальтистов, из другого – рев, топот и барабанный бой психодраматистов, из третьего – стоны, кряхтение и шумные вздохи телесно-ориентированных психотерапевтов мало способствуют поддержанию нейтральной, изолированной от внешних помех атмосферы психоаналитического кабинета. Плотный график использования рабочих помещений в таких центрах часто бывает причиной всевозможных накладок, держит терапевтов в постоянной тревоге и неуверенности относительно возможности проведения очередного сеанса в назначенное время в том же месте и перманентного конфликта терапевтов между собой за «лучший кабинет», «лучшее время» и своевременное освобождение помещений. Что касается тех центров, которые содержат частные владельцы, нанимающие относительно небольшую и стабильную команду сотрудников, то в них, при сравнительной упорядоченности рабочего пространства и времени, на передний план остро выступают другие проблемы. В таких центрах, как правило, отношения клиент-терапевт смещаются к оси клиент-владелец, при этом владелец обычно наделяет себя большими полномочиями, авторитетом и преимуществом в принятии решений, вплоть до сугубо лечебных, чем это может быть допустимо для поддержания терапевтом аналитической позиции. Команда сотрудников такого центра обычно находится в зависимом, подчиненном положении от владельца, ощущает себя малозначимой и легко заменяемой. Тем не менее, все перечисленные препятствия, которые создаются для аналитического сеттинга в условиях психотерапевтического центра,

могут быть нивелированы до допустимого уровня при условии грамотной организации и тесного сотрудничества терапевтов с администрацией и друг с другом. Существует другой фактор, и гораздо более значимый, который не так легко поддается исправлению – а именно, коммерческий характер таких учреждений. Коммерческий аспект, безусловно, присутствует в любой профессиональной деятельности. Собственно, деятельность и определяется как профессиональная по тому признаку, что она служит основным источником заработка. Вопрос заключается в том, каков удельный вес коммерческих интересов среди тех факторов, которые определяют форму, содержание и характер той или иной деятельности. Глядя на размах коммерческой составляющей в работе некоторых психотерапевтических центров мне хочется повторить слова героя Аль Пачино, которые тот адресует в фильме «Путь Карлито» своему приятелю, юристу, запутавшемуся в полулегальных махинациях: «Запомни, теперь ты на другой стороне. Ты больше не адвокат, ты – гангстер». При таком подходе, когда все силы направлены на увеличение прибыли и воплощение в жизнь бизнес-стратегий под лозунгами «клиент всегда прав» и «все что угодно за ваши деньги», от аналитического сеттинга и аналитической позиции терапевта не остается камня на камне. Что можно говорить о дозированной фрустрации, об отказе от немедленного удовлетворения в переносе, о необходимости серьезных эмоциональных инвестиций со стороны пациентов, о том неизбежном дискомфорте, напряжении и преходящем обострении симптоматики, которые всегда сопутствуют серьезному лечебному процессу, когда желания клиента возводятся в ранг закона? История бизнеса учит нас тому, что наиболее коммерчески выгодны те стратегии, которые обращаются с клиентом как с капризным ребенком, который получил власть над взрослыми. Следует находить лазейки в обход зрелого Эго клиента, взывать к его самым примитивным бессознательным влечениям, культивировать, поощрять их и удовлетворять при помощи своих услуг и товаров самым грубым и низкопробным способом. По-видимому, из этого источника происходит тот вызывающий оскормину рекламный китч из «ультрасовременных психотехник»,

«древних сакральных знаний» и прочей мишуры, которая под маской претензий на доказанную эффективность прячет деловой расчет на эффектность, зрелищность, эпатаж и одурманивание доверчивой публики. Потуги психотерапевта на установление сеттинга и содержательную работу, будто ненужная помеха вызывают со стороны и клиента, и нанимателя, только досаду и раздражение. Харизма психотерапевта, раскрученность его имени, громкость регалий, размеры гонорара, популярность методики, которую он практикует, эксцентричность его поведения во время сеансов оказываются востребованы в гораздо большей степени, чем его актуальный терапевтический ресурс.

Далее, позвольте мне коротко остановиться на частном предпринимательстве практикующих психотерапию физ. лиц. Я не буду говорить об этом варианте рабочих условий слишком много по нескольким причинам. Во-первых, потому что он, как мне кажется, создает меньше всего проблем для установления психотерапевтом аналитического сеттинга. В своем кабинете психотерапевт предоставлен сам себе и волен организовывать свое рабочее место и время в точном соответствии со своим знанием профессии. Во-вторых, потому, что этот вариант малодоступен широкому кругу специалистов – практиковать в собственном частном кабинете при нынешней стоимости аренды и сравнительно небольшом доходе от такого рода предприятия, сопряжено сегодня с достаточно большими коммерческими рисками. Здесь я не упоминаю тех психотерапевтов, которые практикуют частным образом у себя дома или на дому у клиентов – этот вариант является слишком грубым нарушением сеттинга, чтобы включать его здесь в обсуждение. Также, не хочется снова указывать на отсутствие адекватной процедуры лицензирования, аккредитации и налогообложения, к которому только многолетняя привычка существования в условиях теневой экономики позволяет нам относиться сравнительно беспечно. А хотел бы я остановиться на следующем. На мой взгляд, в профессиональном психотерапевтическом сообществе сегодня присутствуют две тенденции. Первая заключается в проведении многочисленных собраний, семинаров, конференций, симпозиумов, коллоквиумов и конгрессов, в создании целого ряда объединений,

конфедераций, лиг, союзов, ассоциаций, школ и институтов, которая указывает на наше стремление к профессиональной интеграции, диалогу, сотрудничеству и подкреплению своей профессиональной идентичности. Вторая тенденция выражается в том, что собрания нередко становятся местом для поддержания собственного реноме посредством банального хвастовства, а также завистливого подглядывания за чужими достижениями, тревожного подслушивания свежих сплетен из боязни оказаться за бортом каких-то новых веяний, в то время как объединения быстро распадаются, дробятся и перекомбинируются под давлением амбиций и политических интриг своих членов. Эта последняя тенденция делает профессиональный диалог неискренним, перспективу сотрудничества пугающей и ненадежной, позволяет подкреплять профессиональную идентичность только в ее поверхностных, формальных аспектах, в то время как вера в то, что мы можем найти у коллег признание, понимание и поддержку в сущностных аспектах своей идентичности, порой таких хрупких и ранимых, все больше угасает. Стремление полностью погрузиться в свою частную практику, на мой взгляд, находится в русле этой подводной тенденции к изоляции, сегрегации, «работе на себя» вдали от постороннего глаза. Отсутствие всякого внешнего контроля и регуляции, недостаток подкрепления профессиональной идентичности со стороны коллег создают широкое поле для искажений сеттинга даже высоко компетентными специалистами. В этом случае искажения вызываются не внешним давлением, а его полным отсутствием и представляют собой отыгрывание переносно-контрпереносных взаимодействий между терапевтом и его клиентами. Но к этой теме я хотел бы вернуться немного позже.

А пока позвольте мне перейти к четвертому варианту рабочих условий, в которых мы можем попытаться реализовать аналитический сеттинг – а именно, к психоаналитическим образовательным проектам. В зависимости от каждого конкретного мероприятия, его конкретных организаторов, исполнителей и круга участников для поддержания психоаналитического сеттинга в них может встречаться весь тот спектр затруднений, которые я полагаю

присущими больничной сети и частным психотерапевтическим центрам первого и второго рода. В некоторых проектах можно увидеть и недостаточное понимание организаторами содержания собственно психоаналитической работы, которую проводят исполнители, и вынесение сущностных аспектов психоанализа за скобки основной направленности проекта, имеющей нередко формально-показной характер, как это может происходить в больницах. В других проектах можно увидеть шумность, пестроту, неразбериху и беспорядочную компиляцию методик, в которую погружается довольно случайный набор слушателей, как это бывает в центрах психотерапии на субаренде. Есть и такие проекты, которые напоминают выездные гастролы частных коммерческих клиник с их нездоровым возбужденным ажиотажем вокруг раскрученных светил от психотерапии, массивнымиотреагированиями аффекта в демонстрациях шокирующих психотехник, а также жреческими танцами организаторов и участников вокруг идолов наживы и тщеславия. Вместе с тем, для круга профессионально компетентных единомышленников, имеющих между собой опыт удовлетворяющего сотрудничества и адекватного диалога с организаторами, при наличии настроенной на серьезную работу аудитории, формат образовательного проекта создает меньше помех для поддержания аналитического сеттинга, правда, за исключением одного но – своего образовательного характера. Психоаналитическая ситуация при образовательном характере проекта неизбежно приобретает густой оттенок учительства, руководства, оценивания и потребности в признании, которые не могут в полной мере прорабатываться как нечто, находящееся исключительно в плоскости проекций и субъективных переживаний анализандов и их аналитиков, поскольку имеют прямые параллели в ситуации их реальных взаимоотношений. Такие важные составляющие аналитического сеттинга, как поддержание нейтральности и абстинентности психоаналитика, отсутствие контактов между участниками групп за пределами аналитической сессии в рамках образовательных проектов подвергаются большим испытаниям. Изучение специальной литературы участниками проектов, необходимое как

часть их обучения, часто используется в аналитической ситуации как инструмент защитного интеллектуализирования и препятствует контакту с живым переживанием, подменяя его покрывающими теоретическими конструктами. Общий контекст образовательного проекта облегчает избегание проблемных переживаний и для самих аналитиков, которые с более или менее бессознательной охотой уютно обустраиваются на пьедесталах великих психоаналитических гуру, свободных от всякой невротичности. Не лишен любопытства тот факт, что именно образовательный характер проектов часто более привлекателен для слушателей, чем терапевтический, также как преподавательская деятельность для аналитиков часто более предпочтительна, чем собственно лечебная. Порой это приводит к интересным казусам, когда психоаналитик, еще не закончив своего образования и едва начав терапевтическую практику, уже приступает к организации и ведению психоаналитических тренингов. Я не раз был свидетелем того, как грубые нарушения сеттинга во время групп личного опыта в виде пропусков большей части семестра или даже целого семестра, участники объясняли тем, что у них на это время были назначены свои пациенты, или тем, что они сами в другом месте проводили семинар, который не могли отменить. Естественным образом напрашивается вопрос - какие буйные кони наших несознаваемых влечений несут нас с обрыва в мутные реки обучения и преподавания? Быть может, мы не столько хотим соприкоснуться с неким собственным внутренним страданием, сколько найти способ, позволяющий от него отвлечься, создать комфортную иллюзию овладения и контроля?

Наконец, пятый вариант рабочей обстановки, который не может быть выпущен из обсуждения в силу его растущей распространенности – волонтерская работа. Здесь все трудности для реализации психоаналитического сеттинга, перечисленные мной для четырех предыдущих вариантов, следует возвести в квадрат и помножить на то, что в этой работе заняты, как правило, начинающие специалисты, не имеющие опыта работы, при этом часто практикующие в ненормированным графике, без всякого руководства и супервизии. Нужно отметить, что психоанализ

представляет собой инструмент такой мощности, что помещение в аналитическую ситуацию в качестве пациента даже зрелого, психически здорового и морально уравновешенного индивида быстро переносит нас в область хаотических переживаний, примитивных влечений и напряженного конфликта. Что же можно сказать о психически больных, сиротах, инвалидах, делинквентных подростках, людях, перенесших тяжелую утрату, бойцах, вернувшихся с поля боя и т.п.? Когда обстановка, в которой делаются попытки установления аналитического сеттинга, приближена к полевой? Для еще несформированной профессиональной идентичности шок от таких попыток может оказаться сокрушительным. Первые шаги в профессиональной деятельности могут послужить развитию, только если начинать ее с лечения сравнительно легких и свежих невротических расстройств, и то, при правильной постановке задач и целей и чутком руководстве более опытных коллег. Работа, за которую нередко берутся волонтеры порой под силу только матерым профи, прошедшим специальную подготовку в данной узкой области. Зачастую аналитический сеттинг в таких ситуациях просто невозможен по объективным причинам, скорее можно говорить о специализированной психологической помощи. Я бы и вовсе не включал пятый вариант рабочих условий в это обсуждение, если бы некоторые специалисты не настаивали на сугубо психоаналитической направленности такой работы и не убеждали в ее эффективности.

Итак, вот полный, или почти полный, перечень рабочих условий, в которых сегодня мы можем пытаться реализовать свои психоаналитические умения и навыки. Мы видим, что в каждом из вариантов терапевт в своем стремлении установить аналитический сеттинг сталкивается с серьезными препятствиями. Находясь под давлением обстоятельств он нередко делает два вывода, в равной степени плачевных и повсеместных. Первый – психоаналитическая теория и техника несостоятельны. Это мнение находит широкую поддержку со стороны приверженцев других методов, врачей, пациентов и простых обывателей, которые охотно обрушивают на психоанализ как справедливую, так и безосновательную критику. Второй вывод –

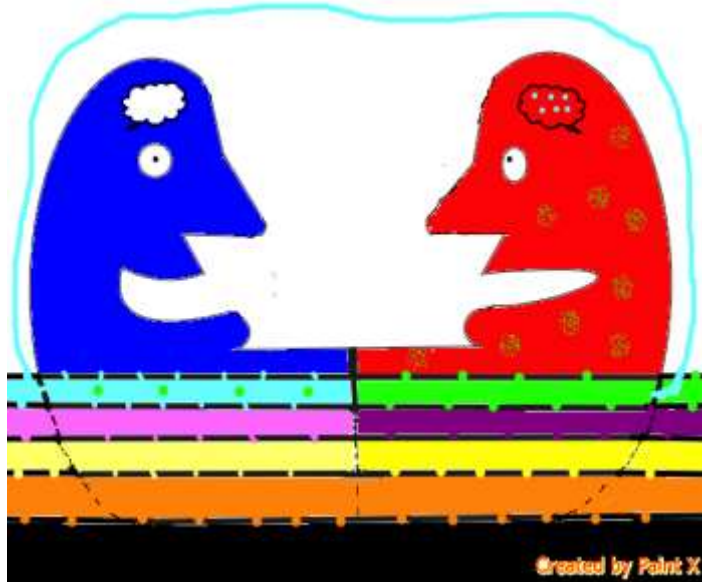
психоанализ интересен, но слишком устарел для нашего времени, или же не годится для наших условий. Это мнение разделяется уже не только обывателями и представителями смежных профессий, но зачастую и самими психоаналитиками, которые полагают работу возможной только в ее компромиссном варианте, когда сеттинг подстраивается ситуативным образом на потребу изменчивых обстоятельств.

Однако, уже на этом этапе обсуждения мы можем усмотреть во всех вариантах рабочих условий некие повторяющиеся, сходные паттерны и предположить, что они представляют собой манифестации какой-то единой, общей для нас всех латентной динамики и связанных с ней переживаний. На мой взгляд любые атаки на психоанализ как метод психотерапии, с указаниями на спорность его теории, ограничения в показаниях, малую эффективность техники, длительность подготовки специалистов, большую продолжительность и высокую стоимость лечения, имеют в себе аспект бессознательной рационализации, которая смещает гневный аффект, произведенный теми переживаниями, которые сегодня носят в себе люди, как психотерапевты, так и их пациенты – переживаниями разочарования, бессилия, утраты нравственных ориентиров, собственной неполноценности, незащищенности и тревоги. Несмотря на справедливость критики, на мой взгляд, психоанализ является едва ли не единственным по-настоящему действенным инструментом, которым мы обладаем, по крайней мере единственным инструментом, дающим доступ к ядру наших переживаний – именно поэтому он становится объектом для вызванного этими переживаниями разрушительного гнева.

В этом месте я должен сделать паузу и отступить в своем изложении к группаналитическому понятию тотальной ситуации. С учетом вышеизложенного, можно обратить внимание на то, что в попытках установления и поддержания сеттинга мы не можем в изолированном виде принимать во внимание только свои контрпереносные реакции и динамику индивидуального пациента или группы – нам также следует учитывать более широкий институциональный и социальный контекст. Однако, теория группового анализа делает в этом направлении гораздо больший, можно сказать, радикальный шаг, отводя центральное

место тем аспектам, которые мы привыкли рассматривать как дополняющие и периферийные.

Основоположник группового анализа Зигмунд Фукс в своих разработках понятия тотальной ситуации использовал знания из области психоанализа, социологии, гештальт-психологии и теории поля. Он исходил из того, что наше привычное представление о ментальных процессах, как происходящих внутри каждой отдельной индивидуальной психики, наподобие того как гуморальные процессы происходят внутри каждого отдельного физического тела, основано на ложных предпосылках. Таким же ложным Фукс считал и мнение о том, что группа является вторичной по отношению к индивиду, которое предполагает, что как сама группа, так и групповое взаимодействие возникают только после собрания отдельных индивидов, до того изолированных. Фукс указывал на тот факт, что человек, как психический и социальный феномен не существует вне группы. Каждый индивидуум, вплоть до ядра своей личности детерминирован своим социальным



окружением еще до того как он появляется на свет. Те конфигурации, которые присущи ментальному полю той группы и тех подгрупп, в которых рождается человек, буквально отпечатываются в его формирующейся психике и развиваются во взаимодействии с другими людьми, объектами и окружающим миром в соответствии с заданными предсуществующими общими паттернами. Фукс указывает на то, что сама идея противопоставления индивида и социума является следствием конфигурации, сравнительно недавно появившейся в ментальном поле западной цивилизации, а именно, в эпоху Возрождения, так же как и идея Декарта о противопоставлении субъекта и объекта. Взаимодействие между индивидами, в концепции Фукса, является не интерперсональным, а трансперсональным,

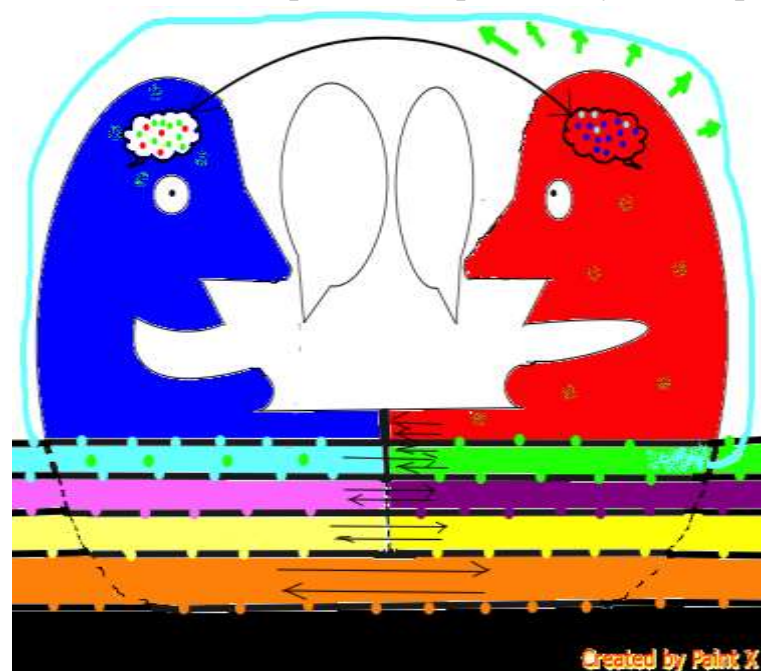
т.к. происходит посредством разделяемых группой общих конфигураций. Это взаимодействие напоминает звучание симфонического оркестра. Когда мы слушаем оркестр у нас нет сомнений в том, что каждый отдельный звук производится отдельным инструментом. Вместе с тем, каждый музыкант исполняет мелодическую вариацию одного и того же произведения, которое записано в нотах. И воспринимаем мы не каждый инструмент в отдельности, но их общее, согласованное звучание, т.е., тотальным образом.

Понятие тотальной ситуации тесно связано с понятием групповой матрицы. Позвольте мне проиллюстрировать его на схеме (рис.1).

Вы видите перед собой не плохой рисунок торта на юбилей у психоаналитика, а плохой рисунок абстрактной модели групповой матрицы. Здесь изображено ментальное поле двух индивидов – психоаналитика и пациента. С позиций группового анализа тот факт, что их только двое, ничего не меняет – ситуация остается групповой независимо от числа индивидов, увеличение количества участников в аналитической группе только делает ее более репрезентативной. Также, схема не означает, что эта пара провела за анализом уже 15 лет и срослась от долгого сидения вместе. Можно сказать, что схема отражает первый момент их знакомства и уже в этот миг массивные ментальные пласты являются общими и разделенными между ними. Вы видите, что индивидуальная психика как бы возникает из общего ментального поля, не покидает его и остается укорененной в нем на всю глубину. То, что мы воспринимаем на явном плане как отдельное, чужое и индивидуальное представляет собой только вершину айсберга. Под поверхностью, на бессознательном уровне все является общим, взаимосвязанным и разделенным лишь тонкими проницаемыми мембранами. Удельный вес отдельного и индивидуального в этом тотальном представлении очень мал по сравнению с общим и групповым. Я намеренно увеличил область индивидуального на схеме, чтобы она была более наглядной. Групповая матрица простирается далеко за пределы этих двух индивидов и содержит в себе всех людей планеты Земля наподобие кекса, содержащего в себе изюм. Наиболее глубокие пласты, определяющие нас как биологический вид, никак не разграничены

между индивидами и одинаковы на всем протяжении. Этот слой Фукс назвал матрицей основания. Ближе к поверхности расположены фило- и онтогенетически более новые пласты, которые развиваются из подлежащих и присущи более частным подгруппам – цивилизации, нации, этносу, профессиональному сообществу, рабочему коллективу учреждения, семье. В рамках одной подгруппы такой слой будет одинаковым, но более или менее отличным от смежной подгруппы. Взаимопроникновение в пределах одного слоя между этими подгруппами может быть облегчено или, наоборот, заблокировано. То что я обозначил на схеме цветом, представляет собой типичные конфигурации в рамках матричного слоя. Конфигурации – это своего рода структуры, которые служат регуляторами влечений и задают паттерн для эмоционального взаимодействия между людьми. Например, Эдипов комплекс, глубоко укорененный в общечеловеческой матрице, является одной из таких конфигураций. В целом, глубокие пласты матрицы более диффузны, менее структурированы, но имеющиеся в них структуры ригидны и мало изменяются на протяжении тысячелетий. Более поверхностные слои, которые Фукс назвал динамической матрицей, более дифференцированы и более подвижны. Конфигурации в них возникают, изменяются, распадаются и снова соединяются, образуя причудливое движение сложного рисунка наподобие калейдоскопа. Такое движение может происходить в пределах жизненного цикла одного индивида.

Давайте теперь рассмотрим изображенную на схеме аналитическую ситуацию. Вы видите пациента, обладающего яркой, скажем, красной индивидуальностью и аналитика – особу синего цвета. Зеленым я изобразил невротическую конфигурацию,

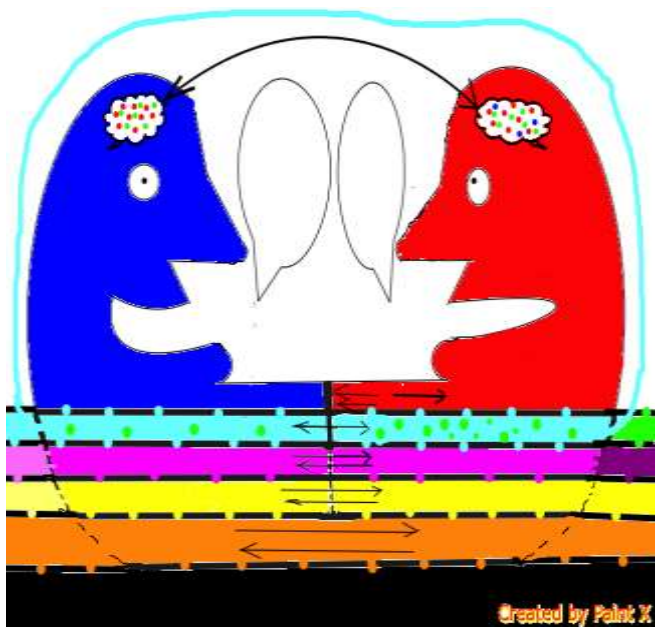


которую
пациент
получил
в
качестве

импринта в подарок от своей семейной матрицы. Скажем, это конфигурация, которая не позволяет выйти из диадных отношений и держит в неослабном напряжении сепарационный конфликт. Эта конфигурация производит манифестный невроз, который я изобразил в виде зеленой сыпи на красном индивиде. Обратите внимание, что эта конфигурация не является чем-то индивидуальным – она присутствует и в аналогичном матричном слое у аналитика, но в более связанном виде. Кроме того, в матричном слое аналитика присутствует нечто особенное – интроект тех конфигураций, которые определяют его профессиональную идентичность. Для этого слоя я выбрал цвет, который в моем графическом редакторе называется ледяной. Именно этот слой продуцирует кокон, вмещающий в себя аналитическую ситуацию, что на явном плане выглядит как установление терапевтом аналитического сеттинга. Заметьте, и это важно, что в голове у терапевта нет никакого психоанализа – вся теория залегает в бессознательном слое профессиональной идентичности. По-правде говоря, в голове у терапевта вообще пусто, в соответствии с Бионовским принципом «встречать пациента без мыслей, без желаний и без надежд». Психоанализом голова забита только у пациента в начале терапии, хотя и окрашенным в яркий цвет его индивидуальных домислов и предрассудков, зато какое-либо представление о своей невротической конфигурации, как вы можете видеть, в голове у пациента отсутствует.

В следующих схемах я попытался изобразить ход и окончание психоаналитической терапии (рис. 2 и 3). Вы можете видеть, что пациент и аналитик начинают разговор, и голова у аналитика теперь заполнена представлениями об индивидуальности пациента и об его невротической конфигурации. Поскольку синие индивиды особо впечатлительны и склонны к идентификации, эта конфигурация даже проступает на них зелеными невротическими пятнами. В голове у пациента стало чуть меньше психоанализа, но теперь он серьезно озабочен индивидуальностью психотерапевта и, в не меньшей степени, своими домислами и предрассудками. Мы можем также наблюдать симптоматическое послабление в проявлениях невроза у пациента. Теперь невроз эвакуируется внутрь

аналитической ситуации и более-менее настойчиво атакует аналитический сеттинг. Однако, самое важное происходит на уровне матрицы. Ее поверхностные слои, только частично разграниченные между индивидами, приходят в сложное движение взаимопроникновения, что приводит к образованию у индивидов новых, общих для них обоих конфигураций. Вместе с тем, аналитик воздерживается от активного привнесения своих индивидуальных переживаний и сохраняет дистанцию, что соответствует правилам нейтральности и абстинентности. Также, аналитик стремится, посредством своего поведения и отношения, сообщить пациенту свой аналитический интроект и препятствует бессознательным попыткам пациента вовлечь себя во взаимодействие на основе невротической конфигурации. На явном плане это выглядит как отказ от удовлетворения в переносе и воздержание от контрпереносного отыгрывания.



Завершение анализа знаменуется тем, что терапевту удалось передать, а пациенту вобрать в себя аналитический интроект. Произошло связывание невротической конфигурации и трансформация некоторых структур в поверхностных слоях матрицы в более адаптивные паттерны. Симптоматике невроза теперь неоткуда взяться, в сознании пациента появилось больше пространства и возможности думать о себе, о своем неврозе и обо всем, что угодно.

Давайте теперь вернемся от этой абстрактной схемы к конкретным реалиям наших рабочих условий и попытаемся осмыслить их с использованием понятий матрицы и тотальной ситуации. На мой взгляд, во всех вариантах рабочих условий для всех участников, ни исключая и психоаналитиков, прослеживается общий паттерн возбужденной, почти маниакальной

деятельности, компульсивной тяги к интимному, нарушающему индивидуальные границы сближению, что ведет к реактивному усилению тревоги и защитному дистанцированию. В компромиссных стратегиях избегания, когда возможности контакта ограничены внешними, формальными, часто фальшивыми презентациями, прослеживается динамика обесценивания, идеализации и попыток всемогущего контроля. По ту сторону этих архаичных защитных механизмов угадывается едва сдерживаемое давление аффектов примитивной жадности и зависти. Тут можно не перечислять всех участников рабочих ситуаций – врачей, персонал, администраторов, организаторов, пациентов и проч., а взять только психоаналитиков, т.е., нас самих. На определенном уровне мы утратили контакт с собой и друг с другом и не пытаемся его вернуть, а скорее избегаем его, проводя время в призрачной гонке за клиентами, группами, сертификатами, профессиональным статусом, общественным признанием, неоправданно большим заработком и прочими вещами, которые являются не более чем сэлф-объектами, фальшивыми атрибутами потерянной самодостаточности. Вывод о такой примитивной, по сути пограничной и нарциссической динамике, на первый взгляд кажется удивительным, учитывая, что в такого рода взаимодействие вовлечено немало людей, в т. ч., достаточно зрелых и высокоорганизованных. На мой взгляд, представление о тотальной ситуации и групповой матрице позволяет заполнить устранить несоответствия в нашем понимании. Наблюдаемые нами внешние феномены могут быть производными тех изменений, которые происходят на сравнительно глубоких слоях общесоциальной матрицы. Мне кажется подходящим сравнение с геологическими процессами – происходящие в отдельных местах землетрясения, извержения и расколы производятся подлежащим движением огромных тектонических плит и бурлящих слоев магмы. Сегодня весь мир и, в частности, Украина, переживает колоссальный тектонический сдвиг, имеющий параллели и на физическом, и на ментальном плане. Беспрецедентный уровень миграции, столкновения и взаимопроникновения культур, технологический взрыв и прочие события, свидетелями

которых мы являемся сегодня, говорят о глобальных изменениях на уровне общесоциальной матрицы. Происходит дезинтеграция целого ряда ментальных конфигураций, соответствующих внутренним представлениям об иерархии власти, традиционном укладе, религии, институте семьи, нравственных устоях и т.п. Примитивные аффекты, которые ранее были связаны этими структурами, оказались теперь на свободе, порождают интенсивную тревогу и массивные отреагирования.

Как же нам быть с аналитическим сеттингом? Выходит, что даже пытаясь взаимодействовать на зрелом уровне, на более глубоких пластах мы остаемся во власти очень примитивных и разрушительных аффектов. Подвижный, коррумпированный сеттинг позволяет нам сохранять иллюзию, что все идет своим чередом. Заполучив клиента или группу, как белка орех, мы погружаемся с ними в сладкую дрему взаимно удовлетворяющей интимности. Строгий аналитический сеттинг при этом напоминает холодную, твердую стену, на которую натыкаешься, ворочаясь во сне, и просыпаешься от этого в реальность. Внезапность такого пробуждения в реальность аналитической ситуации бывает чревата взрывоопасными отыгрышами. Мы интуитивно избегаем этого и стремимся сделать сеттинг мягким и податливым, чтобы он не мешал нам дремать.

Я где-то читал, что за полярным кругом не слышно как свистит ветер, потому что в покрытой снегами и льдом пустыне нет ничего, на что мог бы наталкиваться поток воздуха и производить таким образом звук. Также и в эмоциональной атмосфере групповой матрицы восприятие штиля обусловлено не отсутствием движения, а тем, что общегрупповое и индивидуальное движение в пределах одного слоя матрицы равнонаправлено и не встречает сопротивления. Те структуры, которые составляют общегрупповой паттерн в некоторых слоях матрицы, в наше время фрагментированы, отчасти рассыпались от обветшания, отчасти разрушены и не могут более служить по своему назначению – предоставлять чувство опоры и защиты. Эти структуры сметает ураган высвобожденных внутри нас примитивных аффектов и несет как перекасти-поле, создавая весьма любопытное, но совершенно бесполезное зрелище. Аналитический сеттинг также

представляет собой опорную и защитную конструкцию специального назначения. Когда мы начинаем ее устанавливать, ветер становится слышимым. На какой-то миг мы даже можем подумать, что сами вызвали бурю своими неосторожными действиями и пожалеть о таком начинании. Но на самом деле, буря существовала и прежде, она просто не встречала препятствия, которое могло бы указать на ее наличие. Для такого строительства в наших условиях может быть одна рекомендация – конструкция должна быть повышенной прочности, вкапывать ее нужно глубоко, делать это сразу и быстро, пока нас не сдуло вместе со всем реквизитом.

Итак, я полагаю, что психоаналитический сеттинг, именно в наших современных условиях, должен устанавливаться с особой тщательностью, прочностью и в точном соответствии с правилами мастерства. При этом нужно учесть, что одно лишь скрупулезное поддержание сеттинга в соответствии с формально принятыми нормами легко приводит аналитическую ситуацию к вырождению в обсессивный ритуал, аутистический формализм или садо-мазохистическое разыгрывание. По-настоящему производящая энергия для установления и поддержания психоаналитического сеттинга рождается из бессознательных недр нашей профессиональной идентичности. Это можно сравнить с газовой горелкой, нагнетающей горячий воздух в воздушном шаре. Если горелка сломана, или дает слабый огонь, то шар не наполнится и не взлетит – его ткань будет безвольно пузыриться и стлаться у земли. Если горелка работает хорошо, то шар наполняется быстро и взлетает вверх легко, без усилия, как будто небо для него самое привычное место.

Таким образом, нашей профессиональной идентичности мы должны уделять особое внимание, стремиться сделать ее прочным, глубоким интроектом, сохранить ее нерасщепленной и неразбавленной. Чтобы достичь этого мы должны, во-первых, хорошо изучить свое ремесло и придерживаться его правил, во-вторых, вдумчиво относиться к тем условиям, в которых нам приходится работать, и в-третьих, стремиться к искреннему и открытому диалогу с коллегами, сохраняя в нем как можно больше такта, поскольку на полюсе идентичности все мы сегодня слишком уязвимы. Начинать такой диалог всегда следует с себя самого. Все

те искажения, которые мы наблюдаем у других, являются, по сути, общегрупповыми и присущи нам самим в той же, а под час и в большей степени.

Литература:

1. S.H. Foulkes, E.J. Anthony «Group Psychotherapy. The psychoanalytic approach», 1984.
2. S.H. Foulkes, «Group analytic psychotherapy. Method and principles», 1986.
3. А. Притц, Э. Выкуаль «Групповой психоанализ. Теория, техника, применение», 2006

ТОТАЛЬНА СИТУАЦІЯ - ГРУПОВИЙ АНАЛІТИЧНИЙ ПІДХІД

Т.І. Левін

Дана стаття присвячена проблемам психоаналітичного сетінгу – темі, яка стосується основ нашої професійної діяльності, залучає ті концепції, з якими практикуючі психотерапевти психоаналітичної орієнтації добре знайомі на власному досвіді, з теоретичної підготовки та супервізії. Разом з тим, на мій погляд, проблема сетінга є сьогодні найбільш актуальною, навіть пріоритетною. Розуміння сетінгу тісно пов'язане з формуванням професійної ідентичності та засобами її реалізації в нашій країні в її сучасних умовах. В цьому сенсі, як практикуючий психотерапевт, навчаючий аналітик і член професійної спільноти я вбачаю низку складнощів, які піддають психоаналітичну діяльність серйозним випробуванням.

В своїй статті я спробую позначити деякі складнощі з тих, з якими стикається сьогодні практикуючий психоаналітик, роздивитись їх з використанням груп-аналітичного поняття тотальної ситуації та запропонувати свій погляд колегіальному обговоренню.

Ключові слова: груповий аналіз, психоаналіз, психоаналітична психотерапія, сетінг, тотальна ситуація.

TOTAL SITUATION - GROUP ANALYTICAL APPROACH

T. Levin

This article is devoted to the issue of psychoanalytic setting – the topic, which deals with the basics of our professional practice, involves the concepts, which practicing psychotherapists of psychoanalytic orientation are well aware of through their personal experience, theory studies and supervision. Nevertheless, to my opinion, the problem of setting today is of utmost importance, high priority, I would say. Understanding of setting is closely related to the shaping of professional identity and to the means of its implementation in our country in its contemporary conditions. In this respect, as a practicing psychotherapist, training analyst and member of professional community I see a number of difficulties, which put psychoanalytic practice to the trial.

In my article I will try to highlight some of the difficulties a practicing psychoanalysts encounters today, view them using the group analytic concept of total situation and offer my view to colleagues' discussion.

Key words: group analysis, psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy, setting, total situation.

УДК 159.9

И.В. Рыбак, Е.Н. Бондарь
ФОРМИРОВАНИЕ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОГО ПРОЕКТА В РАМКАХ СОЦИАЛЬНОГО ПОЛЯ
РАЗВИТИЯ СТРАНЫ

Ассоциация психотерапевтов и психоаналитиков Украины, г. Киев

Ключевые слова: Хмельницкий проект, развитие психоанализа в г. Хмельницком, групповой анализ, обучающий проект, творческое воплощение, формирование групп, структурирование, формализация

Актуальность. В статье мы попытаемся коротко рассмотреть процесс и этапы создания, формирования, становления и развития психоаналитического проекта как социальной институции. Этот процесс находит отражение одновременно на нескольких уровнях:

1) включенных в него участников (это и непосредственные участники психоаналитических групп, и тренеры – терапевты и организаторы);

2) групповое переживание и проживание формирования проекта от «группы энтузиастов» в социальную институцию со всеми трудностями и радостями формализации и сохранения творческого поля;

3) взаимодействие с социальным полем города, страны, в которой этот проект создавался.

Мы рассмотрим эти процессы на примере психоаналитического проекта, который проходит, начиная с 1999 года по настоящее время в г. Хмельницком.

Этап 1. Создание поля безопасности. Случайная «неслучайность»

Поскольку в бывшем Советском Союзе секса, как известно, «не было», то закономерно не было в нем места всему тому, что изучало жизненные явления, с ним связанные, вне советского видения, а значит, и психоанализу. Слухи о нем, конечно, доходили, поскольку где-то совсем рядом, за «ближайшими стенами» и «железными занавесами» он вроде вполне был и даже практиковался некоторыми специалистами. Но были эти слухи в поле коллективного сознания «щекочуще» загадочными и ограничивались знанием имени Зигмунда Фрейда и еще парой-тройкой имен из добытых «полу подпольно» статей. И как только «стены и занавесы» рухнули, или хотя бы приоткрылись, появились настоящие книги по психоанализу, они читались запоем, с большим интересом, трудом, недопониманием и с подростковой жадностью. Но как это бывает в ранней юности, не смотря на

«теоретическую подкованность», практика «случается» не сразу.

Ураган, разрушивший «стены» в конце 1980-х к началу 1990-х несколько утих, оставив после себя на руинах «Советской империи» новые государства, одним из которых оказалась Украина, утвердив свободное волеизъявление жителей, живущих на этой территории. Хмельничане тогда проголосовали за независимость Украины рекордно 92% по стране. В результате чего украинцы с соседями с удивлением, большой осторожностью и легким недоверием обнаружили, что пути к сближению открыты. Вкусившие психоаналитической практики западные специалисты со своими «яблоками познания» приехали «в совершенно свободную» Украину. Появились инициированные львовянами первые украинские психоаналитические группы, проекты. Позже оказалось, что официальная научная общественность в лице команды д.мед.н., профессора, академика АН ВОУ и МАОН Табачникова С.И. (1991-2017 гг.) уже пыталась «посеять» психоанализ на поле постсоветского пространства, но мы об этом узнали и почувствовали влияние значительно позже.

Как гласили статьи, обобщающие советские наследие в области исследования «Личности в экстремальных условиях» [1], «Материальным субстратом, обеспечивающим адаптационное отражение в конкретных предметно-пространственных условиях, являются не отдельные корковые или подкорковые образования, а возникающие в процессе онтогенеза «функциональные органы» (термин А.А. Ухтомского)». Мы все находились в «экстремальных условиях» с разной степенью осознанности, глубины переживания и понимания последствий происходящих в тот момент событий. «Онтогенез страны» заставлял искать новые «формы отражения реальности» такие как предпринимательство, депутатство... Мы нашли, или нас нашел психоанализ, в соответствии с развитием наших

«функциональных органов», способных отражать доступную нам реальность.

Так под занавес «лихих 90-тых», которые прокатились поиском попыток разрешения трудностей для всех сразу и каждого лично, стали появляться научные конференции, которые, зачастую, не вписывались в постсоветские стереотипы о научно-практических мероприятиях. Изумленным участникам они больше казались похожими на фестивали или праздники обилием той информации, которая так долго оставалась недоступной и казалась почти фантастической. После одной из таких конференций в 1999 году на базе Хмельницкого центра социальных служб для молодежи (ХОЦССМ) по инициативе проф. О. Чабана и психолога ХОЦССМ И. Рыбак была создана первая психоаналитическая группа в г. Хмельницком.

Началась она полным несовпадением теоретических представлений об аналитических группах, как части учебного, научного и даже терапевтического процессов и тем, что предстало перед нашими чувствами и мыслями. Еще от советских своих учителей мы знали, «... что адаптация на психологическом уровне происходит в конкретных предметно-пространственных условиях, о том свидетельствует ряд наблюдений. Так, было проведено исследование восприятия у людей, живущих в густом лесу. Эти люди не имеют возможности видеть предметы на большом расстоянии. Выведенные из леса, они воспринимали такие предметы не как удаленные, а как маленькие» [2]. Поэтому после традиционного, слишком короткого для привычной академической лекции объяснения правил взаимодействия в группе, особенно «правила свободных ассоциаций», мы не смогли определить «размеры происходящего» и растерялись.

ПРИМЕР 1: группа 1.1. Участники, 9 человек. Терапевты: О. Чабан, А. Коваленко

Участница 1. Преподаватель ВУЗа. Показывает на слегка исписанный единственный лист в тетради, которую она тщательно подготовила для записывания материала. Говорит возмущенно. «Это все? Что нам больше ничего не скажут из теории?! Пусть хотя бы определенно скажут, что надо делать!»

Терапевты молчат и вроде даже слегка улыбаются.

Участница 2. Психолог из государственных административных структур. «Ну, надо ассоциировать, т.е. говорить о своих трудностях из детства в соответствии с З. Фрейдом».

Участница 1. «Пусть скажут, как именно ассоциировать!»

Участница 3. Психолог из государственных административных структур. Говорит решительно, явно набравшись смелости. «Вот у меня есть болезненное воспоминание из детства. Мы с ребятами играли с цыпленком во дворе у бабушки. Мы бегали друг за другом, и цыпленок бегал за нами, было весело и необычно. Но в порыве игры кто-то нечаянно придавил птенчика. Он пищал и не мог больше бежать... Я не знаю, как это относится к З. Фрейду». Вдруг разразилась обильными слезами...

Вся группа затихла и с разными эмоциями на лице уставилась на тренеров... Голос тренера прозвучал неожиданно спокойно, сказал он что-то не совсем вразумительное... Но самым важным было, что он протянул бережно пачку бумажных носовых платков... Дальше «пищали», как могли, но «бегали друг за другом» в поисках теории и практики уже осторожно...

Этап 2: Структурирование и формализация. Возникновение дома.

Интерес к работе в группе оказался настолько велик, что уже в следующую сессию родилась еще одна Группа 1.2. Тут же появилась необходимость организационной деятельности, и группы стремительно превратились в проект совершенно «естественным и стихийным способом» на энтузиазме тренеров-терапевтов, групповых аналитиков О. Чабана, А. Коваленко, И. Пришляка, В. Газолишина и организатора, она же на тот момент участница проекта И. Рыбак. Ирина Рыбак и до сегодняшнего дня руководитель и вдохновитель Хмельницкого психоаналитического проекта уже в рамках АППУ. А также они вместе с Андреем Коваленко все эти годы до сих пор являются его тренерами и супервизорами. В дальнейшем к нам присоединились Е. Бауэр (тренер группаналитик), Е. Бондарь (тренер группаналитик, супервизор). Елена Бондарь впоследствии станет организатором психоаналитических групп АППУ. Она и сегодня руководит Хмельницким филиалом секции групповой психоаналитической психотерапии АППУ. И, конечно, благодаря участникам, страстно желавшим не только узнать, но и «попробовать на себе известный психоанализ». В психоаналитические группы пришли молодые психологи государственных учреждений, преподаватели ХНУ, института усовершенствования учителей, других ВУЗов города, школьные психологи, врачи-психиатры и несколько человек «просто

заинтересованных». Конечно, большинство пришли «исключительно из профессионального интереса», смутно догадываясь, не смотря на все объяснения, о «личной проработке».

Проект, как первый ребенок молодых родителей, развивался вместе с ними. Профессор О. Чабан вырос из Тернополя в Киев, покинув наш проект для дальнейших творческих и научных инициатив и свершений. Ряд участников открыли 8 кабинетов, центров психотерапевтической и психологической поддержки (Е. Бондарь, С. Клемишина, А. Лабудько, Н. Олейник, Н. Салко, Н. Слойко и др.) или развили их и расширили (2 центра – А. Максимчук, Г. Орехова). Проект утвердил характер обучающего и терапевтического. «Просто заинтересованные» в психологическом развитии, или те, кто приходили в группу с целью терапии, поступили на факультет психологии ХНУ и Открытого университета «Украина». В дальнейшем эти первые «прецеденты» стали традицией. На сегодняшний день 18 человек, не имевших ранее профессионального отношения к психологии, пройдя групповой анализ, позже поступили на психологические факультеты ВУЗов г. Хмельницкого и получили соответственное образование. Часть из них сменили свое место работы и связали его с психологией. Часть активно использует знания в своей предпринимательской, преподавательской деятельности, в работе в других сферах жизни. Созданное психоаналитическое пространство стало не просто «местом исправления и улучшения» участников проекта, а «творческой лабораторией» исследования и воплощения собственной души.

Общий дом страны тоже стремительно перестраивался или «делился», что сказывалось как на взятом городе Хмельницком, с его перемещениями учреждений, так и на отдельно взятом проекте, которому пришлось переезжать вместе с этими учреждениями в различные кабинеты и здания в поисках дома. Таковым оказался «Семейный дом» – государственное учреждение, структура городского совета, департамента по работе с женщинами и молодежью. Проект подрос на еще одно направление: гештальт-терапии. Все три успешно работавших параллельно группы проходили в этом помещении, проводили психоаналитические и гештальт сессии вплоть до 2011 года, пока «Семейный дом» не снесла волна «преобразований», введенных администрацией В.Ф. Януковича. Здесь же, нам удалось повстречать и увлечь идеей группового анализа

психолога «Семейного дома» Е. Бондарь, а так же начальника городского управления по делам семьи и молодежи на тот момент С. Аниськова, который стал руководителем гештальт секции.

Мы утвердили статус проекта, зарегистрировав его как НГО, профессиональное объединение. Вступили во всеукраинские организации. Приобрели известность, встроились в психотерапевтическое поле на украинском пространстве. Шел 2004 год. Начала свою работу новая волна групп второго поколения. Процесс формализации завершился.

К тому времени были «освоены» и учтены определенные условия и создания групп, и правила их работы с учетом психоаналитической динамики.

К основополагающим принципам группового анализа С. Фулкс [3] относил следующие:

1. Понимание того, что целостная групповая ситуация является основой для анализа всех межличностных взаимодействий в группе и для интерпретации всех событий, наблюдаемых в ней.

2. Максимум взаимной осознанности и постоянно расширяющихся коммуникаций. Именно в этом направлении вся группа должна активизировать предприимчивость своих участников, которые могут быть представителями любых профессий и слоев общества.

3. Дирижер является определяющим фактором в формировании культуры и традиций группы. Он должен помогать группе справляться с разрушительными и саморазрушительными элементами и, в идеальном плане, делать их ненужными. Для выполнения своих функций дирижер группы должен находиться внутри динамической ситуации, возникающей в группе, от нее же он получает «разрешение» что-то говорить или делать. Другими словами, любое явление дирижер рассматривает, анализирует или объясняет, основываясь на целостной ситуации, которая складывается в группе, учитывая историю ее возникновения и возможные перспективы развития.

4. Все основные события, происходящие в группе, должны быть поняты ее участниками так глубоко, чтобы они уяснили движущие силы реально сложившейся целостной ситуации.

Подбор и формирование групп

Огромное значение для проекта имеет подбор и структура групп. Мы бы даже сказали, от того как группа

подобрана зависит ее жизнь или смерть. Барбара Эллиот (Barbara Elliot), рекомендует при подборе группы, «когда вы оцениваете, насколько пациент подходит для данной группы, необходимо учитывать все факторы и до какой-то степени они все должны присутствовать [4]:

- первое – это мотивация для изменения;
- второе – способность к инсайту;
- третье – способность развивать отношения;
- четвертое – внутренняя сила Эго. Способен ли пациент вообще на то, чтобы быть надежным, на то, чтобы постоянно появляться?;
- пятое – присутствует ли в пациенте как минимум адекватный интеллект и владения словами;
- шестое – присутствует ли достаточное количество страдания, психологической боли, чтобы вызвать изменения...».

Кроме того, в группе должны быть разнообразны пол участников, возраст, политические и религиозные взгляды. Мы думаем, что большую роль играет опыт и интуиция в выборе «хорошего» состава группы. Одним из существенных критериев участия в психоаналитических группах есть мотивация участников к познанию, их интеллект и желание развиваться. В дальнейшем при прочих благоприятных обстоятельствах они перерастают в навык самопознания, самоанализа, плодотворного взаимодействия и творческого подхода к жизни.

Этап 3: Трудности создания поля контейнирования для возможности проработки «сложных чувств»

Мы попытаемся показать, как история развития психоанализа в г. Хмельницком во многом перекликается с развитием Украины в целом, и находит отражение в групповых процессах.

В группах второго поколения, при подборе участников, мы постарались учесть все вышеперечисленные факторы.

ПРИМЕР 2: Группа 2.1. Участники 8 человек. Терапевты: В. Газолишин, О. Галузинская.

Тем не менее, группа 2.1 оказалась более однородной по возрасту и проблемам участников. Это были молодые люди в возрасте примерно от 20 до 35 лет, в основном психологи системы образования, других государственных структур, несколько человек, которые пришли в группу для собственной терапии. Группа состояла из 8 участников. Состав их незначительно менялся, сохраняя прочный костяк в составе 6 человек.

Группа 2.2. Участники 10 человек. Терапевты: И. Рыбак, А. Коваленко

Другая группа 2.2 включала молодых людей и молодых специалистов (5 участников). Но были так же люди старшего поколения с опытом переживания войны в раннем детстве и юношеском возрасте. Это были остепененные преподаватели ВУЗов (3 участницы), а так же две участницы, которые пережили до группы смерти детей. Всего 10 человек.

Фактор переживаний глубоких социальных потрясений в личностных историях и работе группы

Это был 2004 год, когда произошла «Оранжевая революция». В группе нашли отражение опасения и надежды на предстоящие изменения. В свете «революций и войн» активизировались участники старшего поколения. Участница 4 рассказала собственную историю времен тридцатых годов, периода голодомора. В ней мать была вынуждена «вынести в поле» младшую ослабленную дочку, чтобы спасти жизни более старших и более крепких детей. Будучи почти подростком (8-9 лет), участница попыталась тайно ото всех спрятать и спасти сестру, отдавая ей свои какие-то скудные «взрослые» продукты. Но маленький организм не смог их воспринять. Девочка погибла. Старшая сестра тайно похоронила ее, не имея возможности разделить горе с другими членами семьи, ощущая свою вину за ее гибель. Здесь в группе она впервые в жизни смогла доверить пережитую боль другим людям. Но для группы эта боль, возникшая на второй сессии, оказалась «не подъемной», а эмоционального контейнера одних тренеров оказалось недостаточно. Группа замерла и «замерзла» в ужасе холода прикосновения к переживанию смерти, носившей так же «социальный» характер. Участница группу поблагодарила, и в следующую сессию ее покинула. Вместе с ней ушли и двое других участников старшего поколения.

В стране в это время «официально» начали говорить о подобных ужасах, был впервые открыт памятник жертвам Голодомора. Но жить с ощущением войны и пониманием подобной боли в диапазоне «от социального к личному и обратно» еще только предстояло.

Это был один из первых наших тренерских опытов. Именно «социальный» конфликт оказался наиболее сложным в подобной ситуации для группаналитиков.

В дальнейшем мы частенько сталкивались в работе группы с агрессией и горем. Но здесь мне бы хотелось обратить ваше внимание на отличие «сложных эмоций»,

особенно агрессии, которая носит «социальный» характер и межличностный. С переживанием первой непосредственно в процессе работы группы мы сталкивались еще только раз в период аннексии Российской Федерацией полуострова Крым, который мы опишем позже.

Агрессия в группах

Группа 2.2. Участники 10 человек. Терапевты: И. Рыбак, А. Коваленко

В отличие от «социальной беды», личную боль и травму потери близких, даже детей, у группы хватило сил принять. Выше мы указывали, что в составе группы были две участницы, потерявшие при трагических событиях детей. Участница 5 группы 2.2 поделилась личной историей, в которой говорилось о том, как погибла одна из ее дочек близнецов, сраженная ракетой в Новогоднюю ночь.

Группа смогла разделить горе, выразить сочувствие иотреагировать агрессию перед несправедливостью подобных утрат. Это создало контейнирующее поле, в котором другая Участница 6 смогла рассказать свою историю трагической гибели сына в автокатастрофе. После чего Участница 5 вернулась к своей привычной роли вне группы «Великой Матери» и стала реализовывать ее по отношению ко всем молодым участникам. Это «совершенно неожиданно» вызвало ответную аффективную реакцию двух наиболее молодых участниц, одна из которых «вспыхнула» мощным агрессивным выпадом. Правда, благодаря нашим усилиям, эта агрессия обрушилась на терапевтов.

Сток и Либерман (Stock и Liebermann, 1962) в качестве значимого фокального конфликта описали ярость, обрушивающуюся на терапевта [5]. «Мы чуть ли не постоянно обнаруживаем невероятно замаскированную ярость, которую имеют даже молчуны группы, что часто не замечается опытными руководителями группы. В практической работе с группами, в качестве одного из принципов техники лечения, я придаю большое значение тому, чтобы направить агрессию на себя как на руководителя группы. Это идет на пользу группно-психотерапевтическому и группно-динамическому процессам и потому, что в результате этого возможные «мальчики для битья» остаются в группе, так как побеждают процессы, служащие выживанию группы. Одной из грубейших ошибок специалистов по групповой динамике и групповых психотерапевтов является избегание ими возможности, направить агрессию на себя. А последствия избегания этого самые ужасные, поскольку деструктивность направляется на группу, которая вынуждена тогда распасться и «умереть», агрессия

отыгрывается и становится недоступной проработке». «Сложная группа 2.2» выжила благодаря нашим усилиям, потеряв половину состава и обновившись новыми участниками в течение двух последующих сессий.

Ошибкой было бы впасть и в другую крайность, когда всеми силами ригидно стараются выманивать агрессию, которой вообще может не быть в определенных моменты в группе. Речь тогда чаще всего идет о страхе и агрессии самого руководителя, что может в определенных обстоятельствах оказать на группу разрушительное воздействие.

Было бы так же неправильным прибегать к искусственному отведению агрессии в «нужное русло».

ПРИМЕР 3: Группа 2.3. Участники 10 человек. Терапевты: И. Рыбак, А. Коваленко

Так в один из напряженных моментов Участница 7, постоянно пытавшаяся сгладить («погасить») конфликты в группе 2.2, рассказала сон. «Она пришла в туалет и с удивлением обнаружила, что в унитазе плавают цветные рыбки. Она остро почувствовала сильное напряжение потому, что не может удовлетворить свои потребности именно из-за красоты». Рассказывала она почти умильно, ожидая получить общую разрядку, но в ответ возникла агрессия, которую необходимо было прорабатывать. Групповая динамика является очень серьезным, радикальным средством, а не «игрой в компании». Когда руководишь группой, необходимо знать, что и почему делаешь. Такое требование в равной степени относится ко всем формам групповой работы.

Этап 4: «Создание пространства индивидуации» как поля для дальнейшего самостоятельного творческого воплощения. Я и/или все

Поскольку мы говорим о влиянии жизни страны, событий в ее развитии на динамику группы, нельзя обойти события конца февраля – начала марта 2014 года.

ПРИМЕР 4: Группа 3.1. Участники 15 человек. Терапевты: И. Рыбак, Е. Бондарь.

События в стране уже длительный период были крайне напряженными, что естественным образом находило отражение в группе многочисленными разговорами о высокой тревоге и историями, предлагавшими так или иначе разрядить это напряжение и снизить эту тревогу. 01.03.2014 года объявили о аннексии Российской Федерации украинской территории – полуострова Крым. На утреннюю сессию в назначенное время пришли только четверо участников. Опоздание – «нормальное» явление, случающееся в группах и дающее возможность рассмотреть и проработать «нормальное» сопротивление. В тот день

все явно шло «необычно». Угроза, которая буквально вчера казалась фантазируемой группой, стала совершенно реальной и из «субъективного» приобрела объективный характер. Со времен Второй мировой войны, а это значит *никогда в личном опыте* участников и терапевтов не было изменений, передела территорий страны силовым, военным способом. Нам вновь, со времени недавних событий на Майдане, «предоставилась уникальная возможность» пережить и рассмотреть на этот раз непосредственно в группе «субъективный опыт связи с социальным контейнером» [6], а также возможность проработки и ментализации с надеждой дальнейшей интеграции происходящего в наш стремительно меняющийся объективный и субъективный мир.

Пришедшие «бойцы» стали предлагать доступные им решения.

Участница 8. Я совершенно выключаю телевизор, всякие новости и ложусь спать. Я не жду, что до утра все устроится, но, по крайней мере, хотя бы *могу* спать и восстановиться после напряженного дня.

Участница 9. Я не могу практически спать совсем, поэтому я полночи смотрела кино, пока просто упала без сил и не заметила, как уснула.

Тем не менее, в группе висело тяжелое задумчивое «молчание», говорившее о неудовлетворенности, предложенными способами ухода. Особенно глухо молчали мужчины.

Группа потихоньку стала подтягиваться, собираться. Опоздавшие участники сразу включались в тему разговора без лишних объяснений. Всем было ясно, что сегодня одна особенно волнующая тема.

Пришел Участник 10, который обычно был наиболее активным. Он и сейчас буквально ворвался в пространство группы с рассказом о том, как он провел ночь в воинской части, расположенной на территории города, где они с действующими офицерами обсуждали свою возможность принять участие в боевых действиях в качестве добровольцев. Его рассказ взбудоражил и активизировал группу, но одновременно добавил и без того зашкаливающей тревоги. Терапевт дала «утешающую интерпретацию» о поисках мирного разрешения возникшей ситуации, на что Участник 10 ответил: «Ну, тогда ищите такие способы быстрее, потому что мы готовы воевать!». Слова прозвучали, как решимость защитной агрессии. Группа немного приободрилась.

В такие моменты особенно важно всегда удерживать в поле зрения всю ситуацию группы. Чувства всей группы в определённые фазы группового процесса очень часто выражает психогенетически

предрасположенный к этому член группы, берущий на себя одну из ролей. В такие мгновения он является представителем всей группы, например, выражая охвативший группу, как в данном случае страх и агрессию или, в другое время, сексуальность.

Последним пришел Участник 11. Немного словный, спокойный обычно, он говорил «по существу дела». В тот момент он спокойно извинился перед группой за опоздание и «доложил», что плохо спал, обдумывая, что же можно сделать. Потом «отрыл» в документах, поскольку давно уже в запасе в армии, свой военный билет, собрал подобие «тревожного чемодана» и пошел пешком в группу, оставив дома авто. Он четко и ясно осознавал и свое внутреннее напряжение, и объективность его источника. Пройдя через весь город, сделав такой марш бросок, он несколько успокоился и может удерживать свою тревогу, канализируя ее во внутреннюю готовность к «защите своей земли от агрессора».

Нам удалось увидеть и пережить вместе с группой то, что (по П. Фонда) «человеку действительно присуща потребность быть частично индивидуализированным и частично слитым с другими людьми, с группой «значимых других», с системой групп. Проблема не заключается в избавлении от одной из потребностей, но в их гармонизации»

Завершение группы в рамках проекта

В каждом отдельном групповом проекте всегда были четко очерченные границы начала или старта и окончания. Иногда у участников появляется страх, что терапия сделает их зависимыми и привязанными к группе. Психоаналитическая групповая динамика или групповая психотерапия заключается в том, что группа позволяет заняться рефлексией, человек познаёт самого себя, свои возможности и границы. А ещё он может познать ресурс и силу группы, помогающей расширить идентичность и творческие способности, найти выход из многих жизненных ситуаций. Это особенно заметно на последних сессиях группы, когда она работает как один слаженный организм. Центральной задачей группы с самого начала является подготовка к её «покиданию», чтобы затем активно поддерживать этот процесс. После удавшегося ухода из группы или сепарации, у человека появляется возможность узнать, насколько он стал свободным для того, чтобы войти в любые группы в реальной жизни, в которых он может с полным правом принимать участие, а также создавать совершенно новые группы. Участники групп проходят свою сепарацию, момент для каждого печальный, но очень ресурсный и наполненный огромным опытом для дальнейшей жизни.

Для заключения

Мы думаем, что несмотря на многочисленные и достаточно противоречивые споры, вокруг метода группового анализа, он будет по-прежнему развиваться и приобретать все больше поклонников. Вслед за З.Фрейдом, мы со своей стороны попытались «здесь привести один пример психического прогресса. Наше развитие идет в том направлении, что внешнее принуждение постепенно уходит внутрь, и особая психическая инстанция, человеческое сверх-Я, включает его в число своих заповедей. Это усиление сверх-Я есть в высшей степени ценное психологическое приобретение культуры. Личности, в которых оно произошло, делаются из противников культуры ее носителями. Чем больше их число в том или ином культурном регионе, тем обеспеченнее данная культура, тем скорее она может обойтись без внешнего принуждения» [7]. Мы живем, развиваемся и получаем свой опыт в социуме. Человек отнюдь не индивидуум, родившийся на необитаемом острове. И поэтому опыт переживаний, приобретённый в группах, часто имеет жизненно важное значение. В группах развивается и раскрывается своеобразие индивидуальных возможностей, творческого начала и способность

поддерживать отношения в малой группе (будь то семья или коллектив), а так же в социуме. Групповая динамика в той форме, в которой мы её понимаем и практикуем, пытается помочь человеку приобрести ещё «не завоёванную им страну», делая её пригодной как для себя, так и для группы и общества в целом.

Литература:

1. Лебедев В.И. *Личности в экстремальных условиях*. // М.: Политиздат, 1989. – 303 с.
2. Грегори. Р.Л. *Глаз и мозг*. // М.: Прогресс, 1970. – 279 с.
3. Фурманов И.А., Фурманова Н.В. *Основы групповой психотерапии* // Учебное пособие Текст. / И. А.Фурманов, Н.В. Фурманова. – Минск «Тесей», 2004 – 256 с.
4. Б. Эллиот *Динамическое администрирование*. // Стенограмма лекции для вводного курса IGA, 1995.
5. Г. Аммон. «Психоаналитическая групповая динамика».
6. П.Фонда. «Создание пространства индивидуализации и необходимость психологической помощи».
7. З. Фрейд «Будущее одной иллюзии».

ФОРМУВАННЯ ПСИХОАНАЛІТИЧНОГО ПРОЕКТУ В РАМКАХ СОЦІАЛЬНОГО ПОЛЯ РОЗВИТКУ КРАЇНИ

І.В. Рибак, О.Н. Бондар

У статті показано: етапи формування та розвитку психоаналітичного проекту як соціальної інституції; відображення процесів розвитку країни в динаміці групи; переплетення особистісного, групового та соціального рівнів в груповій роботі; творче втілення в «просторі індивідуалізації».

Ключові слова: Хмельницький проект, розвиток психоаналізу в Хмельницькому, груповий аналіз, навчальний проект, творче втілення, формування груп, структурування, формалізація

FORMATION OF PSYCHOANALYTICAL PROJECT IN THE FRAMEWORK OF SOCIAL COUNTRY DEVELOPMENT FIELD

I. Rybak, E. Bondar

The article shows the stages of formation and development of the psychoanalytic project as a social institution; a reflection of processes development the country in the group dynamic; interweaving of levels personal, group and social parts as in group work; creative expression in the «space of individuation.»

Keywords: Khmelnytsky project, the development of psychoanalysis in Khmelnytsky, group analysis, training project, creativity, group formation, structuring, formalization.

С.С. Яновский, О.И. Тихонова
ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ СЕМЬИ
 Клиника «Генезис», г. Симферополь

Ключевые слова: психосоматическая семья, семейная психоаналитическая психотерапия, пограничный уровень развития

Начиная со второй половины XX века, исследователи стали называть психосоматические расстройства «патологией современной цивилизации», а современное общество «психосоматически ориентированным» [12].

Частота психосоматических расстройств, по различным данным, составляет от 30% до 57% от общего числа пациентов первичной медицинской сети, а в общей популяции населения достигает 52% [1, 3, 4].

Психосоматическими расстройствами называют «актуальные и долговременные сдвиги в работе функциональных систем организма, связанные, прежде всего, с психоэмоциональными факторами» [11].

Психоаналитики рассматривают психосоматическое расстройство как проблему патологии развития и функционирования структур психики.

Основатель психоанализа З. Фрейд первым дал объяснение психосоматике как результату действия конверсионного механизма при переводе конфликта из психики в соматическую сферу. Неофрейдисты, развивая его учение, отмечали, что динамическим центром невроза при психосоматике является противоречие между взаимоисключающими невротическими тенденциями личности [14]. Значительный вклад в исследование данной группы заболеваний внес Франц Александер, который обосновал решающую роль эмоционального напряжения среди причин соматических заболеваний и ввел понятие «вегетативного невроза». Дальнейшие исследования показали дефицит рефлексии у психосоматических пациентов и привели к введению понятия «алекситимия» [8]. Причину алекситимии исследователи видели в семейной ситуации: в отказе от эмоционального общения и в симбиотической позиции матери. Гиперопекающая позиция первичного объекта, по мнению Джойс МакДугалл, не позволяет ребенку дифференцироваться, в результате чего у ребенка нет необходимости выражать свое состояние с помощью символов. Язык тела остается ведущим между матерью и ребенком, а потребность в саморегуляции не формируется [10]. В то же время психосоматическая мать, как считает Гюнтер Аммон, не обладает завершенными процессами структурообразования

Собственного Я и использует своего ребенка как инструмент в борьбе со своими неразрешенными конфликтами. Ее ребенок «вместо вопроса «кто я?», постоянно ищет ответ на вопрос «что со мной?» [2]. Опыт Отто Кернберга показал, что противоречивая картина мира и нестабильные объектные отношения способствуют построению Я с незавершенной структурной оснасткой, что и создает предпосылки для психосоматики. Также следует учитывать, что проблемный член психосоматической семьи (и часто его первичный объект) находится на пограничном уровне развития [5]. По мнению Гюнтера Аммона, «психосоматическая реакция соответствует по своей структуре и динамике пограничному уровню в связи с тем, что у психосоматика процесс структурообразования незавершен. Его слабое расщепленное Я для снижения психического напряжения использует соматический симптом: «если Я плохой, Я болею. Больной плохим быть не может» [2].

Если суммировать взгляды психоаналитиков, то коротко можно представить ПСР как отражение б/с конфликтов дисфункциональной семьи, в которой основной функцией расстройства или болезни является поддержание семейного гомеостаза.

Если психосоматик по какой-либо причине покидает семью, то (по данным наблюдений Гюнтера Аммона [2]):

- в 11% случаев семья распадается;
- в 21% случаев роль центрального носителя симптомов берет на себя другой член семьи, часто сама мать;
- в 3% случаев следует психотическая реакция другого члена семьи.

Особенности психосоматической семьи

Анализ литературы и данных, полученных в ходе собственной работы, позволили нам сформулировать следующие особенности психосоматической семьи, наиболее характерные для проблемного члена семьи и его первичного объекта:

- нарушение процесса структурообразования Я;
- не сформировано интегрированное соматическое Я;
- созависимые отношения в семье;
- навык регуляции мира переживаний отсутствует;

- использование примитивных защит (соматизация также выступает как эквивалент психологической защиты);
- непринятие индивидуальности другого, его психологических границ;
- стрессы и конфликты проявляются соматическими симптомами.

Особенности психосоматика

Психосоматическая семья/мать формирует ребенка с незавершенными процессами структурообразования Собственного Я, чрезмерным конфликтом между бессознательным и Сверх-Я, в котором доминирует интернализированный образ агрессивной плохой матери, блокирующей процесс сепарации/индивидуации и принятие своего тела как дарующего удовольствие. Любая попытка отделиться или нарушить ее запрет в реальности или виртуальном мире запускает патологический процесс: беспокойство – тревогу – напряжение – истощение – регресс – соматизацию.

Стадии развития психосоматической личности

Можно выделить три основных этапа развития психосоматической личности:

Первая стадия – сформирована предуготованность к ПСР, происходит смена соматических симптомов (возможно простудных и иных заболеваний), которые следуют за провоцирующими их ситуациями/стрессами.

Вторая стадия – общая ситуация и особенности реагирования способствуют регрессу до уровня языка органов. В этот момент происходит проявление органического невроза. Позднее функциональное состояние сменяется соматическим заболеванием.

Третья стадия – происходит соматизация личности, которая подразумевает:

- снижение активности;
- нарушение коммуникаций;
- ведущей становится деятельность, направленная на взаимодействие с больным органом или системой, олицетворяющим мать.

Пациент вернулся в ситуацию симбиоза, он становится зависим от своего заболевания, которое регулирует всю его жизнь.

Цель психоаналитической психотерапии мы видим в изменении отношений в семье на несоматогенные, а также в оказании помощи проблемному члену семьи в формировании новой психической структуры личности, которой для взаимоотношений с собой и миром не нужна болезнь [6,7,9].

Особенности психотерапии психосоматиков

Психосоматическая семья обращается за психотерапевтической помощью чаще всего в случае, если диагностика не обнаружила патологии у

проблемного члена семьи, и врачи рекомендуют психотерапию, а также в ситуации стресса, конфликта, утраты, развода. Мотивация к психотерапии у таких пациентов слабая. Поддерживать мотивацию необходимо в течение всего курса психотерапии. Кроме того, в процессе психотерапии следует сформировать установку на лечение (готовность совершать определённые действия), для чего задействовать одновременно три компонента: когнитивный, эмоциональный и конативный, чтобы пациенты выполняли рекомендации.

Этапы психотерапии

Первый этап психотерапии «Диагностический»

Во время проведения характерных для первого этапа психоаналитической психотерапии процедур, придется много внимания уделять мотивационным аспектам, особенно во время заключения психотерапевтического контракта с целью принятия ответственности за свое состояние, а также при визуализации психосоматической предуготованности с помощью тестов для осознания причин соматизации.

В течение первого этапа в свободную дискуссию мы вводим понимание особенностей функционирования сознания, его структуры, информируем о внутриличностных конфликтах, обсуждаем причины формирования психосоматики, созависимости. Также обсуждаем, что такое адаптивная и неадаптивная тревога, причины и симптомы проявления тревоги на психическом и физиологическом уровнях, проясняем причины существующих соматических симптомов, их возможную связь с психологическими проблемами, особенности процесса развития личности [15, 17].

Например, мать Анжелы, 16 лет, анорексичной пациентки, всячески демонстрировала, что психотерапия нужна только дочери, и не отрывалась от своего телефона. Только обсуждение условий формирования личности, которой необходима анорексия как способ контроля/регуляции отношений между собой и миром, показало ей необходимость ее участия в работе.

Во время первого этапа мы считаем важным проявить связь между условиями развития личности, неадаптивным уровнем тревоги и/или соматической патологией. Полученную картину можно использовать в терапевтических целях, но, в первую очередь, для мотивации прохождения полного курса психотерапии [3].

Второй и третий этапы психотерапии «Осознания» и «Реконструкции»

Цель этих этапов – осознание и изменение соматизирующего мышления/поведения/отношений на

десоматизирующее. Стоит проводить поиск психологических причин ситуаций обострения, обсуждать возможные вторичные выгоды, а также фантазии на тему: какие непереносимые эмоции могут направлять напряжение в тело и запускать соматизацию. В связи с тем, что у пациентов существует недостаток успокаивающих интроектов, у них отсутствует способность использовать в этом качестве свои текущие объекты. Аналитик должен войти в мир переживаний пациентов в качестве нового эволюционного объекта и обеспечить их моделями для идентификаций.

Для этого психотерапевт должен стать «абсолютно хорошим», идеализируемым, постоянным и предсказуемым за счет соблюдения психотерапевтического контракта. Специфическим способом вхождения в мир переживаний пациента может быть эмпатическое понимание – улавливание аналитиком субъективного способа переживаний пациентов в процессе взаимодействия и передача эмоционального материала аналитика, возникающего во время сессии пациентам. Пример: Что Вы чувствуете? Не знаю. А давайте пофантазируем, что бы Вы могли сейчас чувствовать...

Эти техники способствуют оживлению и усилению переживаний Собственного Я пациентов, что свидетельствует о появлении нового «абсолютно хорошего» функционального объекта – аналитика. Таким образом, переживание аналитика одновременно с пациентами и для них обеспечивает последних мотивацией, а также эмпирическим материалом для возобновленного структурообразования.

Учитывая алекситимичность психосоматических пациентов, их низкую способность к ассоциированию и отражению эмоций, сопротивление осознанию психологического значения соматического симптома, мы в работе используем тестовые задания и проективные методики как неопределенные стимулы для более интенсивной работы с целью выявления внутренней картины мира пациентов, их личностных смыслов, которые изначально для них не осознаваемы. В процессе обсуждения стимульных материалов вместо метода свободных ассоциаций нами используется метод свободных дискуссий [15,16,17].

Результаты тестовых заданий пациентами воспринимаются как объективные показатели, не зависящие от личностных особенностей и квалификации психоаналитика. Правильное их применение может показать особенности личности, динамику в процессе психотерапии и отражать итоги каждого психотерапевтического этапа. Анализ перемен также можно использовать как мотивационный фактор.

Четвертый этап психотерапии «Адаптационный»

Цель этого этапа – предупреждение регресса и ресоматизации. Семейная психоаналитическая психотерапия – краткосрочная. Ее цель не вылечить больного, не завершить структурные построения Я, а добиться ремиссии. В процессе данного курса (от 10 месяцев) возможна индивидуация – создание структур, требуемых для достижения относительно стабильного Собственного Я и объекта у проблемного члена семьи.

Следует также обсудить, что новые навыки не обладают большой стабильностью и могут быть утрачены из-за ситуаций стресса, нарушений режима сна-бодрствования, питания, водного баланса и т.п. Невыполнение рекомендаций, полученных в процессе терапии, приведет к откату к прежнему образу жизни, опять запустит процесс соматизации. Таким образом, мы возлагаем на психосоматика ответственность за его состояние, мотивируем на возврат в процесс психотерапии при необходимости.

Ограничение технической нейтральности

В течение первого этапа техническая нейтральность психотерапевта ограничена, в связи с необходимостью структурирования внешней жизни психосоматических пациентов. Данная группа пациентов не может автономно функционировать в течение первых этапов психотерапии, а члены семьи неосознанно усугубляют состояние пациента. На эти особенности в работе указывает О. Кернберг: «В терапии может возникнуть необходимость в структурировании не только ситуации психотерапии, но и внешней жизни пограничного пациента. Таким образом, техническая нейтральность нарушается, и терапевт тратит много сил на то, чтобы снова и снова ее восстанавливать» [5].

Например, Антон, 19 лет, обратился с жалобами на постоянно сниженное настроение, упадок сил, низкое либидо, конфликты в отношениях с девушкой и матерью. Направила мать, врач по специальности, с которой он в созависимых отношениях. Отношения с девушкой также характеризовались нарушением границ. Сбор жалоб выявил хронический гастрит, психодиагностика показала наличие тревожно-мнительного расстройства, а анализ его дня – нарушение режима питания/сна/бодрствования: Антон лег спать не ранее 3 часов ночи, на завтрак ел йогурт, ссылаясь на отсутствие аппетита. Обедал он после 17-18 часов, ел в основном сладкую, жирную, высококалорийную пищу, позже жаловался на ощущение тяжести и боли в желудке, отсутствие аппетита по утрам. Он становился раздражительным и конфликтным: ругался с девушкой и обращался грубо к матери. Его болезненное состояние

было способом проявить потребность в функциональном объекте. После улучшения состояния следовал возврат к аналогичному режиму дня. Рекомендации по ведению дневника (в котором отражаются режим дня, ситуации конфликтов, кризисы, соматические симптомы) даются для структурирования жизни в перерыве между сессиями. Анализ записей на сессиях показывает особенности саморазрушающего поведения, потребность в функциональных объектах.

Выводы: особенности работы с психосоматической семьей

1. Аналитик – это новый эволюционный объект для всех членов семьи, находящихся возможно на разных уровнях развития, аналогично детям в семье (невротики или пограничные).

2. Роль нового эволюционного объекта определяется соответствующими стадиями эволюционной задержки. У пограничных пациентов задача – не автономия, как у невротиков, а индивидуация (имеется в виду состояние стабильного не фрагментированного Собственного Я и объекта).

3. Аналитическое воздержание. Для невротика аналитик, последовательно отказываясь от роли трансферентного объекта, столь же последовательно доступен в качестве нового эволюционного объекта. Для пограничного пациента воздержание аналитика – травма, (у него Собственное Я не структурировано, как у невротика). Воздержание в данном случае может спровоцировать сопротивление, обесценивание плохого (не функционального) недоступного объекта и отказ от психотерапии [13].

4. Природа эволюционной задержки у невротичного пациента определяет задачу аналитика как нового эволюционного объекта, помогающего пациенту оставить свое детство и стать относительно автономным взрослым, то есть освободиться от своих эволюционных объектов, включая и аналитика [13]. Природа задержки пограничного пациента – отсутствие внутренней безопасности, нехватка доступных успокаивающих интроектных функциональных объектов, которые нужны для продолжения процессов структурообразования. Безопасность переживания Собственного Я (до установления стабильности Собственного Я и объекта) в значительной степени зависит от присутствия стабильного идеализируемого функционального объекта. Конечно, идеализация является мотивом для любого психического структурообразования. «Абсолютно хороший» объект идеализируется как превосходный поставщик удовлетворения, но он все еще переживается как функциональный, находящийся в полной собственности.

5. В перерыве между сессиями невротик способен удерживать образ аналитика в памяти и манипулировать им, но при пограничном уровне это не удастся. Аналитик может быть обеспокоен дезорганизованным поведением пограничного пациента между сессиями. Задача: стать принятым пациентом в качестве терапевтического интроекта, который защищал бы его от тревоги и деструктивного поведения в отсутствие аналитика, для чего необходимо использование переходных объектов (д/з, дневника и пр.), которые напоминают об аналитике.

6. Перенос демонстрирует этап эволюционной неудачи пациента. Трансферентный ребенок в невротичном пациенте транслирует никогда не изменяющиеся и ненасыщаемые требования. Анализ переноса для него равен трауру, т.к. напоминает этому инфантильному пациенту о детских травмах. Для пограничного пациента перенос – более серьезная угроза. Он пока ищет функции, а не личность другого. Аналитик как функциональный объект «предназначен» не для припоминания (трансфера), он используется им в качестве материала для дефрагментации структур, чтобы делать возможными организованную память, переживание одиночества и траура. В то же время, он не так хрупок. Собственное Я пограничного пациента имеет, как правило, достаточную структуру, чтобы функционировать. Он научился манипулировать своими внешними объектами и эксплуатировать их.

7. Пограничные психосоматические пациенты в успешном аналитическом лечении впервые в жизни будут вступать в эдипальную ситуацию в качестве индивидов. Наиболее ярким и надежным указанием на установление пограничным пациентом цельного Собственного Я и объекта является, как правило, быстрое возрастание его интереса и любопытства в отношении аналитика как личности, уменьшение соматических жалоб и проявлений размытых симптомов.

Литература:

1. Александров Ю. А. *Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей* / Ю. А. Александров. – М.: Медицина, 1993. – С. 225–237.
2. Аммон Г. *Психосоматическая терапия* / Гюнтер Аммон. – СПб.: Изд-во «Речь», 2000. – 238 с.
3. Бройтигам В. *Психосоматическая медицина* / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. фон Рад. – М.: Гэотар Медицина, 1999. – 376 с.
4. Гельдер М. *Оксфордское руководство по психиатрии* / М. Гельдер, Д. Гэт, Р. Мейо. – Київ: Сфера, 1997. – Т. 2. – 435 с.

5. Кернберг Отто Ф. Тяжелые личностные расстройства: стратегии психотерапии / Отто Ф. Кернберг. – М.: «Класс» . – 2005. – 123 стр.
6. Кохут Х. Анализ самости: Систематический подход к лечению нарциссических нарушений личности / Х. Кохут. – М.: «Когито-Центр», 2003. – 308 с.
7. Кохут Х. Восстановление самости / Х. Кохут. – М.: «Когито-Центр», 2002. – 316 стр.
8. Кристал Дж. Интеграция и самоисцеление. Аффект, травма и алекситимия/ Джон Кристал. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2006. – 800 с.
9. Кулаков С.А. Основы психосоматики / С.А. Кулаков. – СПб.: «Речь», 2005. – С.6.
10. МакДугалл Дж. Театры тела. Психоаналитический подход к лечению психосоматических расстройств / Джойс МакДугалл. – М.: «Когито-Центр». – 2013. – 215 с.
11. Петрюк П. Т. Психосоматические расстройства: вопросы дефиниции и классификации/ П. Т. Петрюк, И. А. Якущенко // Вестник Ассоциации психиатров Украины. – Киев. – 2003. – № 3–4. – С. 133–140.
12. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи)/ А.Б. Смулевич // Психиатрия и психофармакотерапия. – М. – 2000. – № 2. – С. 35-40.
13. Тэхкэ В. Психика и ее лечение: психоаналитический подход / В. Тэхкэ // Пер. с англ. – М.: Академический Проект, 2001. – 576 с.
14. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. /Карен Хорни. – М.: «Акад. Проект». – 2006. – 371 с.
15. Яновский С.С. Семейная психоаналитическая психотерапия. Курс лекций / Сергей Степанович Яновский. – Симферополь: Н. Оріанда, 2010. – 136 с.
16. Яновский С.С. Супервизии в семейной психоаналитической психотерапии. Методическое пособие / С.С. Яновский, О.И.Тихонова. – Симферополь: Н.Оріанда, 2010. – 127 с.
17. Яновский С.С. Особенности профилактики и реабилитации наркоманов с помощью семейной психоаналитической психотерапии. Методическое пособие / С.С. Яновский, О.И.Тихонова. – Симферополь: Н. Оріанда, 2015. – 80 с.

ПСИХОАНАЛІТИЧНА ПСИХОТЕРАПІЯ ПСИХОСОМАТИЧНОЇ СІМ'Ї

С.С. Яновський, О.І. Тихонова

У представлений статті розглянуто особливості короткострокової психоаналітичної психотерапії психосоматичної сім'ї. Проведено аналіз процесів, які відбуваються в даній сім'ї, виділені стадії розвитку психосоматичної особистості, описані цілі і завдання чотирьох етапів психотерапії та основні підходи до роботи.

Ключові слова: психосоматична сім'я, сімейна психоаналітична психотерапія, межовий рівень розвитку.

PSYCHOANALYTIC PSYCHOTHERAPY OF THE PSYCHOSOMATIC FAMILY

S. Yanovsky, O. Tikhonova

The article examines the short-term psychoanalytic psychotherapy of the psychosomatic family. It analyzes the processes occurring in the family and explains the stages of development of psychosomatic personality. Goals and objectives of the four phases of psychotherapy are described in this article.

Keywords: psychosomatic family, family psychoanalytic psychotherapy, borderline state.

Т.В. Деміріджі
ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ РОБОТИ З ПРИЙОМНИМИ ДІТЬМИ
Міський центр дитини, м. Київ

Ключові слова: прийомна дитина, прийомна сім'я, психотерапія, розвиток

Робота з дітьми в умовах прийомної сім'ї розпочалась в Україні близько 10 років тому. Проте актуальність психологічної допомоги таким сім'ям щороку зростає та зумовлена труднощами, які виникають у батьків в процесі налагодження взаємовідносин, у питаннях навчання та поведінки прийомних дітей. Згідно з статистичними даними Міністерства соціальної політики України, кількість дітей, які виховуються в різних формах замінного сімейного догляду (усиновлення/удочеріння, опіка/піклування, прийомна сім'я, дитячий будинок сімейного типу), з 2005 до 2016 рр. зросла з 31 тисячі до 80 тисяч осіб. Прийомні батьки мають можливість отримувати психологічне консультування в рамках роботи як державних служб (соціальні служби), так і недержавних організацій. Проте психотерапія прийомних дітей не входить у обов'язки вищезазначених структур. До того ж часто прийомні батьки пов'язують поведінку дитини з її минулим життям (спадковість, невихованість, приклад кривих батьків чи родичів) та не звертаються по допомогу. Таке ігнорування проблем призводить до того, що прийомні батьки чи усиновлювачі повертають дитину до закладу або притулку, що є ще більшою травмою як для дитини так і для сім'ї в цілому.

Метою статті є визначення особливостей психотерапії прийомних дітей.

Міжнародні та вітчизняні напрацювання доводять, що методами розвитку особистості дитини можуть бути, насамперед, формування емоційних контактів з батьківськими фігурами в умовах замінного догляду як нових стабільних зв'язків з перспективою відновлення такого вікового новоутворення, як то «прихильність» (Дж. Боулбі) [1]. Психотерапевтична практика, на прикладі психоаналізу (Д. Віннікотт [3], М. Кляйн, Р. Шпітц та ін.) засвідчує, що в процесі розвитку та становлення психіки дитини для формування її «здорового Его» у неї має бути постійний об'єкт, який

турбується і доглядає за нею [2]. У випадку достатнього догляду матері за дитиною, в останньої формуються передумови для інтеріоризації материнської «Его-функції», яку вона реалізує у догляді за дитиною. Таким чином, у психічному розвитку дитини вже на ранньому етапі започаткується її нова функція відчуття себе, як функція «Его». При цьому вона ще слабка, але власна, та зміцнюється завдяки здатності матері прилаштуватися до дитини, ідентифікуватися з нею на етапі її раннього розвитку і саме завдяки такій материнській здатності – переживати, відчувати та знати потреби власної дитини, реалізуючи разом з нею їх адекватне задоволення. Роль постійного дорослого визначається не лише в тому, щоб здійснювати фізичний догляд, а й щоб відображати емоції дитини та слугувати контейнером для її деструктивних переживань у віці немовляти. Натомість, у дитини, яка позбавлена подібного досвіду материнської участі у її догляді та захисті, процес інтеріоризації обмеженої «Его-функції» дорослого, який турбується про життя немовляти, формується без необхідної для цього психологічної основи: дитина вимушена залишатися зі своїми емоційними переживаннями наодинці, таким чином, утворюючи неусвідомлені фіксації на першочергових завданнях життя – потребах виживання, тоді як потреби розвитку відходять на «другий план» [2, 7].

Ф. Дальто та К. Єльчєв [6], які працювали з дітьми в будинках дитини та тимчасових притулках, зазначають у своїх працях про необхідність говорити з дитиною (навіть у віці немовляти), про те, що відбувається, як з самою дитиною, так і навколо неї. Діти, які знаходяться у закладах державного піклування і очікують влаштування в сім'ї, для збереження їх психічного благополуччя мають постійно отримувати вербальне інформування про їхню життєву ситуацію. Така терапевтична робота з дітьми, особливо з немовлятами, визнана вченими результативною: навіть, після стадії відмови дитини від їжі при застосуванні зазначеної

технології відмічається ініціація відновлювальних процесів: дитина знову починає проявляти потребу у харчуванні – вона набирає вагу і починає розвиватися.

Розвиток на ранніх стадіях є важливим для здатності інтеграції «Я», тому завдання матері або особи, яка її замінює, – здійснювати турботу, догляд та представляти дитині об'єкту сторону світу. Е. Еріксон також наголошував на важливості значущого дорослого у формуванні почуття довіри та відчуття єдності з ним, що має місце у перший рік життя немовляти і виступає умовою подальшого формування «автономного Я» [6]. У випадку прийомних дітей, потрапляючи до прийомної сім'ї, незалежно від віку, вони дуже часто демонструють потребу «з'єднатися» з прийомними батьками, що може тривати перші місяці життя в прийомній сім'ї і, навіть роки, таким чином, ніби розпочинаючи новий процес ототожнення себе з ними, як із значущими дорослими (що у випадку кривної сім'ї є характерним для дітей до 3 років). Такі прояви прийомних дітей, які ми спостерігали у нашій роботі, іноді викликають у прийомних батьків деякі непорозуміння, оскільки поведінка дітей у даний період є дещо нав'язливою: діти ніби намагаються злитися з дорослим через фізичний контакт (міцні обійми, сидіння на колінах, бажання спати разом) і поведінку (допомагає, хоче сподобатися тощо). Згідно теоретичного аналізу така поведінка дитини може вказувати на регресивні тенденції повернення на етап раннього розвитку, де відбувається встановлення емоційних зв'язків з батьками (тепер прийомними) як необхідної умови формування «відчуття власної ідентичності» через злиття з іншим і з наступним відділенням в напрямку формування власної ідентичності [4].

Міжнародна психотерапевтична практика та наші власні спостереження при роботі з прийомними дітьми дали змогу спостерігати в терапевтичному просторі кімнати психолога як діти відтворюють в ігровій діяльності свій ранній досвід «покинутості» та «відторгнення». Прийомні діти мають характерні ігри з предметами чи іграшками, які вони ховають, закопують у пісок, імітуючи в грі їх загубленість і неможливість знайдення, а також через відображення ситуацій, коли тварини з'їдають один одного. Під час терапевтичних сеансів прийомні діти часто ідентифікують себе з

іграшками та завжди намагаються потурбуватися про них таким чином, щоб після завершення сеансу вони стали недоступні іншим (заховати, щоб ніхто не злавав, віддати на збереження психологу, забрати додому тощо). Це вказує на те, що дітям з раннім досвідом втрат та розлуки важко справлятися з фрустрацією, яка природно виникає під час роботи з психологом, що, натомість супроводжується надзвичайно болючим для них почуттям, яке несе їм досвід сепарації. У психотерапії це проявляється у тому, що прийомна дитина не хоче залишати кабінет психотерапевта після завершення сеансу, важко погоджується і переживає, коли психолог йде у відпустку чи сама дитина їде на літній відпочинок і звичний режим психотерапевтичної роботи на певний час призупиняється. Теоретично опрацьований та описаний досвід роботи з прийомними дітьми засвідчує, що для таких дітей є надзвичайно важливим пояснення будь-яких змін у процесі проведення роботи (зміна кабінету, зміна часу, зміна інтенсивності зустрічей, відпустка), а також має значення завчасна підготовка дитини до завершення психологічної роботи з нею для збереження її почуття безпеки. Практика засвідчує про неможливість з прийомною дитиною повністю завершити контакти після закінчення психотерапевтичної роботи (особливо у більш старшому віці). Тому після завершення такої роботи доцільним підходом буде створення можливої форми продовження цього контакту – залишити електронну пошту чи визначити інший віртуальний спосіб для можливого контакту.

Додатковою умовою ефективною психотерапевтичної роботи з прийомною дитиною є консультування прийомних батьків щодо можливих змін у стані та поведінці дитини, які можуть сприйматися ними, як погіршення поведінки. Наведемо один приклад з психотерапевтичної практики.

Олена, 10 років. На момент першої зустрічі дівчинка проживала в прийомній сім'ї чотири роки. Інформація про минуле: *дитина проживала у приватному будинку разом з бабусею та дідусем. Їхня донька, мати дитини, мала алкогольну залежність, а також схильність до бродяжництва. Дівчинка з раннього дитинства зазнавала деприваційної ситуації щодо базових потреб: безпеки, їжі, сну, а також*

материнської депривації і актів насильства. Служба у справах дітей вилучила дівчинку з неблагополучного середовища, коли їй було 5,5 років. Спочатку декілька місяців вона перебувала у реабілітаційному центрі, а потім її влаштували у прийомну сім'ю, яка теж проживала у приватному будинку і мала двох синів.

В цьому випадку з дівчинкою була проведена психотерапевтична робота, яка тривала 4 місяці (1 раз на тиждень, всього 15 сесій). Важливою умовою при роботі з прийомною дитиною було дотримання сетінгу як важливої умови забезпечення стабільності: один і той самий день та час для зустрічей, витримання часових меж роботи (1 година), дотримання правила користуватися іграшками психотерапевтичної кімнати лише на її території. Це було встановлено для того, щоб створити для дівчинки зовнішні межі, що формує почуття безпеки. В процесі роботи виникли труднощі у співпраці з прийомними батьками, які сприйняли психотерапевтичну роботу як формальний процес, що був ініційований соціальним працівником. Сім'я була більш орієнтована на соціалізуючу функцію та проявляла мало емоційної підтримки дитині.

Слід зазначити, що деприваційний вплив, який зазнала дівчинка в історії свого життя, може проявлятися у поведінці дитини навіть через 5 років проживання у прийомній сім'ї (нав'язлива поведінка, неконтрольоване вживання їжі та неможливість насититись). Саме така поведінка і була характерна дитині. В процесі психотерапевтичної роботи були зафіксовані стрибкоподібні та регресивні зміни як у поведінці, так і у емоційних переживаннях дитини. Так, наприклад, для Олени попередній досвід виявився важким для опрацювання у рамках психотерапевтичної роботи. Практика показала, що чим складніше ступінь травматизації дитини, тим більше часу потрібно на психотерапевтичну роботу з нею, а також просвітницьку роботу з прийомними батьками щодо можливих змін у стані та поведінці дитини.

Труднощі, з якими ми стикнулися у ході проведеної роботи, це відношення прийомних батьків до терапії як до формального процесу. Фактично зміни, які відбувалися у межах терапевтичного простору, не підтримувалися у сім'ї. Тому робота у даному випадку була припинена за ініціативи батьків. Проте, незважаючи

на перервану психологічну роботу, ми все таки відмітили позитивну динаміку змін у розвитку Олени та процесів розбудови її особистості. Дівчинка в своїй іграх стала відтворювати сцени минулого життя, досвід яких можна було інтегрувати у історію дитини, відновлюючи послідовність подій та поступово набуваючи здатності приймати її. Це дозволило відтворити більш цілісний образ Я.

Представлений випадок дозволяє зробити висновок, що психотерапія прийомної дитини, у будь-якому випадку, потребує довготривалого втручання, дотримання сетінгу як гарантії стабільності та безпеки, що є надважливим у ситуації з травмованими дітьми та обов'язкове включення у сесії з дитиною сесій з самими прийомними батьками.

Психотерапевтична робота з прийомною дитиною має ґрунтуватися на відновленні розвитку цілісного образу Я через відновлення прихильності або створення нових емоційно значущих контактів. Завданням психотерапії є відтворення і структурування разом з дитиною безперервості важливих життєвих подій з можливістю їх рефлексії.

Література:

1. Боулби Дж. *Привязанность: Пер. с англ.* – М.: Гардарики, 2003. – 477 с.
2. Бриш К. Х. *Терапия нарушений привязанности: от теории к практике* / К. Х. Бриш ; пер. с нем. – М. : Когито-Центр, 2012. – 316 с.
3. Винникот Д.В. *Семья и развитие личности. Мать и дитя.* – Екатеринбург: Изд-во «ЛИТУР», 2004. – 400 с.
4. Демірджі Т.В. *Розвиток ідентичності прийомної дитини: практика психологічної допомоги* / Т.В. Демірджі // *Science and Education a New Dimension. Philology*, IV(42), Issue: 87, 2016. – P. 58-60.
5. Эльячефф К. *«Затаенная боль. Дневник психоаналитика»* / К. Эльячефф. – М: Институт общегуманитарных исследований, 2011. – 208 с.
6. Эриксон Э. *Детство и общество* / Э. Эриксон. – СПб., 1996. – 592 с.
7. D. Brodzinsky, M Schechter *«The Psychology of Adoption»*, 1993, 416 p.

References:

1. Boulby Dzh. Pryviazannost: Per. s anhl. – M.: Hardaryky, 2003. – 477 s.
2. Brysh K. Kh. Terapiya narusheni pryviazannosti: ot teoryy k praktyke / K. Kh. Brysh ; per. s. nem. – M. : Kohyto-Tsentr, 2012. – 316 s.
3. Vynnykot D.V. Semia y razvytye lychnosti. Mat y dytia. – Ekaterynburh: Yzd-vo «LYTUR», 2004. – 400 s.
4. Demirdzhi T.V. Rozvytok identychnosti pryiomnoi dytyny: praktyka psykholohichnoi dopomohy / T.V. Demirdzhi // Science and Education a New Dimension. Philology, IV(42), Issue: 87, 2016. – R. 58-60.
5. Eliacheff K. «Zataennaia bol. Dnevnyk psykhoanalytyka» / K. Eliacheff. – M: Ynstytut obshchehumanytarnykh yssledovanyi, 2011. – 208 s.
6. Erik Erikson Detstvo y obshchestvo / E. Erikson. – SPb., 1996. – 592 s.
7. D. Brodzinsky, M Schechter «The Psychology of Adoption», 1993, 416 p.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ПРИЕМНЫМИ ДЕТЬМИ

Т.В. Демириджи

Статья посвящена особенностям психотерапевтической работы с приёмными детьми в условиях развития в приёмной семье. Доказано, что психотерапия приёмного ребёнка является длительным процессом и может быть эффективной при условии соблюдения границ в рамках сеттинга, а также привлечения приёмных родителей к сессиям с приёмным ребенком. Выявлено, что психотерапевтическая работа с приёмным ребенком должна основываться на восстановлении развития целостного образа Я через восстановление привязанности и создание новых эмоционально значимых контактов.

Ключевые слова: приёмный ребёнок, приёмная семья, психотерапия, развитие.

FEATURES PSYCHOTHERAPEUTIC WORK WITH FOSTER CHILDREN

T. Demirigi

The article investigates peculiarities of psychotherapeutic work with foster children in terms of growth in foster care. It is proved that an foster child psychotherapy is a lengthy process and can be effective subject to the limits provided in a campaign setting and include sessions with a child sessions with foster parents. Determined that psychotherapy with the foster child is based on the restoration of a holistic image «I» through restoration attachment and new commitment emotionally meaningful contacts.

Keywords: foster child, foster family, identity, psychotherapy, development.

М.С. Великодна
ГРУПОВИЙ АНАЛІЗ ХХІ СТОЛІТТЯ:
ЕМПІРИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ
(на матеріалі статей журналу Group Analysis* 2000-2017 років)
Криворізький державний педагогічний університет, м. Кривий Ріг

Ключові слова: груповий аналіз, групова психотерапія, ефективність психоаналізу, психоаналіз, психоаналітична терапія

Вимога доказовості в сучасній медичній та психологічній практиці формує актуальний виклик необхідності проведення об'єктивованих наукових досліджень ефективності навіть уже перевірених часом і теоретично відрефлексованих підходів, до яких, безумовно, належить психоаналіз: як індивідуально, так і в групі. Попри те, що встановлення ефективності групаналізу вже має свою історію та ґрунтовні дослідні звіти, науковці продовжують вивчати різні часткові

аспекти його впливу на психічне функціонування суб'єкта та на динаміку його змін.

Метою статті став розгляд отриманих даних досліджень ефективності групаналізу як психотерапевтичного методу, виконаних у ХХІ столітті, на матеріалі публікацій журналу Group Analysis.

Матеріалом статті стало 437 статей журналу за 2000-2017 роки, що не включало статті-присвяти до річниць та персоналій, тож не відображає повний обсяг публікацій.

** журнал Group Analysis є одним із найавторитетніших наукових видань цього тематичного напрямку, внесених до міжнародної науково-метричної бази Scopus, що індексується станом на перше півріччя 2017 року за рангом SJR 0.192 у галузях клінічної і соціальної психології, а також психіатрії та психічного здоров'я.*

Із цієї кількості тільки 29 статей взагалі містили дані номотетичних емпіричних досліджень. Із них у 16 статтях предметом дослідження виступала ефективність групаналізу, але 3 статті із цих 16 стосувалися некласичних його форм: арт-групи, реп-терапія, системно-центрований групаналіз. Отже, тільки 13 публікацій відповідають меті цієї статті, тож стали об'єктом детального розгляду.

Так, у 2000 році вивчення ефективності роботи груп представив S. Lorentzen [8], застосувавши низку психодіагностичних методик різного профілю до кожного учасника груп до та після проходження ним терапії. Психодіагностика включала 12 методик на визначення симптомів, емоційного індексу, соціальної поведінки, міжособистісних труднощів, лідерських якостей та іншого. Групи працювали по 90 хв раз на тиждень і мали по 8 учасників кожна, одного й того ж ведучого-чоловіка і ко-терапевта-жінку в одній із груп. В середньому участь у терапії складала 32 місяці. Значущі зміни по закінченню групи були відзначені у показниках симптоматики, інтерперсональних проблем, ключових скарг і психосоціального функціонування. Цікаво, що самим пацієнтам здавалося, що у них іще відбуваються

якісні зміни, спричинені групою, навіть упродовж наступного року після її завершення.

У цьому ж році доволі масштабне порівняльне дослідження успішності індивідуальної та групової психоаналітичної терапії оприлюднили R. Heinzel, F. Breyer та T. Klien [4]. Вони провели анонімне опитування 633 пацієнтів різних німецьких психоаналітиків, які завершили своє лікування до 5 років тому. Йшлося про дослідження пацієнтів, що проходили свій аналіз у 1990-1994 роках, котрих попросили анонімно відповісти у формі оцінки від 1 (дуже погано) до 5 (дуже добре) на такі серії питань:

*Яким був / є ваш загальний стан здоров'я?
Яким був / є стан Вашого фізичного здоров'я?
Яким був / є стан Вашого психічного здоров'я?
Якими були / є Ваші стосунки з іншими?*

У такий спосіб пацієнти мали змогу самі оцінити ефективність отриманої терапії за власними суб'єктивними критеріями, а не спиратися на критеріальну модель, підготовану дослідниками. Порівнюючи отримані дані між учасниками груп (пройшли в середньому 120 сесій) та тими, хто проходив психоаналіз індивідуально (пройшли в середньому 261 сесію), дослідники встановили відсутність статистично значущої різниці (Мал. 1).

Changes by Group and Individual Therapy in Comparison								
	Group therapy				Individual therapy			
	n	Begin	Change	%	n	Begin	Change	%
<i>Scaled variables (5 = bad, 1 = good)</i>								
Overall condition	90	4.22	-2.17	54.3	443	4.33	-2.2	55.0
Physical health	89	3.17	-1.06	26.5	441	3.19	-1.12	28.0
Mental health	90	4.34	-2.17	54.3	445	4.46	-2.33	58.3
Relationships	87	3.60	-1.45	36.3	439	3.67	-1.60	40.0
<i>Metric variables (total numbers)</i>								
Hospital days	81	6.30	-2.95	46.8	415	2.33	-1.76	75.5
Lost work days	78	17.06	-12.42	72.8	409	13.28	-9.33	70.3
Specialist consultation	80	4.78	-2.35	49.2	399	3.66	-1.61	44.0
GP consultation	80	8.78	-3.60	41.0	400	5.93	-3.41	57.5

Мал. 1. Порівняння змін у стані пацієнтів групової та індивідуальної психоаналітичної терапії у дослідженні R. Heinzl, F. Breyer, T. Klien [4].

Дослідження 2000 року, виконане в незвичному дослідному дизайні, належить німецькому психоаналітику G. Seidler [9], який аналізував відеозаписи групових сесій у 12-тижневих групах, визначаючи в ході сесій маркери трьох типів інтеракцій учасників: які стосуються себе (самого учасника), стосуються інших або не стосуються нікого конкретно. У цьому дослідженні було підтверджено, що статистично підтверджене зростання інтеракцій, які апелюють до самого себе (Я-висловлювань, взяття на себе відповідальності за процес терапії і т.д.), корелює зі зменшенням початкової симптоматики. Тобто ефективність групової терапії в аспекті симптомів прямо залежить від розвитку здатності особи говорити у групі про себе.

Інше оригінальне дослідження, виконане в Німеччині цього ж року, представили V. Tschuschke та T. Anbeh [11]. Їх цікавило, чи можна встановити в

довготривалій груповій терапії значущий лікувальний ефект вже на ранніх сесіях. Для відповіді на це питання автори обстежили до початку роботи групи, після 11-14 сесій та одразу по завершенню групи 297 осіб, з яких 184 проходили групаналіз, 72 — психодраму, 41 — інші групи в еклектичному підході. До використаного діагностичного інструментарію увійшли: *Опитування щодо інтерперсональних проблем* (Inventory of interpersonal problems, IIP), *Шкала оцінки симптомів* (Symptoms CheckList-90-R, SCL-90-R), визначення терапевтичних цілей. Результати цього дослідження показали низку позитивних тенденцій, відзначених у учасників вже на перших 11-14 сесіях в усіх трьох когортах, які, втім, поки не мали достатнього рівня значущості. Однак, загальний лікувальний ефект досяг статистично значущого рівня в оцінці досягнення цілей терапії самими учасниками груп (Мал. 2).

Overall Treatment Effect Sizes (ES)		
	Significance	ES
Therapy goals (patients)	0.000	0.90***
GAF scale (therapists)	0.000	0.44**
IIP – total score (patients)	0.000	0.22*
SCL-90-R – GSI score (patients)	0.000	0.20*

*** strong, ** moderate, * weak

Мал. 2. Оцінка лікувального ефекту довгострокової групової терапії на ранніх сесіях V. Tschuschke та T. Anbeh [11].

Через 7 років ця ж дослідна група разом з Р. Kiencke [12] представила подальші дані цього дослідження, де висвітлила загальний лікувальний ефект

довгострокових терапевтичних груп (мал. 3), підтвердивши наявність достовірно сильного та помірного зсуву в усіх досліджуваних показниках.

Outcomes and effect sizes (ES) pre-post-comparison						
		n	Mean	s	RCI	P (Wilcoxon) ES
GAF	Pre	244	56.2	9.7		< 0.000 1.50***
	Post		71.7	11.0		
Target complaints	Pre	236	3.99	0.64		< 0.000 2.21***
	Post		2.21	0.97		
IIP-C	Pre	237	1.76	0.49	0.38	< 0.000 0.71**
	Post		1.38	0.54	> 0.33	
SCL-GSI ¹	Pre	236	1.03	0.59	0.47	< 0.000 0.90***
	Post		0.56	0.43	> 0.38	

¹ GSI = Global Severity Index
* weak effect; ** moderate effect, *** strong effect

Мал. 3. Оцінка лікувального ефекту довгострокової групової терапії V. Tschuschke, T. Anbeh, P. Kiencke [12].

У 2002 році D. Kennard, J. Roberts та B. Elliott [6] представили результати свого дослідження ведення експериментальної тренінгової групи із групаналізу через перекладача у м. Санкт-Петербург. Для оцінки ефективності роботи подібної групи автори склали дослідний дизайн, до якого увійшли:

1) *рейтингове шкалювання*: в кінці кожного тренінгового дня ведучий групи, перекладач і всі учасники ранжували від 1 до 7 кілька особливостей групових сесій, як-от: особисте відчуття того, чи розумів ведучий групи те, що обговорювалося, наскільки доречно впливав на групові процеси тощо;

2) *приклади неправильного перекладу*: англомовних учасників групи, перекладача і ведучого прохали щодня надавати приклади неправильного перекладу або труднощів у перекладі, з якими вони зіткнулися;

3) *переклад аудіозаписів сесій* мовою ведучого стороннім незалежним перекладачем: дозволило порівняти смисли, передані в усному синхронному перекладі і в неквапному письмовому вигляді.

Результати цього дослідження показали високий рівень порозуміння між учасниками групи і ведучим та підкреслили, що помилки в порозумінні стосувалися здебільшого культурного контексту, аніж мови.

Наступним питанням цих же авторів, яке вони розкрили в іншій роботі у цьому ж році було те, чи описана ними експериментальна група дійсно була терапевтичною та групаналітичною [7]. Для відповіді на це питання дослідники проводили наприкінці кожного тренінгового дня методику Bloch'a "Найважливіша подія" (Most Important Event Questionnaire, MIEQ), ставлячи учасникам такі два питання:

1) "Що було найважливішою подією для Вас, яка сталася на сьогоднішніх сесіях?"

2) "Чому це стало важливим для Вас?"

Отримані відповіді оцінювалися двома незалежними експертами за відповідністю терапевтичним факторам, за Яломом [цит. за 7], і атрибутам групаналізу, на підставі чого було встановлено: описані учасниками феномени, важливі для них, підтверджують і терапевтичність, і групаналітичність отриманого ними досвіду.

У 2003 році було опубліковано дані дослідження M. Ammon [1], яка двічі проводила структуроване інтерв'ю та Тематичний аперцептивний тест (ТАТ) в якості ведучої групи, і показала наявність якісного зсуву в показниках обох методик в низці якостей.

Цього ж року представили дані ефективності 5-ти короткотривалих терапевтичних груп, ведених на принципах та ідеях групаналізу, S. Conway, K. Audin, M. Barkham, J. Mellor-Clark та S. Russell [3]. Вони визначали показники різних аспектів особистості і симптоматики учасників груп в трьох періодах:

- дотерапевтичному;
- терапевтичному;
- посттерапевтичному.

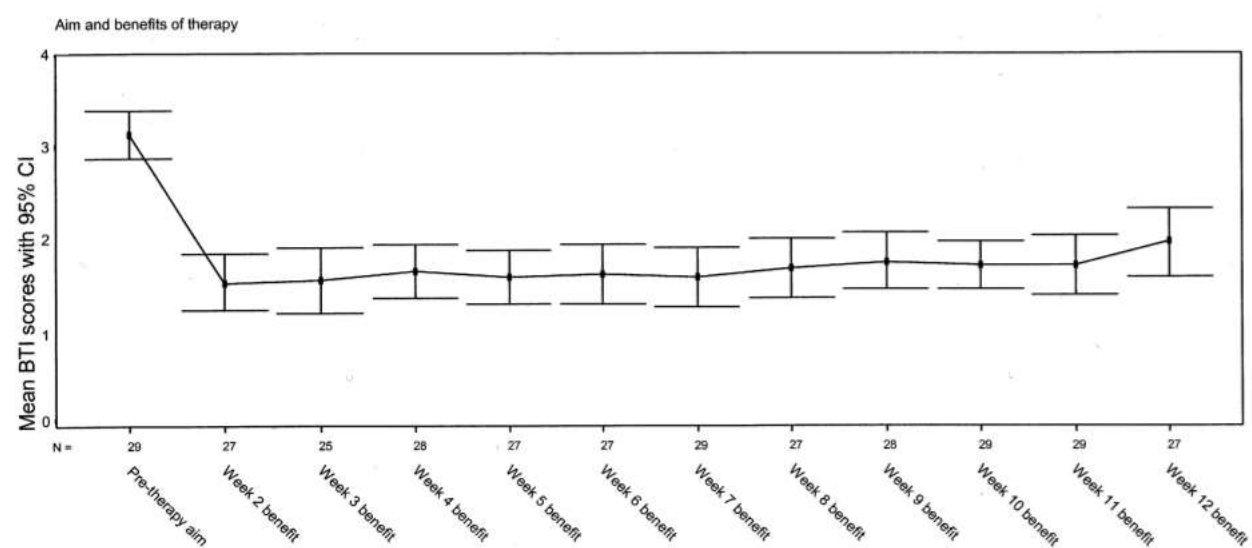
В якості засобів вимірювання було використано опитувальники: *Опитування інтерперсональних проблем IIP-32* (Inventory of Interpersonal Problems-32, автор Barkham та колеги, 1996), *Опитування інтерперсональних проблем «Стилі прив'язаностей»* (Inventory of Interpersonal Problems-Attachment Styles IIP-AS, автори Hardy, Barkham, 1994), *Коротке опитування щодо симптомів* (Brief Symptoms Inventory BSI, автори Derogatis, Melisaratos, 1993), *Коротка форма 36* (Short Form-36, SF-36, автори Ware, Sherbourne, 1992) та *Опитування про цілі терапії* (Aims of Therapy Inventory ATI, автори Shapiro, Barkham, 1993). Із відзначених

опитувань SF-36 було повторено під час терапії через 4 та 8 тижнів роботи групи для виміру:

- рольових обмежень через емоційне функціонування;
- соціального функціонування;
- ментального здоров'я.

Опитування про цілі терапії (ATI) для терапевтичного та посттерапевтичного періодів було модифіковано авторами в *Опитування про досягнення в терапії* (Benefits of Therapy Inventory, BTI), яке проводилося учасникам кожного тижня у терапевтичний період. Важливим у цьому дослідженні є також і те, як саме проводився збір даних: учасникам розсилали тексти

опитувань вранці в понеділок і того ж дня вони приносили заповнений бланк на групу і поміщали його у спеціальну закриту коробку. Таким чином забезпечувалась конфіденційність та анонімність відповідей. За результатами дослідження автори змогли побудувати дотерапевтичний і посттерапевтичний профілі груп та обрахувати показники ефективності. Наприклад, ними було встановлене стійке безперервне підвищення у показниках ментального здоров'я, високий рівень особистого задоволення результатами терапії (мал. 4), а в третини учасників груп — клінічно доведене покращення в симптоматиці.



Мал. 4. Щотижневий графік середньогрупового рівня цілей та досягнень у терапії у дослідженні S. Conway, K. Audin, M. Barkham, J. Mellor-Clark і S. Russell [3].

Цього ж року дослідна група у складі С. Terlidou, D. Moschonas, P. Kakitsis, M. Manthouli, T. Moschona і I. K. Tsegos [10] опублікувала результати дослідження особистісних змін по завершенню довготривалої групаналітичної терапії, виконаного при Афінському відкритому психотерапевтичному центрі. Методом тесту-ретесту за MMPI та тестом Роршаха автори встановили наявність статистично значущих особистісних змін учасників групи за низкою показників: зменшення клінічної симптоматики, покращення соціальної адаптивності, більш контрольоване вираження емоцій, досягнення зрілості інтерналізованих образів та підвищення здатності до побудови стосунків.

У 2007 році D. Britvic, V. Anticevic, I. Urlic, G. Dodig, B. Lapenda, V. Kekez, I. Mustapic [2] оприлюднили дані ефективності груп для 70 ветеранів війни із постстресовим травматичним розладом на підставі розрахунку різниці в показниках шкал стандартизованих діагностичних методик до та після

проведення групи за t-критерієм Стюдента. Поміж іншого, вони встановили значуще підвищення у показниках здатності до проблемно-орієнтованого опанування стресу, зниження рівня депресії та помірно виражену тенденцію до підвищення рівня якості життя.

У 2010 році P. Valerio та G. Lepper [13] представили результати дослідження особливостей змін, характерних для жертв сексуального насильства, що відвідують короткострокову та довгострокову терапевтичні групи. В якості контрольної групи виступили особи із переліку очікування на терапію, які відзначили сексуальне насильство як свою ключову проблему. В ході дослідження було показано, що терапевтичний ефект досягається учасниками і при короткострокових групах (підвищення самооцінки, зменшення симптоматики — в обох когортах), але в довгострокових групах ефект більш виражений і стосується ще й зменшення переживань дисоціації, сорому та повної втрати симптоматики.

Цікавим є дослідження зв'язку між вартістю та ефективністю психоаналітичної терапії в групі, опубліковане 2012 року N. Karapostoli, N. Polyzos і I. K. Tsegos [5]. Автори взяли 495 клінічних випадків 1999-го року, які були повністю записані, і поділили їх на чотири групи за результатами терапії:

1) пацієнти, які досягли цілей покращення свого стану та повернулися до свого звичного життя без симптомів;

2) пацієнти, які досягли покращення, але частина симптомів залишилася;

3) пацієнти, які не мали жодних істотних змін;

4) пацієнти, що повторно захворіли або яким був рекомендований інший вид терапії.

Підставою для зазначеного розподілу стали дані спостережень, результати психодіагностики до та після, а також думка самих аналізентів. Для кожного учасника дослідження була вирахована вартість однієї терапевтичної години, яку він сплачував упродовж всього періоду. Отримані дані (мал. 5) показують, що група пацієнтів, яка досягла покращення і повністю позбулася початкових симптомів у середньому пройшла найтривалішу терапію і оплачувала її найвищою вартістю.

	Mean Value of Therapy Duration (Months)	Mean Value of The Cost (€)
Improved without Symptoms	26±4.5	3,052±540
Improved with Symptoms	22.6±3.8	2,653±450
No Significant Change	6.4±1.1	754±13
Deteriorated / Other Therapy Recommended	5.6±1	660±11

Мал. 5. Середні значення тривалості та вартості групової терапії для груп різного рівня ефективності N. Karapostoli, N. Polyzos та I. K. Tsegos [5].

Підсумовуючи розглянуті дані та власне враження від висвітлених статей, слід сказати, що в цілому питання ефективності групаналізу і психоаналітичної групової терапії є ретельно дослідженим інституціями як-от IGA, E.G.A.T.I.N. і національними науковими установами низки країн в межах дослідних програм, на які посилаються у своїх працях цитовані нами автори. Проте, як постійно наголошує у своїх роботах S. Lorentzen, схоже, що галузі ще бракує більш фокусованих досліджень: спрямованих на вивчення ефективності групаналізу для специфічних когорт суб'єктів (з порушенням харчової поведінки, соціальною дезадаптованістю, тривожністю тощо) і покликаних з'ясувати певні часткові феномени групової динаміки. Тож вектор дослідження ефективності групаналізу XXI століття складається в бік вивчення часткових, конкретних питань на великих вибірках із залученням контрольних груп та шляхом формульованого чи квазі-експерименту.

Література:

1. Ammon M. *Psychological Studies on Human Structural Dance* // *Group Analysis*. — 2003. — № 36.2. — P. 288—306.
2. Britvic D., Anticevic V., Urlic I., Dodig G., Lapenda B., Kekez V., Mustapic I. *Psychotherapeutic Treatment Program for Post-traumatic Stress Disorder: Prospective Study of 70 War Veterans* // *Group analysis*. — 2007. — № 40.4. — P. 507—522.

3. Conway S., Audin K., Barkham M., Mellor-Clark J., Russell S. *Practice-based Evidence for a Brief Time-intensive Multi-modal Therapy Guided by Group-analytic Principles and Method* // *Group Analysis*. — 2003. — № 36.3. — P. 413—435.
4. Heinzl R., Breyer F., Klien T. *Outpatient Psychoanalytic Individual and Group in a Nationwide Catamnestic Study in Germany* // *Group Analysis*. — 2000 — № 33.3. — P. 353—372.
5. Karapostoli N., Polyzos N., Tsegos I. K. *The Cost of Therapy Services Provided by a Day Psychotherapy Unit* // *Group Analysis*. — 2012. — № 45.4 — P. 515—535.
6. Kennard D., Roberts J., Elliott B. *Group-analytic training conducted through a language interpreter: are we understanding each other?* // *Group Analysis*. — 2002. — № 35.2. — P. 209—235.
7. Kennard D., Elliott B., Roberts J., Evans C. *Group-analytic training conducted through a language interpreter: is the experience therapeutic? Is it group-analytic?* // *Group Analysis*. — 2002. — № 35.2. — P. 237—250.
8. Lorentzen S. *Assessment of change after long-term psychoanalytic group treatment: presentation of a field study of outpatients from privat psychiatric practice* // *Group Analysis*. — 2000. — № 33.3. — P. 373—396.
9. Seidler G. *The self-relatedness construct: empirical verification via observation in the context of inpatient group therapy* // *Group Analysis*. — 2000. — № 33.3. — P. 413—432.

10. Terlidou C., Moschonas D., Kakitsis P., Manthouli M., Moschona T., Tsegos I. K. *Personality Changes after Completion of Long-term Group-Analytic Psychotherapy* // *Group Analysis*. — 2004. — № 37.3. — P. 401—418.
11. Tschuschke V., Anbeh T. *Early treatment effects of long-term outpatients group therapies — first preliminary results* // *Group Analysis*. — 2000. — № 33.3. — P. 397—411.
12. Tschuschke V., Anbeh T., Kiencke P. *Evaluation of Long-term Analytic Outpatient Group Therapies* // *Group analysis*. — 2007. — № 40.1. — P. 140—159.
13. Valerio P., Lepper G. *Change and Process in Short and Long-term Groups for Survivors of Sexual Abuse* // *Group Analysis*. — 2010. — № 43.1. — P. 31—49.

REFERENCES:

1. Ammon, M. (2003). *Psychological studies on human structural dance*. *Group Analysis*, 36(2), 288-306.
2. Britvić, D., Antičević, V., Urlić, I., Dodig, G., Lapenda, B., Kekez, V., & Mustapić, I. (2007). *Psychotherapeutic treatment program for post-traumatic stress disorder: prospective study of 70 war veterans*. *Group analysis*, 40(4), 507-522.
3. Conway, S., Audin, K., Barkham, M., Mellor-Clark, J., & Russell, S. (2003). *Practice-based evidence for a brief time-intensive multi-modal therapy guided by group-analytic principles and method*. *Group Analysis*, 36(3), 413-435.
4. Heinzl, R., Breyer, F., & Klein, T. (2000). *Outpatient Psychoanalytic Individual and Group Psychotherapy in a Nationwide Catamnestic Study in Germany*. *Group Analysis*, 33(3), 353-372.
5. Karapostoli, N., Polyzos, N., & Tsegos, I. K. (2012). *The cost of therapy services provided by a day psychotherapy unit*. *Group Analysis*, 45(4), 515-535.
6. Kennard, D., Roberts, J., & Elliott, B. (2002). *Group-analytic training conducted through a language interpreter: Are we understanding each other?*. *Group Analysis*, 35(2), 209-235.
7. Kennard, D., Elliott, B., Roberts, J., & Evans, C. (2002). *Group-analytic training conducted through a language interpreter: Is the experience therapeutic? Is it group-analytic?*. *Group Analysis*, 35(2), 237-250.
8. Lorentzen, S. (2000). *Assessment of change after long-term psychoanalytic group treatment: presentation of a field study of outpatients from private psychiatric practice*. *Group Analysis*, 33(3), 373-396.
9. Seidler, G. H. (2000). *The self-relatedness construct: Empirical verification via observation in the context of inpatient group therapy*. *Group Analysis*, 33(3), 413-432.
10. Terlidou, C., Moschonas, D., Kakitsis, P., Manthouli, M., Moschona, T., & Tsegos, I. K. (2004). *Personality changes after completion of long-term group-analytic psychotherapy*. *Group Analysis*, 37(3), 401-418.
11. Tschuschke, V., & Anbeh, T. (2000). *Early treatment effects of long-term outpatient group therapies-first preliminary results*. *Group Analysis*, 33(3), 397-411.
12. Tschuschke, V., Anbeh, T., & Kiencke, P. (2007). *Evaluation of long-term analytic outpatient group therapies*. *Group analysis*, 40(1), 140-159.
13. Valerio, P., & Lepper, G. (2010). *Change and process in short and long-term groups for survivors of sexual abuse*. *Group Analysis*, 43(1), 31-49.

ГРУППОВОЙ АНАЛИЗ XII ВЕКА: ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ

(на материале статей журнала *Group Analysis* 2000-2017 годов)

М. С. Великодная

В статье изложены результаты рассмотрения современных данных исследований эффективности группанализа, выполненных в номотетическом подходе и объективирующих факторы успеха и неуспеха терапии в группе. Сформулированы также перспективные направления последующих исследований группаналитических феноменов.

Ключевые слова: группанализ, групповая психотерапия, психоанализ, психоаналитическая терапия, эффективность психоанализа.

GROUP ANALYSIS IN THE XXITH CENTURY: EMPIRICAL STUDIES OF EFFECTIVENESS

(based on articles of the journal «Group Analysis» published in 2000-2017)

M. Velykodna

The article contains results of examination of contemporary studies on group analysis effectiveness. The main emphasis was made on objective factors of success and failure of group therapy in different cohorts of patients. Perspective questions for further research were formulated.

Key words: effectiveness of psychoanalysis, group analysis, group therapy, psychoanalysis, psychoanalytic therapy.

ФОРМУВАННЯ ОБРАЗУ ТІЛА У МОЛОДІ З ПОРУШЕННЯМ ФУНКЦІЙ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Національний педагогічний університет ім. М.П. Драгоманова, м. Київ

Ключові слова: молоді люди з порушенням функцій опорно-рухового апарату, образ тіла, Я-тілесне, розвиток, травма

Ставлення людства до власного тіла змінювалося відповідно до соціально-культурних умов та розвитку науково-технічних здобутків цивілізації, проте інтерес існував завжди. Первісні люди створювали образи людського тіла в вигляді тотемів, використовуючи їх в архаїчних ритуалах. Сучасні науковці працюють над розробкою таких розділів нанобіотехнологій, як трансплантація тканин та органів, тканинна інженерія, геноміка та інші, що вказує не лише на інтерес людини до зазначеної проблеми, алей й бажання впливати на «власне» тіло, змінювати його.

Наявність у людини обмежень життєдіяльності, зокрема порушень функцій опорно-рухового апарату, викликає низку запитань: чи існують відмінності у формуванні образу тіла у людей з порушенням функцій опорно-рухового апарату та людей з типовим розвитком, як впливає на особистість набута протягом молодого віку втрата опорно-рухових функцій і як переживається наявність зовнішніх фізичних відмінностей молодими людьми загалом.

Теоретичне обґрунтування проблеми формування образу тіла висвітлені в працях багатьох дослідників психологічної галузі, зокрема представниками психоаналітичного напрямку.

У працях З. Фрейда простежується ідея проекції образу тіла на його поверхню та організації лібідо в тілі. Також автор описує розвиток еrogenних зон, їх особливості та місце в формуванні тілесного его. Розвиток сексуального лібідо відбувається в зонах найбільшої концентрації контактів з зовнішнім світом, відповідно, провідне місце належить отворах та їх взаємодії з зовнішнім світом [4; с.199].

Анзье Д. в своїх працях звертає увагу на те, що Фрейд З. обмежує так звану оральну фазу досвідом, що стосується виключно щочно-ковтальної зони та задоволенню від смоктання. Він підкреслює важливість задоволення, яке виникає від відчуття внутрішнього наповнення. Анзье Д. зазначає, що в той час, коли рот забезпечує перший досвід диференційованого контакту

та поглинання (інкорпорації), відчуття внутрішнього наповнення забезпечує немовляті більш об'ємне та тривале переживання важкості, наповнення, маси. Анзье Д. застосовує поняття «его-шкіра» для опису образу, який описує мислення дитини на ранніх стадіях розвитку для представлення себе як самості на основі свого сприйняття поверхні тіла [4; с.200].

Анзье Д. описує такі стадії розвитку тілесного его:

1. Феномен існування у новонародженого тілесного перед-Я, яке наділене здатністю регулювати за допомогою досвіду тілесних та психічних функцій (що виникає завдяки генетичному кодові та внутрішньоутробному розвитку) розпізнавання невербальних шумів та звуків та впізнання внутрішніх фонологічних відмінностей, що стосуються оточуючого дитини мовлення, здатного передавати сигнали оточенню (спочатку мімікою та криком, можливо запахом, потім поглядом та положенням тіла, потім жестами та звуком). Тілесне перед-Я попередник почуття особистої ідентичності та почуття реальності, що характеризує Я-психічне [1; с.66].

2. Спільна шкіра немовляти та матері. Материнське піклування «оточує» немовля зовнішньою оболонкою. Подвійний зворотній зв'язок призводить до конституційного інтерфейса, з одного боку якого знаходиться мати з другого – дитина. Спільна шкіра утримує їх в спільності, проте симетрично, що вказує на майбутню сепарацію. Спільна шкіра перемикає їх з одного на іншого, забезпечуючи між двома партнерами комунікацію без посередника, взаємну емпатію, адгезивну ідентифікацію: унікальний екран, резонуючий з відчуттями, афектами, ментальними образами, життєвими ритмами обох.

До утворення фантазму про спільну шкіру в психіці новонародженого домінує внутрішньоутробний фантазм, який заперечує народження; - фантазм взаємної інклюзії, первинного нарцистичного злиття, в якому дитина в більшому чи меншому ступені приваблює свою

матір, спустошену внаслідок народження плоду, який вона виносила; фантазм, який в подальшому відживлюється любовним досвідом, відповідно до якого кожен з двох, тримаючи в обіймах іншого, огортає його немов оболонкою. Аутистична оболонка вказує на схильність до внутрішньоутробного фантазму і про неможливість перейти до фантазму про спільну шкіру. Внаслідок цього порушення (що може виникати через збій в генетичній програмі, дефективність зворотного зв'язку з оточенням або нездатність до фантазматизації) немовля за допомогою передчасної та патологічної реакції негативної самоорганізації уникає функціонування в відкритій системі, захищається в аутистичній оболонці та відходить в закриту систему, систему яйця, яка не замкнена.

Народження дитини з особливостями в розвитку, зокрема з дитячим церебральним паралічем, є для батьків тим поштовхом, що викликає процеси «переживання горя». Селігман М., Дарлінг Р., Фюр Г. зазначають, що процеси горювання виникають через втрату бажаної, ідеальної, омріяної, здорової дитини [5,6,9]. Оскільки втрата «дитини мрії» та народження дитини з порушеннями здоров'я (дитини, яку батьки бояться) відбуваються одночасно, то немає часу, щоб до кінця зрозуміти та змиритися. Переважна більшість батьків тривалий час перебувають на перших стадіях переживання втрати, які характеризуються запереченням реальної ситуації, емоційною дезорганізацією, шоком та переважанням містичного мислення [8,9,10]. Зазначені особливості в перші дні захищають свідомість від надзвичайної тривоги, але згодом ці переживання є несприятливими і для батьків, і для дитини.

З зазначеного вище, можна припустити, що мати, яка переживає складні переживання стосовно народження дитини з порушеннями здоров'я, емоційно не пов'язана з дитиною, піклування не містить необхідних компонентів, що сприяють розвитку прив'язаності, також необхідно пам'ятати про наявність психофізичних порушень у самої дитини з дитячим церебральним паралічем, які ускладнюють процес розвитку, зокрема психоемоційного. Можна припустити, що діти з порушеннями психофізичного розвитку можуть перебувати в аутистичній оболонці, що

перешкоджатиме переходу до фантазму про спільну шкіру. І лише за умови, що стан матері стабілізується, або якщо про дитину піклуватимуться ті члени сім'ї, які емоційно більш стійкі, можливий поступових перехід до фантазму «спільна шкіра».

3. Наступний етап потребує стирання утвореної спільної шкіри та визнання того, що кожен має власну шкіру та власне Я, що не відбувається без опору та болі. Починає діяти фантазм про вирвану шкіру, про вкрадену шкіру, мертву шкіру, про шкіру-вбивцю (отруйний плащ Геракла).

Якщо страхи, пов'язані з цими фантазмами, вдається подолати, дитина отримує Я-шкіру [1; с.69].

Девід Розенфельд у книзі «Душа, розум та психоаналітик» описує психотерапію з пацієнтом, який страждав від порушення образу власної шкіри та програвав в стосунках з аналітиком ту частину немовлячого періоду, в яких зазначені розлади починалися. На сесіях він згадував казку «Осячча шкура». Він відчував себе позбавленим шкіри, порівнюючи свої відчуття з відчуттям краба, який втратив панцир, побоюючись, що стане амебою або слизнем. Д. Розенфельд виявив механізм впевненості клієнта в тому, що він зможе зануритися в об'єкт, для того, щоб жити в шкірі когось іншого [4; с.200].

Після утворення Я-шкіри (власного Я) відбувається інтенсивний розвиток тілесного Я. Наприклад, в періоді раннього дитинства розвиток тілесного Я пов'язаний з дослідженням можливостей власного тіла. На думку Гілберта С. та Томпсона Ю., незадоволення тілом може виникати при наявності критичних зауважень або принижень з боку батьків та неприйняття однолітками [3; с.89].

У дітей з дитячим церебральним паралічем є складності з дослідженням простору, через порушення функцій опорно-рухового апарату, деякі діти позбавленні здатності пересуватися, що впливає на утворення залежності та зневіри в власні сили та можливості. Через переважаючу гіперопіку з боку батьків не формується автономність (Е.Еріксон) та переважають інфантильні форми поведінки [7]. Виховують дітей з порушеннями психофізичного розвитку переважно матері, батьки, зазвичай, відсторонені, або ж залишають родину, не витримавши

складностей. Батько – це об'єкт, який надає дитині приклад несембіотичних стосунків з матір'ю, стосунків між двома відокремленими об'єктами. Стосунки з батьком – це прообраз соціальної взаємодії. Мабуть, саме в ранньому дитинстві утворюються труднощі в соціальній взаємодії, які притаманні великій кількості молодих людей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату.

У ранньому дитинстві починає формуватися самосвідомість, це пов'язано з розвитком Я-концепцій в трирічному віці. Я-фізичне як усвідомлення свого тіла пов'язане зі свідомою руховою активністю та оцінкою цієї активності дорослими. У дитячому періоді розвитку відбувається статева ідентифікація з представником (батьком або матір'ю) своєї статі. На жаль, більшість батьків дітей з психофізичними обмеженнями саме в цей період можуть переживати стадію «агресії» (відповідно до динаміки переживання горя) і виявляти злість у ставленні до дитини, чим пригнічувати її і до того ускладнений розвиток.

У початковій фазі підліткового періоду (типового розвитку) уявлення про зовнішність фрагментоване, сконцентроване на частинах тіла: вухах, ногах, носі та інших. Певні частини тіла здаються підлітку занадто тонкими, великими, короткими або довгими. Підлітки вважають, що оточення помічає зазначені особливості. Потім в процесі дорослішання фрагментоване уявлення про себе зливається у цілісний образ. Проте у деяких підлітків є ризик збереження фрагментованого уявлення.

Також важливим аспектом підліткового розвитку є продовження формування статевої ідентичності. Пітер Блос у книзі «Психоаналіз підліткового віку» розрізняє психоаналіз дівчинки-підлітка та підлітка-хлопчика. Підлітків цікавлять зміни, які відбуваються з їхнім тілом, і учений рекомендує, щоб терапію підлітка проводив терапевт тієї самої статі, що й пацієнт. У психоаналізі хлопчика має місце страх кастрації, а дівчинки заздрість до пенісу. В підлітковому періоді важливе місце займає ставлення до власних статевих органів як важливих складових образу власного тіла.

Дослідження О.Романенко вказують на те, що у підлітків з дитячим церебральним паралічем образ тіла не розвивається, їх мало цікавить власна зовнішність, вони її ігнорують. Натомість активно розвиваються

суспільно значущі якості: моральність, відповідальність, виконання правил поведінки. Тобто, Супер-его поглинає усвідомлення образу тіла, усвідомлення власної статевої ідентичності, що в подальшому (в молодому віці) може знаходити вихід у сексуальних фантазіях, переважно перверсійного характеру, або ж в відсутності, слабкості статевої ідентифікації. Іноді батьки підлітків з дитячим церебральним паралічем описують їх або зображають при проведенні проєктивних методик, з відсутністю статті, без жіночих, або чоловічих ознак.

Таким чином до початку зрілості у молодих людей з вродженим порушенням функцій опорно-рухового апарату образ власного тіла недостатньо сформований, що відбувається через вроджені особливості та ускладнення контактів із соціальним середовищем, провідне місце в якому посідають батьківські ставлення. Молоді люди з набутими (в молодому віці) порушеннями функцій опорно-рухового апарату також мають низку проблем з прийняттям власного тілесного образу.

Проблеми, з якими зустрічаються люди з помітними зовнішніми відмінностями у молодому віці, переважно стосуються складностей у соціальних контактах, негативному самосприйнятті та емоціях. Досліджуючи емоційні стани молодих людей з помітними зовнішніми відмінностями, Томпсон Ю., Кент Г. та Сміт П. відзначили високу розповсюдженість тривоги, різних видів депресії, «межових станів» та «неврозів». До того ж молодим людям притаманні негативне самосприйняття та негативні рівні самооцінки, що пов'язані з реакцією оточуючих людей на їх зовнішність. Мосс Т. і Карр Т. стверджували, що коли самооцінка зовнішності домінує, то людина використовує для інтерпретації незрозумілих переживань саме фізичні вади.

Особи, в яких фізична вада з'явилася в зрілому періоді життя, зазвичай вказують на переживання втрати старої ідентичності. Це почуття переживають люди, які перенесли травму або ж хірургічне втручання. Нездатність усвідомлювати власне Я або примушена зміна зовнішності, яку ми звикли пропонувати світу, призводять до глибокого порушення уявлень людини про себе. Бредбурі Е. у працях акцентує увагу на процесах горювання, які подібні з переживаннями

втрати, що вміщують у собі заперечення, гнів, дистрес, тривогу та депресію. Саме внаслідок зазначених особливостей відбувається процес поступової адаптації.

Велике значення в роботі з людьми з помітними зовнішніми відмінностями посідають переживання «сорому». Гілберт П. описав сором як реакцію, яка виникла внаслідок усвідомлення того, що людина втратила статус та знецінена в очах інших. Негативне уявлення про саму себе визначається як «внутрішній сором». Переживання, що інші люди сприймають людину як непривабливу та дискредитовану, визначаються як «зовнішній сором». Сором передбачає приниження, незважаючи на те, що і зовнішній, і внутрішній сором іноді можуть бути складовою переживань людини з порушеннями функцій опорно-рухового апарату, проблема сорому як основного переживання є недоведеною.

Б. Кілборі зазначав, що сором може викликати біль та страждання. Для того, щоб уникати болю, деякі люди створюють в фантазіях певну невидимість. Проте відчуття невидимості формує переконання, що власні почуття не мають значення та їх неможливо відтворити. Як тільки людина стає «невидимою», то ізолюваність та тривога стають нестерпними – це порушує людську гідність. Тоді людина стає залежною від очікуваної, пережитої та вигаданої сліпоти оточуючих, яка необхідна для того, щоб сховати свою невидимість [2].

Фізичні відмінності можуть впливати на соціальну взаємодію, а саме: складності в контактах з незнайомими людьми, знайомство з новими людьми та встановленні нових дружніх відносин. Люди з наявними відмінностями у зовнішності не хочуть бути об'єктами небажаної уваги та зазвичай прагнуть до усамітнення та анонімності.

Соціальні контакти молодих людей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату характеризуються такими особливостями: неприродні реакції з боку оточення можуть призвести до виникнення негативних відповідних аверсійних емоційних реакцій, неадаптивних розумових процесів (призвести до соціальної тривоги та страху негативної соціальної оцінки з боку оточення), до несприятливого ставлення до самого себе (заниженої самооцінки, заниженому тілесному образу) та реакції уникання. Негативні

переживання в соціальних ситуаціях можуть викликати занепокоєння тим, який вплив зовнішні фізичні відмінності спричиняють на інших людей та думки про те, що негативні реакції будуть виникати в більшості соціальних ситуацій [3; с.125 -130].

Молоді люди з вродженими та набутими порушеннями функцій опорно-рухового апарату мають складності в прийнятті власного тілесного образу, і відповідно цілу низку несприятливих симптомів. У молодих людей з вродженими обмеженнями життєдіяльності утворилася складність у сприйнятті образу тіла, внаслідок несприятливих умов його формування, можна припустити, що образ тіла недорозвинений. Також можливо припустити, що образ тіла може формуватися нецілісний з відсутніми частинами, або ж до компонентного складу образу тіла належать протези та візок, які займають місце відсутніх чи недорозвинених органів. Зазначені особливості вказують на необхідність раннього психотерапевтичного втручання, до того ж, психотерапія потрібна не тільки дітям з порушенням психофізичного розвитку, але й їх батькам. Молоді люди з набутими порушеннями функцій опорно-рухового апарату можуть переживати руйнацію тілесного образу, відповідно, тривогу, страх, сором та втрату ідентичності, що також потребує особистісної психотерапії.

Література:

1. Анзье, Дидье Я-кожа [текст]/ Дидье Анзье; пер. с фр. под. науч. ред. С.Ф.Сироткина, М.Л.Мельниковой. – Ижевск: ERGO, 2011. – XXXIV, 302 с.
2. Килбори Б. Исчезающие люди: стыд и внешний облик/ Пер. с англ. – М.: «Когито-Центр», 2007. – 269с. (Библиотека психоанализа).
3. Рамси Н., Харкорт Д. Психология внешности / Пер. с англ. – СПб.: Питер, 2009. – 256с.: ил. – (Серия «Мастера психологи»); 89; с.89].
4. Розенфельд Д. Душа, разум и психоаналитик: создание психоаналитического сеттинга с пациентами с психотическими аспектами личности: пер. с англ. / Дэвид Розенфельд. – Харьков, Планета-Принт, 2015. – 268с.
5. Селигман М., Дарлинг Р. Обычные семьи, особые дети: [пер. с англ.] / Селигман М., Дарлинг Р. – М.: Теревинф, 2007. – 368 с. – (Серия «Особый ребёнок»).
6. Фюр Г. «Запрещенное» горе / Г. Фюр. – Мн.: Вараксин А.Н., 2008. – 78с.

7. Erikson E. *The problem of ego identity*. In G. Pollock (Ed.), *Pivotal papers on identification*. Madison, CT: International Universities Press, 1993. – 230 p.
8. Freud S. *Mourning and melancholia*. *Standard Edition*, 14, 1917, London, Hogarth Press, 1957, 243-258.
9. Hornby G. (1994). *Counselling in child disability: Skills for working with parents*. London: Chapman and Hall ; c – 20.
10. Seligman M. (Ed.). (1991). *The family with a handicapped child* (2nd ed.). Boston Allyn & Bacon.

Literatūra:

1. Anz'e, Did'e YA-kozha [tekst]/ Did'e Anz'e; per. S fr. Pod. nauch. Red.. S.F.Sirotkina, M.L.Mel'nikovoj. – Izhevsk: ERGO, 2011. – XXXIV, 302s.
2. Kilbori B. *Ischezayushchie lyudi: styd i vneshnij oblik*/ Per. s angl. – M.: «Kogito-Centr», 2007. – 269s. (Biblioteka psihoanaliza).
3. Ramsi N., Harkord D. *Psihologiya vneshnosti* / Per. S angl. – SPb.: Piter, 2009. – 256s.: il. – (Seriya «Mastera psihologi»); 89. ; s.89].

4. Rozenfel'd D. *Dusha, razum i psihoanalitik: sozdanie psihoanaliticheskogo settinga s pacientami s psihoticheskimi aspektami lichnosti: per. s angl.* / Devid Rozenfel'd. – Har'kov, Planeta-Print, 2015. – 268s.
5. Seligman M., Darling R. *Obychnye sem'i, osoby deti: [per. s angl.]* / Seligman M., Darling R. – M.: Terevinf, 2007. – 368 s. – (Seriya «Osobyj rebyonok»).
6. Fyur G. «Zapreshchenoe» gore / G. Fyur. – Mn.: Varaksin A.N., 2008. – 78 s.
7. Erikson E. *The problem of ego identity*. In G. Pollock (Ed.), *Pivotal papers on identification*. Madison, CT: International Universities Press, 1993. – 230 p.
8. Freud S. *Mourning and melancholia*. *Standard Edition*, 14, 1917, London, Hogarth Press, 1957, 243-258.
9. Hornby G. (1994). *Counselling in child disability: Skills for working with parents*. London: Chapman and Hall ; s – 20.
10. Seligman M. (Ed.). (1991). *The family with a handicapped child* (2nd ed.). Boston Allyn & Bacon.

ФОРМИРОВАНИЕ ОБРАЗА ТЕЛА У МОЛОДЕЖИ С НАРУШЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

И.В. Чухрий

Формирование образа тела у молодых людей с врожденными и приобретенными нарушениями функций опорно-двигательного аппарата отличается. У молодых людей с врожденными ограничениями жизнедеятельности вследствие неблагоприятных социальных условий, в частности длительных негативных переживаний их родителей, а также врожденных психофизических нарушений, образ тела недоразвитый и соответственно возникает сложность в его восприятии. Молодые люди с приобретенным нарушением функций опорно-двигательного аппарата, в результате травматического опыта, переживают разрушение телесного образа, соответственно переживают тревогу, страх, стыд и потерю идентичности.

Ключевые слова: молодые люди с нарушением функций опорно-двигательного аппарата, образ тела, Я-телесное, развитие, травма.

FORMATION OF BODY IMAGE AMONG YOUNG PEOPLE WITH MUSCULOSKELETAL DISORDERS

I. Chukhrii

The formation of body image among young people with congenital and acquired disorders of the functions of the musculoskeletal system is different. Young people with congenital limited abilities due to unfavorable social conditions, such as longtime negative experiences of their parents, as well as congenital psychophysical disorders, the body image is underdeveloped and, accordingly, there is a complexity in its perception. Young people with acquired disorders of the functions of the musculoskeletal system, due to traumatic experience, go through the destruction of the body image, accordingly go through anxiety, fear, shame and loss of identity.

Key words: young people with musculoskeletal disorders, body image, body ego, development, trauma.

УДК: 616-056.83:613.816

С.І. Табачников¹, Є.М. Харченко¹, К.В. Аймедов², Т.В. Синіцька¹,
А.М. Чепурна¹

ДОСЛІДЖЕННЯ ГЕНДЕРНОЇ СПЕЦИФІКИ ПАТОПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЖІНОК, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ

¹Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії
та наркології МОЗ України, м. Київ,

²Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Ключові слова: гендерні особливості жінок, алкогольна залежність, патопсихологічні особливості

Постановка проблеми. Останніми роками простежується значне зростання наукового інтересу до гендерних досліджень. Відомо, що статево-рольові риси особистості є однією з її базових структур і тому відіграють важливу роль у процесах адаптації та саморегуляції. У психологічній літературі наведені докази, що дисбаланс статево-рольової структури особистості є патогенетичним або предиспонуєчим чинником формування невротичних, психосоматичних розладів, девіантної та адиктивної поведінки. Ми вважаємо важливим, окрім вивчення суто клінічних та патопсихологічних особливостей, дослідження відмінностей статево-рольової поведінки та гендерних характеристик жінок, які страждають на алкогольну залежність, що слід враховувати при побудові комплексних програм фармакотерапії та психотерапії для цієї категорії пацієнтів.

Актуальність. Аналіз літературних джерел з проблеми формування алкогольної залежності у жінок свідчить про її міждисциплінарний характер, що потребує залучення відомостей з таких галузей, як то медицина, вікова психологія, диференційна та спеціальна психологія. Нині, поряд із загальним зростанням алкоголізації населення і збільшенням захворюваності на алкоголізм, спостерігається виразна тенденція до зростання питомої ваги жіночого алкоголізму по відношенню до чоловічого (від 1:12 до 1:5) [4].

Жіночий організм значно відрізняється від чоловічого, це й пояснює особливості виникнення та перебігу алкогольної залежності. Пацієнти, які

страждають на алкогольну залежність, як правило, звертаються по медичну допомогу вже на стадіях сформованої залежності, у жінок під впливом алкоголю швидше, порівняно з чоловіками, виникають особистісні зміни та психічні відхилення.

До «біологічних» концепцій алкоголізму належать спроби зіставити частоту захворювання і особливості його перебігу з певним морфо-конституційним типом. Дослідниками було виявлено деякі конституціонально-генетичні особливості при різних формах алкоголізму у чоловіків та виділено збільшення кількості осіб з астеничною і гіперстеничною конституцією й зменшення кількості осіб з нормостеничною конституцією, порівняно з групою здорових чоловіків. В. Я. Семке, аналізуючи конституціонально-морфологічні параметри у жінок, хворих на алкогольну залежність, виявив зворотно пропорційну кореляційну залежність між показниками «клінічна динаміка» і «розмірність тулуба», що свідчить про відсутність виражених клінічних проявів у осіб з великою статуєю [5].

До суб'єктивних факторів виникнення алкогольної залежності належить також наявність генетичної схильності. Найбільш прискіплива увага дослідників, які є прихильниками генетичної теорії, приділяється вивченню впливу на формування алкогольної залежності тих генів, які є відповідальними за різні нейрохімічні процеси, особливо в дофаміновій та серотоніновій системах головного мозку. Також цікавість науковців викликають гени ферментів, що метаболізують алкоголь, секвенірування ділянок ДНК, які містять гени ADH1B та ADH1C (α - та β -субодиниці алкогольдегідрогенази), що

дозволило виділити 36 варіантів послідовностей, з них для 14 поліморфізмів вказаний різний ступінь асоціації з ризиком розвитку алкоголізму. Не останню роль відіграє також різниця у хімічних константах й активності ферментів у жінок та чоловіків. Так, вміст води у жіночому організмі на 10% менший, ніж у чоловічому, при меншій загальній масі тіла, і саме це є тим біологічним фактором, що визначає неоднакову концентрацію етанолу в крові жінок та чоловіків при однаковій дозі, тож концентрація спирту у жінок завжди буде вищою, ніж у чоловіків, що також підсилює токсичний ефект. Різко переважають (до 82%) періодичні форми зловживання (тобто запої), сам потяг до алкоголю відрізняється «атрофією» ідеаторного (логічного) компоненту: ідейної платформи (аргументи, роздуми, сумніви тощо), часто потяг має імпульсивний характер (тобто виникає раптово, необумовлено) [6].

Вказане вище зумовлює актуальність даного дослідження.

Матеріали та методи дослідження. Під нашим спостереженням знаходилась 281 особа жіночої статі з

алкогольною залежністю у віці від 26 до 68 років (ОГ). В якості групи порівняння було обстежено чоловіків у кількості 42 осіб відповідного віку, які також мали алкогольну залежність (ГП).

Діагноз досліджених за МКХ-10 відповідав діагностичній рубриці «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю» (F-10) [1].

Під час першого етапу дослідження було сформовано дві групи дослідження: ОГ, до якої увійшли 281 особа жіночої статі, середнього віку $46,7 \pm 1,8$ років; та ГП, до якої увійшли 42 особи чоловічої статі, середній вік яких складав $51,3 \pm 2,1$ років. За основними загальними характеристиками обстежені основної групи та групи порівняння не мали достовірних розбіжностей. Надалі жінок ОГ було розділено на чотири групи втручання (ОГ1, ОГ2, ОГ3, ОГ4), в яких завдяки комплексному психодіагностичному дослідженню з використанням тестових методик, перерахованих вище, було вивчено та порівняно клініко-психопатологічні, патопсихологічні, соціально-психологічні особливості жінок з алкогольною залежністю.

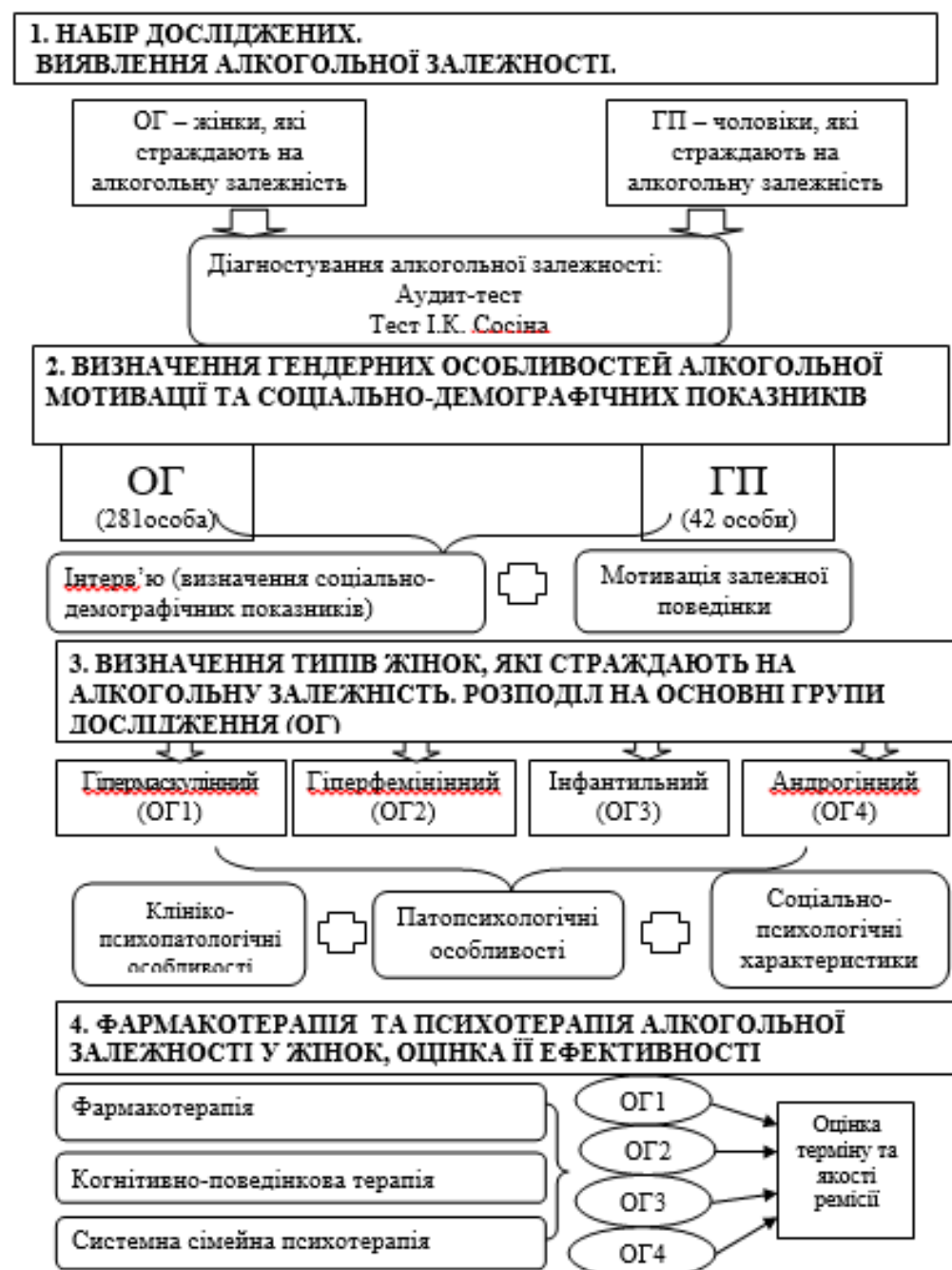


Рис.1. Дизайн дослідження

На рис. 1 наведено схему організації дослідження, яке проводилось в чотири етапи. На першому етапі проводили набір досліджених жінок та чоловіків, які страждали на алкогольну залежність. На даному етапі проводилась верифікація наявності алкогольної адикції з використанням Аудит-тесту та тесту Сосіна І. К. Наприкінці першого етапу дослідження було сформовано дві групи дослідження: ОГ, до якої увійшли 281 особа жіночої статі, середнього віку $46,7 \pm 1,8$ років; та ГП, до якої увійшли 42 особи чоловічої статі, середній вік яких складав $51,3 \pm 2,1$ років. За основними загальними характеристиками обстежені основної групи та групи порівняння не мали достовірних розбіжностей.

На другому етапі дослідження з метою визначення гендерних особливостей алкогольної мотивації та порівняння груп за соціально-демографічними показниками було проведено інтерв'ювання досліджених обох груп, а також визначення провідних мотивів залежної поведінки за допомогою опитувальника В. Ю. Зав'ялова.

На третьому етапі дослідження, який включав проведення психодіагностики з використанням статево-рольової шкали А. Heilbrun, брали участь виключно особи жіночої статі, які належали до ОГ. На даному етапі жінок ОГ було розділено на чотири групи втручання (ОГ1, ОГ2, ОГ3, ОГ4), в яких надалі, завдяки комплексному психодіагностичному дослідженню було вивчено та порівняно клініко-психопатологічні, патопсихологічні, соціально-психологічні особливості жінок з АЗ.

На останньому, четвертому, етапі дослідження проводили комплексну фармакотерапію, яка включала медикаментозне втручання та інтегративну психотерапію з елементами когнітивно-поведінкової та системної сімейної терапії. По закінченню психотерапевтичної сесії було перевірено ефективність наданої комплексної допомоги завдяки повторному використанню наведеного вище переліку тестових психодіагностичних методик.

Надалі було розроблено систему модульної медико-соціальної профілактики, яка включала в себе

три модулі, а саме: універсальну, індикативну та селективну профілактику.

У ході дослідження було використано такі методи: соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, катamnестичний, статистичний.

Соціально-демографічний метод полягав у вивченні таких характеристик, як то розподіл обстежених за віком, рівнем освіти, сімейним станом, соціальним статусом, видом трудової діяльності тощо.

Клініко-психопатологічний метод включав психодіагностичне та клінічне обстеження, що дозволило визначити *клініко-психопатологічні ознаки* алкогольної залежності у жінок. Наявність алкогольної залежності була верифікована за допомогою тестів AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) та методики І.К. Сосіна.

Психодіагностичне дослідження включало дослідження патопсихологічних особливостей: психоемоційних – визначення рівню тривожності за методикою Дж. Тейлор (адаптованої Т.А. Немчиною), за допомогою експрес-діагностики К. Хека і Х. Хесса досліджували рівень невротизації у досліджуваних, дослідження ознак депресії і станів близьких до депресії у жінок з алкогольною залежністю проводили за допомогою методики диференційної діагностики В. Зунге в адаптації Т.І. Балашової, опитувальник САН був призначений для оперативної оцінки самопочуття, активності і настрою; особистісних – акцентуацій характеру за методикою К. Леонгарда-Г. Шмішека, маскулінності-фемінінності за допомогою статево-рольової шкали (ACL шкала) вираженості маскулінності/фемінінності А. Heilbrun. Методика PARI (parental attitude research instrument) була призначена для вивчення соціально-психологічних особливостей досліджених, а саме відносин батьків (насамперед матерів) до різних аспектів сімейного життя (сімейної ролі) [3].

Катamnестичний метод був застосований для вивчення ефективності розробленої системи психокорекції за допомогою оцінки психічного статусу пацієнтів, бесід з їх родичами та оточуючими особами, й проведенням аналізу доступної медичної документації.

Статистична обробка отриманих даних та побудова

діаграм виконувались за допомогою програм Excel, статистичного пакету «Statistica 7.0. for Windows», а також проводилась за допомогою t-критерію Ст'юдента та χ^2 -критерію Пірсона. Крім того, визначалася ймовірність розходжень, які враховувались як статистично значимі при $p < 0,05$ [2].

Результати та їх обговорення. Для виявлення і аналізу основних мотивів вживання алкоголю в обстежених жінок нами був використаний широковідомий опитувальник В.Ю. Зав'ялова, який дозволяє виділити групу мотивів вживання алкоголю, характерну для кожного досліджуваного.

Перша триада шкал утворює групу «соціально-психологічних» мотивів прийому алкоголю: традиційні, соціально-обумовлені, культурально-поширені мотиви. Субмісивні мотиви відображають підпорядкування тиску інших людей або референтної групи в плані прийому алкоголю. Псевдокультурний тип мотивів свідчить про прагнення людини пристосовувати свій особистий досвід до «алкогольних цінностей» соціального мікросередовища, в якій вона функціонує.

Друга триада утворює групу особистісних, персональних мотивів споживання алкоголю:

гедоністичні мотиви, що відображають прагнення отримати фізичне і психологічне задоволення від дії алкоголю, а також досвід переживання алкогольної ейфорії. Атарактичні мотиви, пов'язані з бажанням нейтралізувати негативні емоційні переживання – напругу, тривогу, страх. Мотиви гіперактизації поведінки (стимулюючий, розгальмовий ефект) і насичення за допомогою випивки, що відображає прагнення вийти зі стану нудьги, психологічної «порожнечі», душевної бездіяльності, або бажання посилити ефективність своєї поведінки.

Третя триада утворює власне патологічну мотивацію вживання алкоголю, фактор хворобливого потягу: «похмільна» мотивація – прагнення за допомогою алкоголю зняти абстинентні явища, дискомфорт, пов'язаний з відсутністю алкоголю, поліпшити самопочуття. Адиктивні мотиви відображають фіксацію у свідомості істинного потягу до алкоголю, «спрагу» алкоголю. Мотиви самоушкодження – прагнення пити на зло собі й іншим у якості протесту, через втрату, нібито, перспективи в майбутньому для себе, втрати сенсу життя. Дані щодо алкогольної мотивації в обстежених наведено в табл. 1.

Таблиця 1

Характеристика мотивів алкоголізації обстежених жінок

Мотиви прийому алкоголю	ОГ (n=281)		ГП (n=42)	
	n	%	n	%
<i>Соціально-психологічні мотиви</i>				
Традиційні	15	5,34±1,34	4	9,52±4,53
Субмісивні	21	7,47±1,57	1	2,38±2,35
Псевдокультурні	18	6,41±1,46	3	7,14±3,97
<i>Особистісні мотиви</i>				
Гедоністичні мотиви	29	10,32±1,81	7	16,67±5,75
Атарактичні мотиви	35	12,46±1,97	5	11,90±5,00
Мотиви гіперактизації поведінки	26	9,25±1,73	3	7,14±3,97
<i>Патологічні мотиви</i>				
Адиктивні мотиви	56	19,93±2,38	6	14,29±5,40
Мотиви самоушкодження	17	6,05±1,42	3	7,14±3,97
Компульсивний потяг (похмільна мотивація)	64	22,78±2,50	10	23,81±6,57

Дані, наведені в таблиці 1, свідчать, що серед жінок та чоловіків, які страждають на алкогольну залежність, переважають мотиви патологічної тріади (ОГ – 48,66% та ГП – 45,24%), а саме: мотиви компульсивного потягу (22,78% жінок та 23,81% чоловіків), адиктивні мотиви (19,93% жінок та 14,29% чоловіків) та мотиви самоушкодження (6,05% жінок та 7,14% чоловіків). На другому місці за частотою в обох групах зустрічались мотиви особистісної тріади (ОГ – 32,03% та ГП – 35,71%), серед них в 12,46% випадків в ОГ та 11,90% випадків в ГП зустрічались атарактичні мотиви, в 10,32% в ОГ та 16,67% в ГП – гедоністичні мотиви, в 9,25% в ОГ та 7,14% в ГП були мотиви гіперактизації поведінки. Найменш представленими в групах дослідження були мотиви соціально-психологічної тріади (ОГ – 19,22%, 19,04% – ГП): серед них – традиційні характеризували 5,34% жінок та 9,52% чоловіків; субмісивні – 7,47% жінок та 2,38% чоловіків; псевдокультурні – 6,41% хворих ОГ і 7,14 % пацієнтів ГП. Достовірної різниці між групами не отримано.

Дослідження провідних мотивів вживання алкоголю жінками є результатом впливу різних

соціальних, культуральних, психологічних, патопсихологічних та біологічних факторів. Згідно з таким підходом патологічний потяг до психоактивних речовин розглядається як результат комплексного впливу конституційно-біологічних і зовнішніх факторів. В основі такої взаємодії лежить комплекс патофізіологічних і патопсихологічних змін, наявність соматоневрологічної патології та багатьох інших обставин. Отримані результати необхідно враховувати для розробки превентивних стратегій психокорекційних та реабілітаційних програм, особливо у осіб жіночої статі.

Серед психологічних та поведінкових наслідків алкогольної залежності у жінок нами було виділено такі групи: психоемоційні особливості, особистісні риси та соціально-психологічні характеристики.

Серед психоемоційних особливостей вивчали рівень тривожності, самопочуття, активність, настрої, рівень невротизації та наявність депресивних тенденцій (табл. 2-5).

Таблиця 2

Розподіл досліджених жінок за рівнями тривожності

Рівень тривожності	ОГ1 (n=93)	ОГ2 (n=59)	ОГ3 (n=81)	ОГ4 (n=48)	ГП (n=42)
Дуже високий	2 (2,15)	6 (10,17)	4 (4,94)	1 (2,08)	1 (2,38)
Високий	34 (36,56)	29 (49,15)	40 (49,38)*	15 (31,25)	10 (23,81)
Середній (з тенденцією до високого)	51 (54,84)*	22 (37,29)	34 (41,98)	23 (47,92)	25 (59,52)
Середній (з тенденцією до низького)	5 (5,38)	2 (2,36)	3 (3,7)	6 (12,5)	4 (9,52)
Низький	1 (1,08)	0 (-)	0 (-)	3 (6,25)	2 (4,76)

Примітки* – різниця достовірна (p<0,01).

Більшість осіб з високим рівнем тривожності входила до складу груп ОГ2 (49,15%) та ОГ3 (49,38%), різниця достовірна (p=0,0175). Особи, що належали до категорії високотривожних, були схильні сприймати загрозу своїй самооцінці і життєдіяльності у великому діапазоні ситуацій і реагувати дуже вираженим станом тривожності.

Більшість осіб ОГ1 та ОГ4 мали середній з тенденцією до високого рівень тривожності (відповідно,

54,84% та 47,92%, p=0,0145 та z=0,0187). Низький рівень тривожності зустрічався лише в поодиноких випадках в ОГ1 (1,08%) та ОГ4 (6,25%), в ОГ2 та ОГ3 осіб з низьким рівнем тривожності не було. Дуже високий рівень тривожності дещо частіше спостерігався в ОГ2 (10,17%) порівняно з іншими групами (ОГ1 – 2,15%, ОГ3 – 4,94%, ОГ4 – 2,0%).

Загальні показники тривожності осіб, які увійшли до складу групи ГП, були нижчими, ніж показники всіх

груп ОГ. Ця різниця наглядно простежується в результаті порівняння кількості осіб з високим рівнем тривожності, які входили до складу різних груп дослідження (ОГ1 – 36,56 %; ОГ2 – 49,15 %; ОГ3 – 49,38 %; ОГ4 – 31,25 %; ГП – 23,81 %).

Таблиця 3 демонструє розподіл досліджених за рівнем емоційного стану, виходячи з показників «Самопочуття», «Активність», «Настрій». При цьому під час аналізу функціонального стану досліджених враховували не лише значення окремих показників емоційного стану, але і їх співвідношення.

Таблиця 3

Розподіл досліджених за характеристиками САН

Самопочуття, активність, настрій	ОГ1 (n=93)	ОГ2 (n=59)	ОГ3 (n=81)	ОГ4 (n=48)	ГП (n=42)
Сприятливий стан	1 (1,08)	0 (-)	0 (-)	3 (6,25)	2 (4,76)
Несприятливий стан	92 (98,92)	59 (100,00)	81 (100,00)	45 (93,75)	40 (95,24)

Дані, наведені в таблиці 3, свідчать про наявність несприятливого емоційного стану в переважній більшості досліджених усіх груп. При цьому в ОГ2 та ОГ3 сприятливий емоційний стан не відмічався в жодному з випадків, в ОГ1, ОГ4 та ГП – відмічався лише в поодиноких випадках (відповідно, 1,08%, 6,25% та

4,76%). Достовірної різниці при порівнянні показників не отримано.

Деякі автори вважають невроз одним із супутніх станів АЗ, а нерідко і провокуючим фактором. Наявність невротизації в досліджених жінок вивчали за допомогою опитувальника Хека-Хеса, дані наведено в таблиці 4.

Таблиця 4

Розподіл досліджених за рівнем невротизації (n / %)

Ймовірність наявності невротичного стану	ОГ1 (n=93)	ОГ2 (n=59)	ОГ3 (n=81)	ОГ4 (n=48)	ГП (n=42)	p
Високий рівень невротизації	76 (81,72)	50 (84,75)	67 (82,72)*	29 (60,42)	30 (71,43)	p=0,0481
Низький рівень невротизації	17 (18,28)	9 (15,25)	14 (17,28)	19 (39,58)*	12 (28,57)	p=0,0459

Примітка.* – різниця достовірна (p<0,05).

Як свідчать дані, наведені в таблиці 4, в усіх групах серед досліджених превалював високий рівень невротизації: в ОГ1 – 81,72 % жінок, в ОГ2 – 84,75, в ОГ3 – 82,72 %, в ОГ4 – 60,42 %, в ГП – 71,43 % (p=0,0481). Високий рівень невротизації характеризувався емоційною реактивністю, схильністю до негативних переживань, тривожності, занепокоєння, напруженості, розгубленості, дратівливості. Часто в пацієнтів відзначались швидка стомлюваність, порушення сну, іпохондрична фіксація на неприємних соматичних відчуттях, зниження настрою. Недостатня ініціативність таких осіб формувала переживання, пов'язані з незадоволеністю бажань, почуття власної неповноцінності, складність у

спілкуванні, соціальну боязкість і залежність. Достовірна більшість осіб з низьким рівнем невротизації спостерігалася лише в ОГ4 порівняно з іншими групами (ОГ4 – 39,58%, ОГ1 – 18,28%, ОГ2 – 15,25%, ОГ3 – 17,28%; p=0,0459 між ОГ4 та іншими групами).

Часто алкогольний залежності супутніми є депресивні стани, які зустрічаються як у загальній популяції населення, так і в загальномедичній практиці. Ці розлади, за даними літератури, нерідко призводять до численних соматичних ускладнень, негативних індивідуально-психологічних змін, порушень сімейного та соціального функціонування жінки. У таблиці 5 наведено дані щодо наявності депресивних тенденцій в групах обстежених жінок.

Розподіл досліджених за рівнями депресії (n / %)

Рівні депресії	ОГ1 (n=93)	ОГ2 (n=59)	ОГ3 (n=81)	ОГ4 (n=48)	ГП (n=42)	p
Відсутність депресивних симптомів	4 (4,30)	2 (3,39)	3 (3,7)	6 (12,5)*	2 (4,76)	p=0,0359
Легка депресія	34 (36,56)	26 (44,07)	29 (35,80)	22 (45,83)	16 (38,10)	p>0,05
Субдепресивний стан	48 (51,61)*	25 (42,37)	37 (45,68)	18 (37,50)	21 (50,00)	p=0,0499
Депресивний стан	7 (7,53)	6 (10,17)	12 (14,81)*	2 (4,17)	3 (7,14)	p=0,0485

Примітка.* – різниця достовірна (p<0,05).

В ОГ1 та ГП достовірно частіше порівняно з іншими групами зустрічались ознаки субдепресивного стану (ОГ1 – 51,61%, ОГ2 – 42,37%, ОГ3 – 45,68%, ОГ4 – 37,50%; ГП – 50,00%; p=0,0499 при порівнянні груп ОГ1 та ГП з іншими групами). Цей стан характеризувався пригніченим настроєм, песимістичною оцінкою подій і зниженням працездатності. Дійсний депресивний стан в ОГ3 спостерігався в 14,81% випадків, що було достовірно частіше порівняно з ОГ1, ОГ2 та ОГ4 (p=0,0485 між ОГ3 та іншими групами). Такі хворі характеризувались приєднанням маячних ідей (самознищення, винності, звинувачення та ін.), галюцинацій із співзвучною депресії змістом, явищами депресивного ступору і/або меланхолійного збудження).

Легкий ступінь депресії зустрічався майже в однаковій кількості випадків в досліджених групах (ОГ1 – 36,56%, ОГ2 – 44,07%, ОГ3 – 35,80%, ОГ4 – 45,83%) і виражався в нерізкому пригніченні настрою, деякому зниженні активності та інтересів, суб'єктивним відчуттям загальмованості розумових процесів, ослабленням інтенсивності позитивних емоцій, занепадом життєрадісності і уяви, зниженням прихильності до життя.

Відсутністю депресивних симптомів відрізнялись 12,5% жінок групи ОГ4, ця кількість була дещо більшою порівняно з іншими групами (ОГ1 – 4,30%, ОГ2 – 3,39%, ОГ3 – 3,7%) (p=0,0359 між ОГ4 та іншими групами).

Привертає увагу той факт, що розподіл показників за рівнями депресії осіб груп ОГ1 та ГП був майже ідентичним (p>0,05).

Висновки

1. Статеворольові риси особистості є однією з базових структур особистості і тому відіграють важливу роль у процесах адаптації та саморегуляції.

2. Серед психологічних та поведінкових наслідків алкогольної залежності у жінок нами було виділено такі групи: психоемоційні особливості, особистісні риси та соціально-психологічні характеристики. Як свідчать отримані дані, в усіх групах серед досліджених превалював високий рівень невротизації: в ОГ1 – 81,72% жінок, в ОГ2 – 84,75, в ОГ3 – 82,72%, в ОГ4 – 60,42%, в ГП – 71,43% (p=0,0481). Легкий ступінь депресії зустрічався майже в однаковій кількості випадків в досліджених групах (ОГ1 – 36,56%, ОГ2 – 44,07%, ОГ3 – 35,80%, ОГ4 – 45,83%).

3. Дані, отримані в результаті клініко-анамнестичного та психодіагностичного досліджень можна враховувати при побудові програм фармако- та психотерапії жінок з алкогольною залежністю.

Література:

1. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) [под ред. Дж. Э. Купера] / Пер. с англ. Д. Полтавца. – К.: Сфера, 2000. –

464 с.

2. Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. – Киев: Морион, 2001. – 408 с.

3. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / Д. Я. Райгородский. – Самара: «Бахрах-М», 2002. – 672 с.

4. Рябухін К. В. Комплексна терапія алкогольної залежності у жінок з урахуванням особливостей їх гендерного статусу : автореф. дис. на

здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.17 "наркологія" / Рябухін К. В. – Харків, 2016. – 26 с.

5. Слепова И. А. Структурные особенности «Я-концепции» лиц с алкогольной зависимостью / И. А. Слепова // Материалы науч.-практ. конференции: «Мир аддикций: химические и нехимические зависимости, ассоциированные психические расстройства». – Спб., 2012. – С. 20-25.

6. Witkiewitz K. [Recommendations for the Design and Analysis of Treatment Trials for Alcohol Use Disorders](#) // K. Witkiewitz, J. W. Finney, A. H. S. Harris, D. R. Kivlahan, H. R. Kranzler / *Clinical and Experimental Research*. – 2015. – P. 29-32.

ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕНДЕРНОЙ СПЕЦИФИКИ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

С.И. Табачников, Е.М. Харченко, К.В. Аймедов, Т.В. Синицкая

Сегодня, наряду с общим ростом алкоголизации населения и увеличением заболеваемости алкоголизмом, наблюдается отчетливая тенденция к росту удельного веса женского алкоголизма по отношению к мужскому. Формирование и течение алкогольной зависимости у женщин значительно отличаются от мужского. Пациенты женского пола, страдающие алкогольной зависимостью, как правило, обращаются за помощью уже на стадиях сложившейся зависимости, у женщин под влиянием алкоголя быстрее, по сравнению с мужчинами, возникают личностные изменения и психические отклонения. В представленной статье рассмотрена проблема гендерных особенностей женщин с алкогольной зависимостью. Авторами исследованы поло-ролевые особенности личности и определена их роль в процессах адаптации и саморегуляции, а также психологические и поведенческие последствия алкогольной зависимости у женщин

Ключевые слова: гендерные особенности женщин, алкогольная зависимость, патопсихологические особенности.

INVESTIGATION OF THE GENDER SPECIFICITY OF PATHOLOGICAL PECULIARITIES OF WOMEN AFFECTING ALCOHOLIC DEPENDENCE

S. Tabachnikov, E. Kharchenko, K. Aymedov, T. Sinitska, A. Chepurna

Today, along with the general increase in alcohol abuse population and increasing incidence of alcoholism, there is a distinct upward trend in the proportion of female alcoholism in relation to men. Formation and course of alcohol dependence in women is significantly different from men's. Female patients suffering from alcohol dependence tend to seek help at the time of the existing dependency in women under the influence of alcohol faster than men, there are personality changes or mental disorders. In the present article, presents problem of gender-sensitive women with alcohol dependence. The authors investigated the role of gender and personality traits and define their role in the adaptation and self-defined psychological and behavioral effects of alcohol dependence in women

Keywords: gender especially women, alcohol dependence, pathopsychological features

С.І. Табачников, О.С. Осуховська, Є.М. Харченко, А.М. Чепурна
ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ, ЯКІ
ВЖИВАЮТЬ ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ. СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Ключові слова: первинна медико-санітарна допомога, сімейна медицина, психоактивні речовини

Формування основних принципів надання первинної медико-санітарної допомоги особам, які вживають психоактивні речовини, у відповідних медичних закладах повинно відбуватись у складі становлення та розвитку сімейної медицини, а також державних лікувальних, медико-профілактичних програм відповідної спрямованості на засадах використання ефективних освітніх медичних програм. У статті досліджено сучасний стан даної проблеми як в Україні, так і інших економічно розвинених країнах світу.

Актуальність. Характерною особливістю первинної медичної допомоги є її пріоритетна спрямованість на консультування та профілактику захворювань в рамках діючої системи охорони здоров'я [1, 2], що ґрунтується на тривалому контакті медичного працівника з пацієнтом. В зарубіжних країнах така допомога може надаватися населенню як лікарями загальної практики або сімейними лікарями, так і середнім медичним персоналом. В Україні в умовах реформування системи охорони здоров'я в цілому питання надання первинної медико-санітарної допомоги особам, які вживають психоактивні речовини (ПАР) потребує ретельного науково-теоретичного та практичного обґрунтування на тлі як власник розробок, так і вивчення аналогічного досвіду економічно розвинених країн світу.

Мета роботи – вивчити стан проблеми вживання ПАР в закладах первинної медико-санітарної допомоги України та інших країн світу.

Матеріали та методи. Вивчено вітчизняні та зарубіжні джерела наукової медичної літератури.

Результати дослідження. Незважаючи на різноманіття конкретних форм організації системи охорони здоров'я населення, специфіку економічних відносин в цій сфері життєдіяльності суспільства, можна виділити ряд параметрів, що відбивають спільність

напрямів розвитку даної галузі, властиву різним державам:

- характеристика ключових видів власності;
- способи фінансування (отримання ресурсів);
- механізми стимулювання медичних працівників (або виробників) і населення (споживачів);
- форми і методи контролю обсягу і якості медичної допомоги [3].

У кожній державі історично складається і розвивається автентичний спосіб залучення економічних важелів для надання медичної допомоги, збереження і зміцнення здоров'я населення. Кількість і якість виділених суспільством ресурсів, ефективність їх використання в сфері охорони здоров'я визначається складною системою економічних, політичних, морально-етичних та інших відносин, що історично склалися в країні.

Наявність же в тій чи іншій державі відповідної системи охорони здоров'я визначається багатьма обставинами, зокрема, тим, що лежить в основі класифікації системи охорони здоров'я. Деякі автори вважають, що в сучасному підході до типології систем цієї галузі, повинні переважати правові характеристики універсальних відносин лікаря і пацієнта, в свою чергу зумовленими фундаментальними (конституційними) свободами особистості [4].

Експертами Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) (S. Hakansson, B. Majnoni, D'Intignano, G.H. Mooney, J.L. Roberts, G.L. Stoddart, K.S. Johansen, H. Zollner) запропонована класифікація, за якою розрізняється три первинних типу системи охорони здоров'я:

- 1) державна, або система Беверіджа;
- 2) система, заснована на всеосяжне страхування здоров'я, або система Бісмарка;
- 3) недержавна, ринкова або приватна система охорони здоров'я [5, 6].

На рівні первинної ланки надання медичної допомоги починають і закінчують обстеження і лікування до 80% пацієнтів. Згідно зі статистичними даними з 1000 громадян 750 осіб щомісяця мають проблеми зі здоров'ям. Близько 250 осіб звертаються за медичною допомогою і тільки 5 з них потребують консультації вузького спеціаліста, 9 - стаціонарної допомоги, 1 – високотехнологічної, інші – допомогу лікаря первинної ланки [7].

Основні причини смертності та інвалідизації населення, які потенційно можна попередити, частково пов'язані з підвищенням доступності та якості медичного обслуговування. Тому, сьогодні стає все більш актуальною роль лікаря первинної ланки в поліпшенні показників здоров'я населення, особливо при зверненнях осіб, які вживають ПАР [8,9]. Діяльність лікаря амбулаторно-поліклінічного закладу спрямована на:

- виявлення вживання ПАР та адиктивного стану при проведенні профілактичного медичного огляду, звернення за медичною допомогою;
 - проведення профілактичних заходів (з метою попередження вживання ПАР), лікувальних і реабілітаційних (у разі наявності адиктивного статусу, пов'язаного з вживанням ПАР).
- Лікар амбулаторно-поліклінічного закладу визначає показання та обсяг необхідних діагностичних досліджень для уточнення факту вживання ПАР, наявності або відсутності адиктивного статусу, позначає показання для госпіталізації в стаціонар, здійснює відбір пацієнтів, які потребують спеціалізованих видів лікування, веде динамічне спостереження за пацієнтами з виявленими видом хімічної адикції, а також проводить лікування і реабілітацію згідно з індивідуальним планом лікувально-реабілітаційних заходів [10].

Звертаючись до досвіду найбільш економічно розвинених країн світу, зазначимо наступне. Лікар загальної практики – основа первинної ланки охорони здоров'я в Нідерландах, де система наркологічної допомоги почала формуватися в 30-і роки XX століття.

У 1953 р. в країні була заснована Федерація допомоги алкоголікам, на її базі в 1988 р створено Нідерландський інститут алкоголізму і наркоманії, який проводить необхідні дослідження, аналізує ситуацію в країні, розробляє рекомендації для уряду, координує роботу консультативних центрів і займається підготовкою кадрів. Національну систему наркологічної допомоги утворюють Консультативні центри для хворих на алкоголізм і наркоманію, які є незалежними від системи амбулаторної психіатричної допомоги. У Консультативних центрах працює близько 1000 професіоналів – медсестри, соціальні працівники, психологи і психіатри. На муніципальному рівні реалізуються проекти в області наркологічної допомоги з власними джерелами тимчасового фінансування. У Нідерландах медичні установи фінансуються головним чином страховими фондами. Держава ж фінансує профілактичні програми, науку і медичну освіту. Соціальні служби, отримуючи кошти з різних джерел, співпрацюють з медичними закладами [11].

Ланка первинної медичної допомоги в Великобританії представлена загальними лікарськими практиками – груповими або індивідуальними. Такі практики є незалежними некомерційними структурами. У більшості випадків лікар (або група лікарів) володіють своєю практикою (приміщенням, обладнанням) на праві власності. Вони наймають решту персоналу. Лише в рідкісних випадках практики орендують приміщення для своєї роботи. Лікарі загальної практики будують свою діяльність на основі індивідуального контракту з управліннями сімейного здоров'я. Форма контракту є єдиною для всієї країни. До складу ОВП входять сестри, адміністративний персонал. В одному з англійських міст 8 тис. населення обслуговується 5 лікарями (4,5 ставки) при загальному штаті практики 30 осіб. Зазначені заклади надають допомогу і дорослому населенню і дітям. При такому обсязі роботи на одного лікаря загальної практики в Англії доводиться в середньому 1900 пацієнтів [12].

У структурному відношенні в Німеччині близько половини лікарів, що працюють в амбулаторній допомозі, лікарі-спеціалісти; 5% всіх лікарів, які практикують приватно, мають право лікувати хворих в лікарні; інші направляють своїх хворих для

стаціонарного лікування в лікарні, а після виписки приймають їх на доліковування і реабілітацію. В останні роки амбулаторну допомогу в Німеччині стали надавати також спеціальні відділення в лікарнях. Розроблено контракт, що дозволяє надавати таку допомогу в лікарнях за 400 видами втручань, а для 150 захворювань амбулаторна (одноденна) хірургія стала обов'язковою. Більшу частину невідкладної і термінової допомоги в робочі і неробочі години надають амбулаторні лікарі у своїх приймальнях. Переважна більшість сімейних лікарів відвідують хворих на дому, причому в сільській місцевості і, навіть, в неробочі години. Цілодобову допомогу найчастіше надають амбулаторні відділення лікарень. Невідкладна допомога в Німеччині також об'єднана з різними видами аварійно-рятувальних служб і центрів з єдиними телефонними номерами і можливістю викликати бригаду аварійно-рятувальної або невідкладної медичної допомоги [13].

У Франції первинне і спеціалізоване амбулаторне медичне обслуговування, яке не потребує госпіталізації, здійснюють приватно практикуючі лікарі, інші медичні працівники, а також лікарі, які працюють за наймом в лікарнях і поліклініках. На частку лікарень доводиться приблизно 15% всіх амбулаторних консультацій. Амбулаторну допомогу, хоча і в менших масштабах багатодітній родині і близько 1000 поліклінік (державних, товариств взаємного страхування, благодійних фондів, тощо). Як правило, хворі безпосередньо оплачують медичні послуги, а потім отримують від свого страхового фонду відшкодування у встановленому розмірі. Амбулаторна допомога у Франції надається в основному приватно практикуючими лікарями, більшість з яких працює поодиночці. Лише 38% лікарів об'єднуються в групи, прагнучи таким чином оптимізувати час прийому пацієнтів, а також спільно використовувати в роботі дороге устаткування. Лікування без госпіталізації організовано за двома напрямками: структури прийому і орієнтації відкритого типу, а також структури реабілітації пацієнтів. Важливу роль при цьому відіграють медико-психологічні центри. Зазвичай вони розташовуються поза госпіталів і забезпечують консультації всім бажаним – за направленням лікаря або за власною ініціативою. Медико-психологічні

центри не тільки консультують, а й проводять амбулаторне лікування, візити додому. Вони забезпечують постгоспітальні терапію і соціальну інтеграцію. Первинний і поточний прийом здійснюють медичні сестри. Вони «ведуть» пацієнтів, координують зустрічі з психіатром, наркологом, психологом, соціальними працівниками. Спільно з лікарями медичні сестри розробляють проект лікування, виконують необхідні адміністративні та фінансові демарші, допомагають пацієнтам в організації повсякденного життя в інтересах терапії [14].

Необхідно відзначити, що особливістю первинної медичної допомоги є те, що один і той же фахівець надає таку допомогу пацієнтам різного віку і соціально-економічних груп; громадянам, які хочуть попередити розвиток хвороб і підтримувати здоровий спосіб життя, і які мають хронічні або гострі фізичні, психічні захворювання. Тобто, медичний працівник, надаючи таку широко спрямовану допомогу, повинен мати значний багаж знань у багатьох областях медицини і чітко регламентований контакт з вузькими спеціалістами в тих випадках, коли пацієнт потребуватиме більш спеціалізованої допомоги. Наприклад, у США для того, щоб стати лікарем загальної практики, сімейним лікарем, до повної медичної освіти або наявної вже ступеня, необхідно закінчити трирічну резидентуру (з вивченням терапії, педіатрії, акушерства і гінекології, психіатрії та геронтології зі спеціальним фокусом на цілісне лікування людини на всіх етапах життя, додаткове навчання з питань підліткової, паліативної, спортивної медицини [15]) з сімейної медицини, після чого здати іспит і отримати право пройти сертифікацію в якості сімейного лікаря. Період трирічної резидентури включає також необхідність проходити сертифікацію кожні 7-10 років. За даний період діяльність медичного працівника піддається аудиту з метою поліпшення якості надання медичних послуг. З 1969 р. в США вся дільнична служба перейшла на сімейну медицину. У Канаді лікарями загальної практики та сімейними лікарями стають після 2 років додаткового до основної освіти навчання і сертифікації Коледжу сімейної медицини [16,17] с обов'язковим регулярним підтвердженням сертифікату. У Швеції сертифікат лікаря такої спеціальності отримують після 5 років додаткового до основної освіти

навчання. В Індії період додаткового навчання становить 3 роки. Сімейна медицина при ефективній організації та навчанні фахівців займає найважливіше місце в системі охорони здоров'я будь-якої держави. Так, в США приблизно 25% відвідувань пацієнтами медичних працівників є візитом до лікарів загальної практики або сімейних лікарів: зареєстровано 208 млн. відвідувань пацієнтами медичних працівників на рік, близько 83 млн. таких візитів – до лікарів загальної практики або сімейних лікарів, і потреба населення в таких фахівцях на сьогодні значно перевищує пропозицію. З 1998 р. кількість резидентів, що спеціалізуються на сімейній медицині, значно знизилася: з 3 292 чоловік в 1998 р. до 1 172 чоловік в 2008 р., як наслідок, з 2000 р. 4/5 всіх програм в установах, які займаються підготовкою резидентів з питань сімейної медицини, були закриті. У 2006 р. в країні налічувався 100 431 практикуючий лікар загальної практики, а за розрахунками Американської академії сімейної медицини, до 2020 р. реальна потреба у лікарях становитиме 139 531. У США легалізовано кілька видів діяльності сімейних лікарів: приватна практика (один лікар або група лікарів), практика в муніципальних, приватних лікувальних установах. Лікарі сімейної медицини можуть працювати як консультанти в різних медичних і страхових компаніях.

Світовий досвід, узагальнений ВООЗ, свідчить, що розвиток первинної допомоги на засадах сімейної медицини є найефективнішим засобом досягнення справедливого розподілу і раціонального використання коштів, підвищення результативності роботи галузі охорони здоров'я. У більшості країн світу первинна медико-санітарна допомога при якійсній організації забезпечує до 90% загального обсягу медичної допомоги. Кількість лікарів загальної практики, сімейної медицини складає 30-50% від загальної кількості лікарів.

Основою національної системи охорони здоров'я в Україні на сьогодні є первинна лікувально-профілактична допомога, яка надається в основному за територіальною ознакою лікарями загальної практики. Поліклініка, лікарська амбулаторія, фельдшерсько-акушерські пункти та пункти охорони здоров'я є структурними підрозділами первинної медичної допомоги, що надають первинну долікарську медико-

санітарну, первинну лікарську медико-санітарну, первинну спеціалізовану медико-санітарну, невідкладну, а також паліативну медичну допомогу населенню [18].

Принцип доступності лікувально-профілактичної допомоги реалізується згідно статті 49 Конституції України, відповідно до якої «кожний має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Держава створює умови для ефективного та доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних та комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності».

У нашій державі первинна медико-санітарна допомога представлена структурами, які функціонально, організаційно та фінансово поєднані із спеціалізованою амбулаторною допомогою. Впродовж тривалого часу увага в основному приділялася розвитку достатньо затратних видів спеціалізованої та швидкої медичної допомоги. Фінансове забезпечення первинної ланки становило менше, ніж 10% коштів, виділених на охорону здоров'я, що не дозволило досягти оптимального розподілу обсягів роботи між видами медичних послуг. В Україні на первинному рівні починають і закінчують лікування лише до 30% пацієнтів у містах і до 50% пацієнтів у сільській місцевості. Однак, до теперішнього часу не вдосконалені та не впроваджені у широку практику індикатори якості первинної медичної допомоги [19].

Нераціональна організація первинної допомоги та її недостатнє фінансування призвели до втрати комплексності та спадкоємності в наданні медичної допомоги, формального підходу до здійснення профілактики та диспансерної роботи. Як наслідок – спостерігаються високі показники пізнього виявлення тяжких хвороб та ускладнень хронічних захворювань, в тому числі, хімічних адикцій, що зумовлює надмірну потребу в дорогому спеціалізованому лікуванні.

В існуючих умовах управління первинною медико-санітарною ланкою допомоги використання економічних важелів, практично неможливо. Існують також інші проблеми первинної медико-санітарної допомоги спричинені:

- ◆ нераціональною інфраструктурою охорони здоров'я;
- ◆ низькою доступністю первинної допомоги для населення, особливо в сільській місцевості;
- ◆ недостатньою якістю первинної медико-санітарної допомоги внаслідок технологічної відсталості лікувально-профілактичних закладів, відсутністю мотивації працівників, стандартів лікування, що не відповідають сучасним умовам принципам фінансування закладів охорони здоров'я;
- ◆ неналежним кадровим забезпеченням;
- ◆ відсутністю дієвої системи управління первинною медико-санітарною допомогою;
- ◆ недостатністю наукового обґрунтування та нормативно-правової бази для функціонування і розвитку первинної медико-санітарної допомоги [20].

Згідно зі статті 35 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», держава гарантує подання доступної соціальної прийнятної первинної лікувально-профілактичної допомоги як основної частини медико-санітарної допомоги населенню, що передбачає консультацію лікаря, просту діагностику і лікування основних найпоширеніших захворювань, травм та отруєнь, профілактичні заходи, направлення пацієнта для надання спеціалізованої і високоспеціалізованої допомоги.

Таким чином, в Україні на сьогоднішній день процес реформування системи охорони здоров'я знаходиться на стадії первинного структурування у вкрай складних економічних умовах, що не дозволяє оперативно сформувати і впровадити в медичну практику найбільш доцільну і ефективну модель надання первинної медичної допомоги особам, що вживають ПАР. Незважаючи на вищевикладене, спираючись на аналогічний досвід в економічно розвинених державах, представники наукового та практичного секторів охорони здоров'я в Україні, формулюють основні принципи первинної медичної допомоги, в тому числі, особам, що вживають ПАР [22].

Актуальність надання комплексної первинної медико-санітарної допомоги особам, що вживають ПАР, відповідає стратегічному завданню збереження та покращення здоров'я громадян України. Проблема споживання ПАР серед населення різних країн світу, зокрема в Україні, є однією з найбільш значних медико-

соціальних питань сучасності [21]. Станом на початок 2016 року в системі охорони здоров'я було зареєстровано 1,7 млн. жителів України, які потребували психіатричної та наркологічної допомоги. Це майже 4% від усього населення країни. У структурі психічних розладів у 2015 році найпоширеніші розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин (алкоголь, наркотичні речовини), що становило 58,41% усіх зареєстрованих випадків. Порушення здоров'я, пов'язані зі стресом, невротичні та соматоформні розлади становили 8,9%, розлади настрою – 1,8%. Серед осіб із патологією психіки та поведінки, зареєстрованих у 2015 році, 62,7% – це особи працездатного віку.

За даними ВООЗ, найчастіше психічні розлади реєструють у країнах Східної Європи, куди належить і Україна. Рівень самогубств у Східній Європі є особливо високим, а рівень споживання алкоголю надвисоким і продовжує зростати [21].

Негативна варіабельність морально-етичних критеріїв, практична доступність різних видів ПАР (алкоголю, наркотиків, тютюнових виробів) стали реальною причиною активного зростання та розповсюдження споживання ПАР серед підлітків і молоді. Безумовно, ця проблема має схожі підґрунтя стану залежності від ПАР у країнах близького та далекого зарубіжжя, тому й особливості моделі медико-соціальної допомоги з даної патології мають спільне підґрунтя. Як свідчать епідеміологічні данні, за останні роки захворювання на психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання ПАР в Україні перевищує захворюваність на розлади інших регістрів. Крім того, ситуація в нашій державі характеризується поступовим зростанням показників хімічної, алкогольної, тютюнової та наркотичної адикцій [23] та переважанням серед споживачів ПАР категорій дитячо-підліткового та молодого віку [24]. За даними ВООЗ, алкоголь є найбільш широко вживаний ПАР серед дітей та підлітків в Україні. Кожен четвертий українець, який страждає на алкогольну залежність, є особою у віці до 35 років [25]. За результатами досліджень Українського НДІ соціальної, судової психіатрії та наркології МОЗ України (2012 р.) – 22% школярів та студентів середніх і вищих навчальних закладів вживають спиртні напої практично щодня або щонайменш кілька разів на тиждень [25]. За

даними ВООЗ Україна займає перше місце за масштабами розвитку підліткового алкоголізму. Згідно дослідженням науковців серед підлітків 13-15 років вживають алкоголь біля 90%; палять тютюн – 63%; мають досвід вживання наркотичних речовин – понад 14% респондентів. Причиною смертності двох третин молоді від 15 до 20 років є отруєння алкогольними напоями або нещасні випадки внаслідок сп'яніння від ПАР [26]. За даними Інституту соціологічних досліджень України, алкогольні напої коли-небудь вживали 36% десятирічних дітей, 49% і 54% одинадцяти та дванадцятирічних відповідно; 78% – 14-річних, 85% – 15-річних. Більшість опитаної молоді 16 та 22 років вживали алкоголь (93% та 98% відповідно). Дослідженнями фахівців Національної медичної академії післядипломної освіти МОЗ України ім. П. Л. Шупика й Інституту педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України, вказується, що вже у семирічному віці досвід вживання алкоголю діти набувають у сім'ях у присутності батьків (тобто з їх ініціативи) в середньому від 11% до 16% випадків. Одним з найпоширеніших видів споживання ПАР є тютюнопаління. За даними статистики кількість осіб, які щодня викурюють цигарки, становить 10,2 млн. осіб, більш ніж 500 тис. нових споживачів приєднується до тютюнопаління кожен рік. Найпоширеніший вік початку куріння серед дітей в Україні – 12–15 років. Тих, хто починає курити раніше 11 років, близько чверті. За останніми даними серед підлітків 14–17 років помітне збільшення курців тютюну з 3,3% до 4,3%. Дівчата, в основному, починають курити дещо пізніше хлопців за віком, поступово «наздоганяють» їх у старших класах та по закінченню середньої школи [27].

Одним з факторів, який збільшує вживання тютюну є алкоголь та наркотики. 37% підлітків, зауважили, що курять тютюн значно більше після вживання алкоголю та наркотиків. Дослідження «Молодь та молодіжна політика в Україні: соціально-демографічні аспекти», проведені у 2010 р. показали, що 9 % респондентів, віком 15–34 роки, мали досвід вживання будь-яких наркотичних речовин протягом життя. Значно поширеними серед молоді є каннабіоїди, опіоїди, психостимулятори. Перше вживання наркотичних речовин у 32% респондентів відбулось у

віці 12–16 років, ще у 32% від 17 до 18 років, а у віці 19–28 років – 30% осіб молодого віку. Серед чоловіків 34,4% спробували вперше наркотичні речовини у віці 12–16 років, а серед жінок – 44,4% у віці 19–28 років. Наведені дані підтверджують небезпечний період щодо приймання наркотичних ПАР – підлітковий вік. Результати дослідження серед шкільної молоді «Здоров'я та поведінкові орієнтації дітей шкільного віку (HBSC) (2010)» [28] показали, що 16% всіх учнів мали досвід вживання, окрім алкоголю, марихуани або гашишу. Найбільший відсоток спостерігався серед учнів професійно-технічних навчальних закладів та ВНЗ I–III рівня акредитації – по три відсотки, значно менші – 1,5%, серед учнів 10–11 класів загальноосвітніх шкіл. Хлопці вживають наркотичні речовини у два рази частіше за дівчат.

Рівень споживання ПАР серед молоді показує низьку ефективність профілактичних заходів, щодо вживання ПАР серед цієї цільової групи. Більшість опитаних починали вживати ПАР у віці 13–15 років. Однак 15% респондентів вперше спробували ПАР в 11 років і раніше. Згідно з дослідженнями, найризикованіший вік – 15 років. Досліджені споживачі ПАР серед підлітків та молоді (15–20 років) підтвердили, що 10–15% з них, окрім алкоголю, мають досвід приймання різних видів наркотиків. Серед школярів старших класів 80–90% вже приймали деколи алкоголь, а регулярно вживають - 3 і більше разів на місяць кожний 4–5 підліток. Споживання ПАР у цьому віці призводять до значного погіршення здоров'я, а також девіантній поведінці, суїцидальним діям, криміногенності та травматизму [28].

Дані досліджень ESPAD Україна у 2015 р. також свідчать про високий рівень споживання ПАР серед молоді: в середньому 83,4% учнів вживали будь-які алкогольні напої хоча би один раз протягом життя [29]. У віці 15 років цей показник складає 78,4%, а у 16-17 - наближується до 85%.

Профілактична робота в Україні щодо запобігання вживання ПАР населенням, безумовно, проводиться, але її масштаби та особливості організації не забезпечують належного ефекту.

Висновки. Таким чином, наведені дані свідчать про надзвичайну актуальність наркологічної складової в

системі первинної медико-санітарної допомоги населенню, в практиці сімейного лікаря в Україні.

Основними принципами роботи медичних амбулаторно-поліклінічних підрозділів, що надають первинну медико-санітарну допомогу особам, які вживають ПАР, повинні бути:

- загальнодоступність первинної медичної допомоги на поліклінічному етапі;
- територіальний принцип обслуговування населення; диспансерний метод роботи.

Основними завданнями амбулаторно-поліклінічних підрозділів медичних установ при наданні первинної допомоги особам, що вживають ПАР є:

- надання первинної (долікарської, лікарської), спеціалізованої медико-санітарної допомоги, в тому числі, в невідкладній формі, пацієнтам, які проживають на території обслуговування і (або) є прикріпленими до обслуговування, при гострих станах, пов'язаних із вживанням ПАР;

- проведення профілактичних заходів щодо попередження та зниження рівня адиктивної психопатології серед населення, виявлення ранніх, прихованих форм і факторів ризику виникнення хімічних адикцій;

- проведення диспансеризації населення;

- діагностика та лікування пацієнтів з адиктивною психопатологією, їх реабілітація;

- експертиза тимчасової непрацездатності, видача та подовження листків непрацездатності, направлення громадян на медико-соціальну експертизу;

- встановлення медичних показань і направлення в медичні організації для отримання спеціалізованих видів медичної допомоги;

- проведення всіх видів медичних оглядів (профілактичні, попередні, періодичні) для виявлення адиктивної патології серед населення;

- встановлення медичних показань для санаторно-курортного лікування та реабілітації пацієнтів з хімічними адикціями, в тому числі, щодо окремих категорій громадян, які мають право на отримання набору соціальних послуг;

- проведення лікарських консультацій, профілактичних заходів з пропаганди здорового способу життя, включаючи питання раціонального харчування,

збільшення рухової активності, попередження споживання психоактивних речовин (алкоголю, тютюну, наркотичних речовин);

- виявлення осіб, що палять і осіб, що надмірно споживають алкоголь, вживають наркотичні речовини;

- організація інформування населення про необхідність і можливість виявлення факторів ризику розвитку хімічних адикцій, їх медикаментозної та немедикаментозної корекції і профілактики, а також консультування з питань ведення здорового способу життя у відділеннях (кабінетах) медичної профілактики і центрах здоров'я в закладах первинної ланки надання меддопомоги;

- підвищення кваліфікації лікарів і працівників із середньою медичною освітою;

- ведення медичної документації в установленому порядку та подання звітності;

- здійснення взаємодії з організаціями ланок надання спеціалізованої медичної допомоги.

Таким чином, формування засад ефективної первинної медико-санітарної допомоги особам, які вживають ПАР, потребує ретельного науково-теоретичного та практичного обґрунтування на тлі як власних розробок, так і вивчення аналогічного досвіду економічно розвинених країн світу. Провідним фактором впровадження реформування в системі охорони здоров'я України з даного питання є розробка і застосування ефективного економічного механізму розвитку вищезазначеної меддопомоги в умовах ринкового середовища через обґрунтування внесення необхідних змін до законів України та постанов Уряду нашої держави.

Окрім того, відкритим на сьогодні залишається питання відповідної високопрофесійної підготовки кадрового складу сімейних лікарів, лікарів загальної практики, медичних психологів, персоналу середньої ланки для надання медичної допомоги громадянам нашої країни на високому рівні.

Література:

1. *No cookie-cutter response: conceptualizing primary health care* / R. Thomas-MacLean [et al.]. Accessed 2011-06-28.

2. *Definition of Terms* / WHO. – Accessed 2011.06.24.

3. Документационный центр ВОЗ. Первичная медико-санитарная помощь сегодня актуальнее, чем когда-либо. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008г. - Женева, 2008.- С.1-125.
4. Код доступу: http://pidruchniki.com/1640011637428/meditsina/sistema_o_horoni_zdorovya_ukrayini
5. Beveridge W. Social insurance and allied services. L.: HMSO, 1942.
6. Комаров Ю. Медицинское страхование или налоги: опыт зарубежного здравоохранения // Вестник государственного социального страхования. — 2004. — N 12. — С. 46–59.
7. Код доступа: <http://medbib.in.ua/osnovyi-meditsinskih-znaniy.html>
8. Громадське здоров'я : підручник для студентів вищих мед. навч. закладів / В.Ф.Москаленко, О.П. Гульчій, Т.С. Грузєва [та ін.].— Вінниця : Нова Книга, 2013. —С. 308-531.
9. Код доступа: www.health.gov.ua/www.nsf/0/cfa2f61cb965c8a9c2256b870032aefc?OpenDocument
10. Лінський І.В. Епідемія залежності від психоактивних речовин в Україні. Нові результати популяційно-екологічного аналізу даних диспансерного обліку / І.В. Лінський, О.І. Мінко, Е.Б. Первомайський // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. —2007. — № 2. —С. 44-58.
11. Код доступа: <http://www.alcodope.com.ua/narcomania/zakonodatelstvo-i-narkotiki/88-narkologicheskaja-pomosch-v-niderlandah>
12. Великобритания модернизирует здравоохранение // Медицинский вестник. — 2006. — No 6. — С. 19.
13. Код доступа: <https://cyberleninka.ru/article/v/organizatsiya-meditsinskoy-pomoschi-bolnym-v-germanii-printsipy-i-osnovy-strahovoy-meditsiny>
14. Нагребцкий А. Здравоохранение Франции: быть лучшим в мире ещё не предел //Здоровье Украины. — 2007. — N 181.
15. U.S. General Accounting Office (2008). Primary care professionals (electronic resource): recent supply trends, projection, and valuation of services. Testimony before the Committee on Health, Education, Labor, and Pensions, U.S. Senate. Retrieved 2009-06-30.
16. OECD Health Data 2009 – Frequently Requested Data / Organization for Economic Co-Operation and Development. 2010-09-28. – Retrieved. – 2011-02-10.
17. OECD Health Data 2008: How Does Canada Compare (PDF) / Organization for Economic Co-operation and Development. – Retrieved 2009-01-09.
18. Код доступу: http://moz.gov.ua/docfiles/Metodyhni_rekomendacii_PMD_u_mistah.pdf
19. Код доступа: <http://www.umj.com.ua/article/2959/indikatoriyakosti-medichnoi-dopomogi-ta-ix-rol-v-upravlinni-oxoronoyu-zdorovya>
20. Слабкий Г.О. (2011) Ситуаційний аналіз розвитку сімейної медицини в Україні. – 2010 р. – Київ, 28 с.
21. Код доступа: http://moz.gov.ua/ua/portal/pre_20170428_a.html
22. Код доступа: <http://www.umj.com.ua/article/104843/reforma-pervinnoyi-medichnoyi-dopomogi-obitsyanki-i-dokumenti>
23. Епідеміологічна ситуація щодо вживання психоактивних речовин в Україні / С. І. Табачников, Д. С. Лебедєв, Г. Є. Трофімчук, Ю. Ю. Мартинова // Архів психіатрії. – 2009. – Т. 15, №1 (56). – С. 81–88.
24. Медико-социологические аспекты характеристики токсикоманий у лиц подросткового и молодого возраста / С. И. Табачников, Е. Н. Харченко, Г. А. Приб [и др.] // Архів психіатрії. – 2011. – Т. 17, № 3 (66). – С. 61–66.
25. Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та стан наркологічної допомоги населенню України (інформаційно-аналітичний огляд за 1990–2010 рр.). – Харків: видавець Строков В. Д. , 2011. – 144 с.
26. Киосева Е. В. Инновационное направление в медико-социальной превенции аддиктивных расстройств у студенческой молодежи / Е. В. Киосева // Архів психіатрії. – Київ, 2015. – Т. 21, № 2 (81). – С. 61 – 62.
27. Киосева О. В. Психоосвіта у системі медико-соціальної допомоги молодим особам із розладами адаптації, які вживають психоактивні речовини/ О. В. Киосева // Вісник соціальної гігієни та організації

охорони здоров'я України. – Київ, Тернопіль, 2015. – № 4 (66). – С.12 – 18.

28. Осуховская Е. С. Взаимопотенцирующие процессы, ассоциированные с формированием химических и нехимических аддикций у лиц молодого возраста / Е. С. Осуховская // Архив психиатрии. – 2011. – № 4 (67). – С. 102–108.

29. Балакірєва О.М., Бондар Т.В., Приймак Ю.Ю. та співавт. // Куріння, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед підлітків, які навчаються: поширення й тенденції в Україні : За результатами дослідження 2015 року в рамках міжнародного проекту «Європейське опитування учнів щодо вживання алкоголю та інших наркотичних речовин – ESPAD» – К. : Поліграфічний центр «Фоліант», 2015. – 200 с.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ, УПОТРЕБЛЯЮЩИМ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА.

АКТУАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

С.И. Табачников, Е.С. Осуховская, Е.Н. Харченко, А.Н. Чепурная

Формирование основных принципов оказания первичной медико-санитарной помощи лицам, употребляющим психоактивные вещества, в соответствующих медицинских учреждениях происходит в процессе становления и развития семейной медицины, а также государственных лечебных, медико-профилактических эффективных медико-образовательных программ соответствующей направленности. В статье исследовано современное состояние данной проблемы как в Украине, так и других экономически развитых странах мира.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, семейная медицина, психоактивные вещества.

THE BASIC PRINCIPLES OF RENDERING OF PRIMARY HEALTH CARE ASSISTANCE TO PERSONS USING PSYCHOACTIVE SUBSTANCES. ACTUAL STATE OF THE PROBLEM

S. Tabachnikov, O. Osukhovska, Ye. Kharchenko, A. Chepurna

Formation of the basic principles of primary health care for people who use psychoactive substances in the relevant medical institutions occurs in the process of formation and development of family medicine, as well as state curative, medical and preventive programs of the appropriate focus on the basis of effective educational medical programs. The article examines the current state of this problem both in Ukraine and other economically developed countries of the world.

Key words: primary health care, family medicine, psychoactive substances.

УДК 159.97

О.М. Макаренко¹, М.О. Голубєва², І.О. Джугля³

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ БАТЬКІВСЬКОГО СТАВЛЕННЯ ДО ДІТЕЙ ІЗ ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

¹Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет

ім. Григорія Сковороди, м. Переяслав-Хмельницький

²Національний університет «Києво-Могилянська академія», м. Київ

³Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

Ключові слова: батьківське ставлення, особливості батьківського ставлення до дітей з особливими потребами, феномен прийняття, спеціальні функції родини з дітьми з особливими потребами

Актуальність. Орієнтація на гуманістичні цінності та реалізацію прав людини в нашій країні потребує вирішення вкрай важливої й актуальної проблеми сьогодення: соціальної підтримки та забезпечення професійного психологічного супроводження сімей, які мають дітей з особливими потребами. Результати численних сучасних досліджень підкреслюють значущість позитивного родинного оточення як одного з основних факторів, що впливає на покращення здоров'я дитини з особливими потребами.

Аналіз різних проблем сім'ї з дітьми із відхиленнями у розвитку здійснено у працях Н. Мазурової, І. Мамайчук, Є. Мастюкової, Г. Мішиної, А. Московкіної, А. Співаковської, В. Ткачової та інших. Однак, незважаючи на певну кількість досліджень, актуальним залишається вивчення проблем ставлення батьків до дітей з особливими потребами під кутом зору психологічних родинних взаємин.

Мета: визначити психологічні особливості ставлення батьків до дітей з особливими потребами.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Нині багато фахівців теоретиків та практиків (Л. Аксьонова, Л. Борова, Л. Вишневський, В. Волковська, Р. Майрамян, Н. Мазурова, Н. Маслокова, Є. Репрінцева, А. Співаковська, В. Ткачова) працюють над вирішенням комплексу проблем розвитку дітей із особливими потребами.

У законодавстві колишнього СРСР існували поняття «інвалід»/«інвалідність», які були пов'язані з втратою працездатності. Тому діти до 16 років не могли бути визнані інвалідами. Пізніше було сформульовано новий термін «дитина з особливими потребами». До цієї категорії належать діти, які мають «значні обмеження життєдіяльності, що призводять до соціальної дезадаптації внаслідок порушення розвитку дитини, здібностей до самообслуговування, пересування, орієнтації, контролю над своєю поведінкою, готовності

до навчання, спілкування, трудової діяльності в майбутньому» [1].

Виклад основного матеріалу дослідження. Перші дослідження проблем емоційної сфери батьків, які мають дітей із особливими потребами, належать зарубіжним авторам. Так, М. Стоун описав проблеми сімей, які виховують дитину з порушеннями у психофізичному розвитку, визначив види стресів таких родин, виділивши насамперед фінансовий, емоційний, фізичний [6]. Поява в сім'ї дитини з певними психічними чи фізичними вадами є причиною психологічних стресів батьків. В. Вишневський, Р. Майрамян, І. Мамайчук вивчали деструктивні батьківсько-дитячі стосунки в таких родин. Ці автори підкреслюють наявність у матерів дітей, які мають порушення в розвитку, різних психологічних та психосоматичних проблем [2 – 4]. Труднощі сімей, в яких виховуються діти з особливими потребами, істотно відрізняються від тих турбот, які хвилюють звичайну сім'ю [7]. Частина батьків не витримує випробувань, здає дітей в інтернат, відмовляється від них задля створення більш сприятливих родинних умов для інших дітей. Хвора дитина часто стає офіційним чинником самоусунення батька з сім'ї. Залишити сім'ю, кинути дружину з дитиною напризволяще для таких чоловіків є соціальною нормою [15].

Детальну періодизацію кризових станів емоційної сфери батьків запропонував Е. Шухардт: 1. *невизначеність* (стан панічного жаху перед невідомим); 2. *визначеність* (суперечність між розумінням проблеми на раціональному рівні та заперечення її існування на емоційному); 3. *агресія* (поява негативних почуттів, емоційних спалахів, гніву); 4. *хаотична діяльність* (нераціональні спроби опанувати безвихідь ситуації, пошук чудодійного зцілення); 5. *депресія* (відчуття апатії, відчаю); 6. *прийняття проблеми* (знаходження нового сенсу життя); 7.

активізація (прийняття проблеми, активна побудова та реалізація життєвих планів). 8. *солідарність* (створення об'єднань із іншими батьками, які мають такі самі проблеми) [6].

Сім'ї дітей з особливими потребами мають бути готові до того, що стадії розвитку таких родин не подібні до звичайних родин. Діти з обмеженими можливостями повільно досягають певних життєвих етапів, а іноді і зовсім не досягають [8; 16]. Частина батьків не витримує випробувань, здає дітей в інтернат, щоб створити сприятливі умови для інших здорових дітей. Дитина з особливими потребами часто стає причиною самоусунення батька від виховання. Залишити сім'ю, кинути жінку з дитиною напризволяще для таких чоловіків є формою захисту власного життя та благополуччя.

Учені виділяють низку соціально-психологічних особливостей сімей із дітьми з особливими потребами: 1) така дитина потребує більше матеріальних, духовних і фізичних затрат; 2) батьки часто вдаються до надмірної опіки; 3) стадії розвитку сімей, які мають дітей з особливими потребами, не подібні до стадій розвитку інших сімей; 4) діти з особливими можливостями повільно досягають певних життєвих етапів, а іноді й зовсім не досягають їх [12].

За результатами дослідження особливостей батьківсько-дитячих стосунків Г. Мішина виокремлює шість неадекватних моделей співпраці батьків з дитиною: ізолюваність, передбачувану взаємопов'язаність, мовленнєву взаємопов'язаність, «мовчазну співприсутність», «вплив і взаємовплив», активний взаємозв'язок [10].

І. Скворцов визначає чотири типи матерів, які по-різному ставляться до дітей із особливими потребами: домінуючий, агресивний, приязний, підлеглий [16]. Ставлення батьків до дітей з особливими потребами в цілому має такі загальні риси: жалість, опіка, контроль, надмірна батьківська турбота, надзвичайна відданість або жорстоке поводження з нею [16].

Поняття «батьківське ставлення» має загальний характер, вказуючи на взаємний зв'язок, приналежність, залежність, і включає суб'єктивно-оцінне та свідомо-вибіркове уявлення про дитину, що в цілому визначає особливості її сприйняття, спосіб спілкування, характер, дії. У структурі батьківського ставлення виділяють когнітивний (пізнання та розуміння дитини), емоційний (прийняття дитини як самостійної цінності, емоційна чуйність, емпатія, терпимість) і поведінковий (взаємодія батьків з дитиною, адекватною до її потреб, здатність до співпраці, ініціативність, гармонійні стосунки) компоненти [13].

Термін «прийняття» увійшов у практику дитячо-батьківських стосунків завдяки науковій творчості всесвітньо відомого психотерапевта ХХ ст. Карла Роджерса. Цей учений трактує прийняття як безумовно позитивне ставлення до дитини незалежно від того, чи радує вона дорослих у даний момент. К. Роджерс був переконаний, що виховання дітей із безумовним прийняттям та позитивною увагою забезпечує надійну основу для їхнього становлення і повноцінного функціонування у дорослому житті [11].

Згідно з системним підходом до типологізації прийняття дитини та батьківського ставлення до дитини визначаються такими кроками: дозволом їй бути такою, якою вона є; увагою до її почуттів і думок, умінням почути та зрозуміти їх; здатністю підтримати дитину, усвідомлюючи, що її цінності та системи поглядів можуть не збігатися з батьківськими; повагою до позиції дитини; готовністю ділитися власними цінностями та поглядами (це створює умови розуміти інших); поблажливим і терплячим ставленням вихованців. Психологічне прийняття дітей із особливими потребами – це психологічне поняття, яке характеризує певну позицію щодо себе та своєї дитини із особливими потребами, життєдіяльність якої має особливості прояву когнітивного, емоційно-сміслового та поведінкового компонентів. *Когнітивний компонент* виявляється у тому, що батьки мають необхідні знання про дитину, причому не лише розуміють дитину, але й інтуїтивно передбачають її потреби. *Емоційно-смісловий компонент* виражається у повному прийнятті батьками дитини з особливими потребами як самостійної особистості. При цьому, дитина не стає для батьків засобом самореалізації чи втримання партнера. *Поведінковий компонент* характеризується взаємодією батьків із дитиною, адекватною до потреб дитини, здатною до відповідального вибору [14].

А. Варга та В. Столін, автори опитувальника батьківського ставлення (ОРО), в структурі батьківського психологічного прийняття дітей із особливими потребами виділяють такі складові: 1) «інфантилізація» (сприймання дитини на когнітивному рівні, намагання приписати дитині особистісну та соціальну неспроможність); 2) «прийняття-нехтування» (інтегральне емоційне ставлення показує, чи поважають батьки індивідуальність дитини або ж вважають, що дитина нічого не досягне у житті); 3) «авторитарна гіперсоціалізація» (спрямований контроль за поведінкою дитини, прояв батьківського авторитаризму); 4) «симбіоз», зменшена міжособистісна дистанція у спілкуванні з дитиною, батьки відчують себе єдиним цілим з дитиною [5].

Психологічні особливості прийняття батьками дітей із особливими потребами можна поділити на адекватні та неадекватні. Під адекватним прийняттям розуміють прийняття батьками особистості дитини з особливими потребами такою, якою вона є, зі всіма її позитивними та негативними індивідуально-психологічними рисами. Під неадекватним прийняттям мають на увазі неприйняття батьками особистості такої дитини, її психологічне відторгнення. Останнє проявляється у негативному ставленні до її потреб, інтересів, до її розвитку, постійна тривога за неї, яку вони у будь-якому віці сприймають як маленьку та беззахисну тощо).

Іноді дорослі для дитини з особливими потребами створюють сприятливі умови до її адаптації в соціумі, або ж розглядають дитину як особистість, котра не сприймається суспільством. Останнє негативно впливає на формування адекватної взаємодії дитини з соціумом, проявляється відгородженість від оточуючих, тривожність, страх, агресивна поведінка.

В.В. Ткачов вважає, що успішність соціальної адаптації дитини з особливими потребами залежатиме від оптимального виконання сім'єю низки специфічних функцій: емоційного прийняття, реабілітаційної, корекційно-освітньої, адаптативної, функції соціалізації, професійно-трудова, особистісно-орієнтованої, рекреаційної. Реалізація функції *емоційного прийняття* створює умови для формування в родині атмосфери любові та підтримки, поваги, зацікавленості в допомозі дитині з особливими потребами та всім членам сім'ї. *Реабілітаційна* функція допомагає батькам визначити стратегію оптимізації фізичного та психічного стану дитині з особливими потребами. Реалізація *корекційно-освітньої* функції сприяє формуванню у батьків правильної мотивації до розвитку та навчання дитини; формування у такої дитини позитивного ставлення, інтересу, пізнання довкілля. Упровадження *адаптивної* функції сприяє формуванню в дитини з особливими потребами більш високого рівня самостійності й активності у вирішенні різних життєвих проблем. *Функція соціалізації* допомагає формуванню у такої дитини встановлення контактів із однолітками. *Професійно-трудова* функція сприяє опануванню знаннями та навичками посильної професії. Реалізація *особистісно-орієнтованої* функції допомагає розкриттю самобутності й неповторності дитини з особливими потребами, її здібностей, активному входженню в культурне середовище. *Рекреаційна* функція дозволяє досягти свободи від упередженого ставлення оточуючих до дітей з особливими потребами. Спільний відпочинок у колі друзів, відвідування театральних постанов, свят дозволяє дитині відчувати себе включеною до життя

громади, встановлює контакти зі світом природи та людей [17, 18].

Висновки. Психологічне ставлення батьків до дитини з особливими потребами залежить від багатьох чинників: *психофізіологічних* (стан здоров'я дитини та її батьків, оцінка спеціалістами рівня й перспектив розвитку дитини); *економічних* (стабільна спроможність вдовольняти базові потреби всіх членів родини); *виховних* (спроможність усієї родини та зокрема батьків до гармонійного виховання дітей із особливими потребами); *соціальних* (визнання у суспільстві важливості батьківської діяльності з виховання догляду за такими дітьми).

Позитивний ефект в процесі корекції неефективного батьківського ставлення до дитини з особливими потребами досягається шляхом цілеспрямованого та комплексного впливу на когнітивний, емоційний та поведінковий компоненти.

Література:

1. Аксенова Л. И. Правовые основы специального образования и социальной защиты детей с отклонениями в развитии / Л. И. Аксенова // Дефектология. – 2010. – № 1. – С. 3-10.
2. Боровая Л. П. Социально-психологическая помощь семьям, имеющим тяжело больных детей / Л. П. Боровая // Социально-педагогическая работа. – 2009. – № 6. – С. 59-63.
3. Божович Л. И. Проблемы формирования личности: Под ред. Д. И. Фельдштейна / Вступительная статья Д. И. Фельдштейна. – М. : Из-во «Ин-т практической психологии». – Воронеж : «МОДЕК», 1995. – 352 с.
4. Ватерс Л. Поддержка аутичных и отстающих в развитии детей : Сборник упражнений для специалистов и родителей / Л. Ватерс, М. Ланзинд, Э. Шонглер. – Мн. : Из-во БелАПДИ, 1997. – 18 с.
5. Варта А. Я., Столин В. В. Опросник родительского отношения. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: testoteka.narod.r/1/03.htmr. – Назва з екрану.
6. Гордеева Т. В. Роль близкого взрослого в становлении образа «Я» у ребёнка с задержкой психического развития / Т. В. Гордеева, Г. А. Мишина. – С. 47-52.
7. Лубовский В. И. Высшая нервная деятельность и психологические особенности детей с задержкой психического развития / В. И. Лубовский // Дефектология. – 1999. – № 4. – С. 21-32.
8. Майрамян Р. Ф. Особенности невротических расстройств в семьях умственно отсталых детей / Р. Ф. Майрамян // III Всероссийский съезд

невропатологов и психиатров: тез. докл. / Под ред. В. М. Банищикова, Н. М. Шибанова. – М., 2010. – Т. 2. – С. 295-297.

9. Майрамян Р. Ф. Семья и умственно отсталый ребенок: автореф. дис. канд. мед. наук / Р. Ф. Майрамян. – М., 2000. – 24 с.

10. Мишина Г. А. Пути формирования сотрудничества родителей с детьми раннего возраста с отклонениями в развитии: автореф. дис. канд. пед. наук / Г. А. Мишина. – М., 1998. – 18 с.

11. Мясищев В. Н. Личность и неврозы / В. Н. Мясищев. – Л. : Изд-во ЛГУ, 2000. – 426 с.

12. Психолого-педагогическая диагностика / Под ред. И. Ю. Левченко, С. Д. Забрамной. – М. : Академия, 2003. – 320 с.

13. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / Д. Я. Райгородский (редактор-составитель). – Самара, – 2003. – 672 с.

14. Рогов Е. И. Настольная книга практического психолога. В 2-х кн. Кн. 2: Работа психолога со

взрослыми. Коррекционные приёмы и упражнения: учеб. пособие / Е. И. Рогов. – М. : Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2006. – 477с.

15. Сабуров В. В. Технологическая модель подготовки родителей для повышения коррекционной направленности воспитания в семье детей с нарушениями интеллекта и пути ее реализации: автореф. дис. канд. пед. наук / В. В. Сабуров. – Екатеринбург, 2000. – 23 с.

16. Скворцов И. А. Психологические особенности родителей при неврологической инвалидности ребенка / И. А. Скворцов, Т. Н. Осипенко, Н. П. Дедов и др. // Исцеление. – М., 1995. – Вып. 2. – С. 397-423.

17. Ткачева В. В. О некоторых проблемах семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии // Дефектология. – 2010. – № 4. – С. 3-9.

18. Ткачева В. В. Психокоррекционная работа с матерями, воспитывающими детей с отклонениями в развитии : практикум по формированию адекватных отношений / В. В. Ткачева. – М. : Гном-Пресс, 2006. – 64с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ К ДЕТЯМ С ОСОБЕННЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ

А.Н. Макаренко, М.А. Голубева, И.А. Джугля

В статье освещены психологические особенности родительского отношения к детям с особыми потребностями, определен круг психолого-педагогических проблем семей, которые воспитывают ребенка с нарушениями в психофизиологическом развитии.

Ключевые слова: родительское отношение, родительские установки, особенности родительского отношения к детям, которые имеют особые потребности, феномен принятия, специальные функции семей, в которых воспитываются дети с особыми потребностями.

PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE PARENT ATTITUDE TO CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS

O. Makarenko, M. Golubeva, I. Dzhuglia

Psychological peculiarities of parents' attitude to children with special needs are given in the article. The list of psychological and pedagogical problems of families with children with disabilities in psychological and physiological development has been defined.

Key words: parents' attitude, parents' installation, peculiarities of parents' attitude to children with special needs, phenomena of adoption, special function of the family.

ПАМ'ЯТАЄМО



КУТЬКО ІГОР ІВАНОВИЧ

10.04.1937 - 18.04.2017

доктор медичних наук, заслужений діяч науки і техніки України, професор, академік Академії наук вищої освіти України та Міжнародної академії освіти і науки, член АППУ, лікар-психіатр вищої кваліфікаційної категорії, віце-президент ГО «Всеукраїнська професійна психіатрична ліга», член Національної спілки журналістів України, лауреат конкурсу імені академіка АН України В. П. Протопопова, головний науковий співробітник Державної установи «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр Міністерства охорони здоров'я України»

Народився 10 квітня 1937 р. у м. Харкові в родині службовців. У 1955 р. закінчив середню школу № 19 м. Харкова. З дитинства мріяв стати лікарем, і після закінчення середньої школи вступив на лікувальний факультет Харківського медичного інституту, який успішно закінчив у 1962 році. Протягом 3-х років працював лікарем-психіатром: спочатку начальником медичної служби виправно-трудої колонії в Полтавській області, а потім лікарем-психіатром 2-го чоловічого психіатричного відділення для дорослих Харківської міської клінічної психіатричної лікарні № 36 (нині – Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3).

З 15 жовтня 1965 р. Ігор Іванович науковий співробітник відділу психіатрії Інституту неврології, психіатрії та наркології НАМН України. Після захисту кандидатської дисертації І.І. Кутько почав інтенсивно і цілеспрямовано набирати матеріал для дисертації на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук.

Всі роки, працюючи в Інституті, Ігор Іванович займався науковою роботою, будучи керівником і виконавцем планових наукових тем з актуальних питань клінічної психіатрії. За роки роботи в Інституті активно займався лікувально-діагностичною роботою, викликав захоплення колег, лікарів-психіатрів практичної охорони здоров'я своєю лікарською майстерністю і високою ерудицією, любов'ю і відданістю лікарським ідеалам.

Багато років І.І. Кутько був головою проблемної комісії «Психіатрія» МОЗ та НАМН України, експертом-психіатром в експертній раді ВАК України, а також членом спеціалізованої Ради по захисту докторських і кандидатських дисертацій. Під його керівництвом було захищено багато докторських та кандидатських дисертацій.

Ігор Іванович Кутько – всесвітньо відомий учений-психіатр, представник України у Всесвітній психіатричній організації. Він є автором понад 700 наукових робіт, в тому числі 8 патентів на винаходи, 22 раціоналізаторських пропозицій, написав у співавторстві 10 монографій.

Багаторічна плідна діяльність професора І.І. Кутька відзначена такими нагородами: орденом Михайла Ломоносова, 2 медалями, значком «Відмінник охорони здоров'я», Почесними грамотами Міністра охорони здоров'я України. Розпорядженням Президента України Ігорю Івановичу Кутьку встановлена державна стипендія як видатному діячеві науки.

Професор І.І. Кутько був і залишиться гордістю української національної ідеї, яскравим і гідним представником провідної інтелігенції, учителем і наставником багатьох визнаних українських учених.

Пам'ять про нього назавжди залишиться в наших серцях.

**Президент МАОН та АППУ,
в.о. президента АН ВО України,
д.мед.н., професор**

С. Табачніков