НКО «Ассоциация развития перинатальной психологии
и медицины «Здоровая семья»
ЧОУ ВО «Балтийский гуманитарный институт»

ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И РЕСУРСЫ ЧЕЛОВЕКА

Сборник научных статей симпозиума

(Санкт-Петербург, 5 сентября, 2025 г.)

Научное электронное издание

Чебоксары
Издательский дом «Среда»
2025

УДК 613.86
ББК 88.3
П86

Рецензенты:
д-р. психол. наук, старший научный сотрудник лабаратории стереотаксических методов
ФГБУН «Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой Российской академии наук»
Селиверстова И. А.;
канд. филос. наук, д-р социол. наук, профессор
ФГБОУ ВО «Донецкий государственный университет»
Быстрянцев С. Б.

Научный редактор:
д-р психол. наук, профессор, директор
НКО «Ассоциация развития перинатальной психологии и медицины»
Коваленко Н. П.

Технический редактор:
канд. психол. наук, доцент, проректор по науке
ЧОУ ВО «Балтийский гуманитарный институт»
Бурик В. Н.

П86 **Психосоматическое здоровье и ресурсы человека :** сборник научных статей симпозиума (Санкт-Петербург, 5 сент. 2025 г.) / науч. ред. Н. П. Коваленко; Ассоциация развития перинатальной психологии и медицины «Здоровая семья», Балтийский гуманитарный институт. – Чебоксары: Среда, 2025. – 192 с. – 1 CD-ROM. – Загл. с титул. экрана. – Текст : электронный.

ISBN 978-5-908083-08-9

Симпозиум «Психосоматическое здоровье и ресурсы человека» был проведен в Санкт-Петербурге 5-го сентября 2025 года в рамках мероприятий Ассоциации развития перинатальной психологии и медицины. В нем участвовало более 60 человек – специалистов из разных областей науки – психологии, медицины, педагогики и культуры.

Тема единства психики и сомы хоть весьма очевидная и понятная многим, все же является недостаточно описанной в терминах современной науки и изученной с помощью современных технологий. Она развивается более 20 лет в научных сообществах, но не широко оглашается.

В сообществе Ассоциации развития перинатальной психологии и медицины проявлена инициатива поднять эту тему, как раньше была поднята тема Перинатальной психологии (и теперь уже в каждом вузе есть такая дисциплина) и начать дискуссию учёных и практиков, которые наблюдают очевидные взаимосвязи и взаимозависимости между психическим и физическим (физиологическим).

Сборник объединил тех исследователей, которые готовы двигаться по пути погружения в эти взаимосвязи, чтобы более отчетливо описать и найти эффективные методы компенсации психосоматических осложнений. Для этого нужна интеграция врачей, психологов и педагогов, которые так или иначе занимаются психологическим здоровьем и здоровьем вообще взрослых и детей.

Сборник призван начать междисциплинарную дискуссию о ресурсах человека, которая ежегодно будет выливаться в сборник статей по исследованиям в этой области.

Минимальные системные требования:
PC с процессором Intel 1,3 ГГц и выше ; 256 Мб (RAM) ; Microsoft Windows, MacOS ; дисковод CD-ROM ; Adobe Reader

УДК 613.86
ББК 88.3

© НКО «Ассоциация развития перинатальной психологии и медицины «Здоровая семья», 2025
© ЧОУ ВО «Балтийский гуманитарный институт», 2025
© Издательский дом «Среда», оформление, 2025

ISBN 978-5-908083-08-9
DOI 10.31483/a-10809

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие 5

ЧАСТЬ I. ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОСОМАТИКА

Коваленко Н.П. Перинатальная память 7

Мартынова Ю.П. Особенности психоэмоционального состояния женщин в период беременности, родов, послеродовой период и психологическая поддержка в становлении материнства. 15

Коваленко Н.П. Психогенное бесплодие, психосоматика невынашивания 20

Брессо Т.И. Жизненные коллизии и репродуктивный потенциал современной семьи 27

Каташинская-Звездина Н.А., Баканина Н.А., Статных Н.В., Звездин В.Н. Оценка эффективности различных вариантов сопровождения беременных женщин с низкоэнергетическим состоянием с использованием анализа психоэмоционального статуса, уровня нейро-вегетативной регуляции и системной диагностики элементного обмена 35

Попов А.Д. Нейробиология беременности и «болезни адаптации» 51

Коваленко Н.П. Травма рождения 54

Аббасзадэ Фарах Психологические особенности женщин в период беременности и в период становления материнства. 59

Котельникова М.В. Ресурсная арт-терапия в коррекции панических атак: интеграция перинатальной психологии и голосотерапии. 65

ЧАСТЬ 2. РЕСУРСНАЯ ТЕРАПИЯ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Коваленко Н.П. Ресурсная терапия – метод психосоматической нормализации 69

Тур Е.Н., Коваленко Н.П. Психосоматотерапия как метод восстановления ресурсного потенциала личности 74

Тур Е.Ю. Ресурсная арт-терапия как способ раскрытия ресурсов личности 81

Коваленко Н.П. Ресурсная голосотерапия – метод психосоматической интеграции (к вопросу о ресурсной голосотерапии) 84

Филяев М. К вопросу о становлении психосоматической концепции в истории медицины и психологии 88

Коваленко Н.П. Инстинкт – рефлекс – потребность в ресурсной психотерапии 98
Плистик О. Интегративная голосотерапия о смыслах и ценностях..... 105
Тен А.А., Тен Е. Интеграция элементов восточной медицины в ресурсную терапию психосоматических расстройств 110
Соломина В.Г. Применение психодиагностического комплекта ресурсной терапии в семейном консультировании 119
Тур Е.Ю. Влияние травмирующего детского опыта на формирование депрессивного личностного радикала у взрослых женщин 124
Пашаева Т. К вопросу о вкладе психолого-социального центра «Логос» в развитие консультативной культуры Азербайджана в ракурсе современных реалий 131

ЧАСТЬ 3. РЕСУРСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Лоусон А., Коваленко Н.П., Брессо Т.И. Этические аспекты в сфере реабилитации детей, страдающих детским церебральным параличом.... 136
Тен Е., Тен А. Психосоциальные проблемы семейного воспитания..... 142
Козлов В.А., Лоусон А., Гальцев Ю.В. Судебно-психиатрическая экспертиза психических заболеваний 147
Козлов В.А., Лоусон А. Судебно-психиатрическая экспертиза маниакально-депрессивного психоза 157
Приходько А.Н., Лоусон А., Гальцев Ю.В. Судебно-психиатрическая экспертиза при шизофрении, МДП и эпилепсии..... 166
Приходько А.Н., Лоусон А., Гальцев Ю.В. Ресурсы памяти и интеллекта и их расстройство 179
Куликова Л. Использование метода ресурсной психотерапии проф. Коваленко Н.П. в центре нейропсихологии и логопедии Ларисы Куликовой «Абрис» (г. Владимир)..... 189

Предисловие

Сборник статей к симпозиуму на тему «Психосоматическое здоровье и ресурсы человека» собрал работы членов Ассоциации развития перинатальной психологии и медицины.

Членами Ассоциации являются учёные и исследователи в области смежных дисциплин, касающихся формирования базы психосоматического здоровья.

В перинатальной психологии изучены важные связи обстоятельств рождения человека и его здоровья. При этом учитывается и психологическое и психическое здоровье.

Перинатальный период закладывает базу всех уровней ресурсов человека и если на первом этапе эта база и фундамент повреждается, то весьма вероятно, что далее вся система будет иметь погрешности и в отдалённом будущем приведёт к разрушению здоровья или недостачи ресурсов.

В статьях этого сборника специалисты описываютсвой исследовательский опыт, который отражает и личный, и профессиональный путь, связанный с лонгитюдным экспериментом и изучением перинатальных феноменов в течение нескольких лет, а иногда даже десятилетий.

Научный редактор сборника Коваленко Н. П. на протяжении 30 лет наблюдала обстоятельства некоторых семей, которые проходили диагностику и терапию у неё в связи с подготовкой к рождению ребёнка, вскармливанию и воспитанию. Истории семей показывают многие взаимосвязи и закономерности развития рёбенка и родителей и позволяют выделить важные моменты для дальнейшего прогнозирования качества их жизни и здоровья.

Исследован феномен перинатальной травмы: травматичных переживаний матери до рождения, в процессе рождения и после рождения ребёнка. Здесь же важна травма ребенка при вынашивании, рождении и вскармливании, воспитании.

Эти травмы, накладываясь друг на друга, образуют сложный психосоматический комплекс, мешающий успешному развитию ребенка.

В результате многое зависит, какими ресурсами обладает ребенок, чтобы справиться с этими травматичным опытом. Замечено: то, что для одного ребенка иногда является опасным для жизни, для другого ребенка не представляет опасности и он легко справляется со сложностями младенческого периода и далее. Это гово-

рит о том, что все имеют разный потенциал защитных сил, который может быть сильной защитой от инфекций и провокаций. Это касается и взрослых.

Все зависит от ресурсного потенциала, который складывается из врождённых и приобретённых ресурсов.

Комплект ресурсов в раннем периоде жизни полностью зависит от генетических программ (врожденных ресурсов), но в процессе жизни ресурсы зависят от навыков, воспитания и образа мыслей и жизни. Т.е. ресурсы развиваются или наоборот уничтожаются нездоровым образом жизни и др.

В сборнике мы собрали статьи специалистов, которые разделяют точку зрения о важности психосоматического единства. Психика и сома – нераздельны, существуют только вместе и корректировать баланс можно только учитывая это единство. «Не возможно душу вылечить только таблетками», и невозможно получить здоровье только постигая мудрость и законы жизни.

Невозможно получить все ресурсы в наследство и не исчерпать их. Они исчерпываются, и задача жизни восполнять эти ресурсы.

В сборнике можно проследить размышление психологов, психотерапевтов и психиатров о состоянии идей о психосоматическом здоровье и о новых представлениях о психосоматических процессах.

Развивая свои ресурсы, человек может существенно увеличить возможности физиологии, волевой и эмоциональной сферы и здесь открывается перспектива новых терапевтических программ, в которых физиологические отклонения могут излечиваться в результате работы над качеством эмоций и мышления.

К этому стремятся многие авторы этого сборника, идут по пути проб и ошибок, но все настроены на интегративный ресурсный подход в психологии и психотерапии.

Научный редактор
д-р. психол. наук, профессор,
декан психологического факультета
Балтийского гуманитарного института,
председатель Ассоциации развития
перинатальной психологии и медицины
Коваленко Н. П.

ЧАСТЬ I. ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОСОМАТИКА

Коваленко Н.П.
д-р. психол. наук, профессор,
декан психологического факультета
Балтийского гуманитарного института,
председатель Ассоциации развития
перинатальной психологии и медицины
г. Санкт-Петербург, Россия

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПАМЯТЬ

Аннотация: *в статье приводится опыт изучения феноменов перинатальной памяти при работе с беременными женщинами, их семьями и детьми. Важной информацией при этом являются обстоятельства вынашивания и рождения.*

Ключевые слова: *перинатальный период, травма рождения, перинатальная травма.*

Идеи о перинатальной памяти начали возникать после работ европейских врачей начала 20 века (Отто Ранк, С. Ференци, А. Фрейд, М. Кляйн и др.), которые свидетельствовали о том, что человек при рождении часто получает травматические переживания, страдания. В акушерстве тоже известно, что у женщин роды часто проходят травматично для ребенка и для матери из-за неготовности женщин к материнству и родам, и из-за многих других факторов, связанных состоянием здоровья, с социальными и личностными проблемами. Но у женщин, склонных к материнскому стилю поведения и чувствам, роды обычно проходят более спокойно и не требуют особого вмешательства. Начиная нашу работу в пространстве акушерства, нас так или иначе интересовала проблема облегчения родовых страданий для женщины и ребенка.

В этот период были весьма популярны книги С. Гроффа о перинатальных матрицах и мы так же пытались примерить его концепцию для решения своих задач, но в результате все же стало понятно, что трансперсональный подход далек от проблем акушерства и мы вернулись к физиологии родов и начали лонгитюдное исследование, в котором собирали сведения о рождении у взрослых людей и наблюдали за детьми, которые родились благо-

приятно или получили травму, и пытались выявить закономерности. Помогали в этом и педиатры, которые говорили об увеличении родовой травмы у детей, родившихся в 90-е годы. И. В. Добряков писал в своих книгах о том, что и медикаментозная передозировка в период сопровождения беременности и во время родов приводит к последующим серьезным повреждениям у ребенка нервной системы и физиологии вообще.

Нужно было искать немедикаментозные методы решения подготовки женщин к родам. Именно труды О.Ранка побудили нас – членов Ассоциации развития перинатальной психологии и медицины (врачей и психологов) – задуматься о том, как же избежать травмы и какие для этого существуют методы подготовки и обеспечения родового процесса, чтобы и женщина, и ребенок наиболее мягко прошли этот опыт.

Наблюдения и статистические исследования, которые мы обсуждали на наших конференциях, говорили о том, что современная культура деторождения у нас практически отсутствует и требуется большие усилия, чтобы женщины получали погружение в эту культуру, обучались рожать и проходили этап родов успешно и самое главное – наименее травматично для ребенка. Качество же услуг в родильных домах за последние 15 лет значительно улучшились, повысилась культура отношения к ребенку и матери. Но это не может компенсировать не осведомленность женщин о своей физиологии и материнской психологии, без которой трудно получить успешные роды.

Личностное и физиологическое созревание у всех женщин идет с разной скоростью, готовность жертвовать своим свободным временем, проявлять любовь и постоянно быть привязанным к ребенку, кормить его грудью – это для некоторых женщин тяжелая обуза. И если вынашивание у таких женщин еще может проходить нормально, то в родах они могут не совладать с сильными ощущениями, испугаться боли и тогда сами получают травму и ребенок так же травматизируется. И эта травма связана только с неготовностью женщины быть матерью, ведь при осознанном вынашивании женщина может хорошо подготовиться, как это происходит в наших программах и родить легко, не получая травмы. Получается, что первая причина страдания ребенка в родах – это неготовность матери к материнству и родам.

Следующая причина осложнений при вынашивании и в родах – это нежеланность ребенка, когда мать и отец не хотят его рождения по разным причинам, здесь тоже мы можем встретить не готовность к родительству, и поэтому ребенка эмоционально отвергают. Но иногда вынашивать все же приходится, аборт делать нельзя, и ребенок рождается нелюбимым, нежеланным, часто тоже в травматичных родах. В таком случае отягощение ребенка вдвое больше. Изучая некоторые факты из жизни таких детей, мы заметили, что и его последующее развитие чаще отягощено и даже события жизни складываются менее успешно, чем у желанных детей. Некоторые вырастают агрессивными людьми, склонными к совершению насилия. Не получив базовой материнской любви и принятия при вынашивании, ребенок с трудом ориентируется в эмоциональной жизни и просто выживает, защищает себя, пытается выжить, поэтому склонен к агрессивному поведению.

На каком уровне фиксирует ребенок эту программу нежеланности? Конечно, прежде всего, на инстинктивном уровне. Нам пришлось окунуться в теорию инстинктов человека и в трудах А. А Ухтомского мы увидели его желание и цель на будущее – открыть тайны инстинктов человека. Мы связали эти его чаяния с явлением, которое в психоанализе называли подсознанием, бессознательным, откуда берут начало все импульсы и потребности человека. Именно здесь моделируются все программы жизнеобеспечения. Именно этот пласт психофизиологии накапливает в себе весь опыт человека от его зачатия, вынашивания и рождения. Все этапы, которые человек проходит в онтогенезе, все важны и целесообразны и на каждом этапе бывают сбои. Эти сбои мешают реализоваться естественным программам, имеющимся в нашей человеческой природе. Перинатальная память включает все эти этапы и всю память о процессе раскрытия генетической программы ребенка, которую он получил от матери и отца при зачатии.

Это база, с которой он начинает свой путь, он осваивает первое жизненное пространство – утроба матери, фиксирует импульсы, поступающие от нее, чувствует, насколько благоприятно это пространство. Он полностью инстинктивен и включен в процесс роста. Но даже в этот период он может получить травму, если страдает мать, если она в стрессе, если ее обижают. Все знают кадры об аборте, когда ребенок прячется, закрывается при проведении

этой операции. Он как живое существо пытается инстинктивно спастись, но мать может лишить его жизни руками медика.

Если ребенок продолжает жить, но мать пьет, курит, передает ребенку через плаценту вредоносные вещества, то он уже начинает страдать от интоксикации, его здоровье отягощается и конечно это скажется на его здоровье в последующей жизни.

Ребенка может покинуть отец в период вынашивания и после рождения, и для ребенка это тоже травма, это недостача скажется позднее, когда отцовская генетика начнет в нем проявляться во всем объеме и появиться желание идентифицировать себя с мужчиной. Отсутствие связи с отцом очень печально сказывается на психологическом здоровье мальчиков, будущих мужчин. Именно исследуя истории жизни многих семей, мы смогли отчетливо увидеть эти взаимосвязи.

Ребенок фиксирует все травмы матери бессознательно во время родов и может после родов проявлять свой протест против того, что ее организм причинил ему боль. Ведь в процессе родов ребенок действительно проходит сложный путь и очень старается двигаться вперед, ведомый инстинктом самосохранения и свободы. Но если мама не научена открываться в родах, не знает, как помочь ребенку в этот момент, думает больше о себе и о своих ощущениях, то роды могут затягиваться, ребенок страдает, претерпевает боль и сильное давление, его жизни угрожает опасность, а источник опасности – сама мать, ее организм. Поэтому после родов ребенок может не брать грудь, много плакать и тогда его жизни может угрожать опасность.

Родовая травма – это может быть многовариантный процесс, который в каждом случае будет особым. Но важно отметить, что еще и отсутствие опыта, нерадивость медперсонала так же могут быть причиной травмы в родах и матери, и ребенка. Таким образом травма может быть и физической, и эмоциональной (психической) и рубцы этих травм надлежит лечить. У одной моей пациентки была такая глубокая травма от грубости персонала в первых родах, что она 7 лет не могла решится на следующего ребенка, испытывая очень сильный протест, обиду, гнев против роддома и врачей. В терапевтическом процессе мы разобрали эти чувства и помогли перевести их в мирное русло. Ресурсная терапия имеет

такие механизмы. Далее эта женщина успешно родила и прекрасно сотрудничала с персоналом роддома.

Фиксация ранней травмы в перинатальный период у ребенка происходит в глубинных слоях памяти, где еще не работает интеллект, а активна только инстинктивная память, которая отражает ситуацию с помощью инстинкта самосохранения: угрожает ли что-то жизни, есть ли условия продолжения жизни. Запасы прочности плода велики, но самые лучшие результаты в процессе родов и после получаются именно у желанного ребенка при готовности родителей и всей семьи к его приходу, и благоприятной внешней ситуации.

В моих книгах я описывала интересный факт, который случился после моего выступления по радио, и тема была посвящена перинатальной психологии, и конечно, я что-то говорила о перинатальной памяти, что внутриутробный ребенок фиксирует события. И так как это было в Петербурге, то на студию стали звонить люди, которые родились после блокады Ленинграда, но вынашивались в блокаду, под звуки бомбежек и сирен. Они говорили, что им снятся такие сны, с грохотом и сиренами, хотя ничего не видно, а просто страшно. Такие сны они помнят с детства и во взрослом возрасте такие сны повторяются. Некоторые люди говорили о том, что они знают своих дедушек или бабушек, хотя их не видели (они умерли до их рождения), при вынашивании они могли слышать их голос и быть рядом вместе матерью. Некоторые описывают квартиру, куда их привезли после роддома, а потом ребенок жил в другой квартире. Т. е. новорожденный зафиксировал свой первый дом, еще не понимая, где он и что будет дальше. Такая фиксация памяти не очень ясная и точная, но она есть и это подтверждается биографическими фактами.

Процесс набора фактов продолжается, мы ищем такие свидетельства, чтобы иметь статистически достоверный объем информации. К сожалению, такие глубокие слои памяти открываются далеко не у всех людей.

Здесь нет никакой мистики, здесь мы видим специфические способности нашего подсознания фиксировать события без участия интеллекта на интуитивно-ассоциативном уровне. События нашей жизни реально влияют на наши ресурсы и, очевидно, они действительно фиксируются и вытесняются в глубокие слои па-

мяти. Но если они были травматичными, угрожающими жизни, эмоциональная, рефлекторная память будет хранить это напряжение и ждать разрядки, а если разрядка не наступает, то будет напоминать в сновидениях, в болях, болезнях о необходимости освободиться от напряжения.

Я давно изучаю сновидения и в моей монографии «Перинатальная психология» (2001) я описала одно исследование, которое сделано именно по сновидениям. В этом исследовании мы изучали сны у беременных перед родами. Они оказались информативными и показывали на качество готовности к родам и иногда точно предвосхищали сложные ситуации в родах. Это помогало заведомо подготовить женщину и избежать проблем.

Тем не менее, сны впрямую мы не трактуем, т. к. у подсознания свой язык, на котором оно передает свою информацию, он иносказательный – это ассоциативные образы и чувства, предчувствия.

Так же, если учесть, что ребенок в утробе матери больше спит, то он тоже может что-то ассоциировать (то, что ощущает и слышит) и его психика создает цветовые (или другие) ассоциации, которые пока без образов, но уже могут пугать, напрягать или давать чувство любви и радости.

Сообщения моих пациентов о своих снах говорят о многом, но это не прямая информация, к ней нужны еще другие подтверждения, чтобы можно было делать выводы.

Все эти рассуждения я могу делать потому, что больше 20 лет накапливаю такие свидетельства о снах, которые содержат интересный материал.

И так, если ребенок к родам уже созрел как плод, то его жизненные функции активны и готовы к работе. И на каком–то уровне (у каждого ребенка по-своему) плод способен отражать события, в которых он участвует, он не может сказать, но он отражает и ощущает (или страдает) так же, как взрослый человек.

От чего страдаем мы? От отсутствия любви, комфорта, питания, защиты и информации. Я не случайно поставила на первое место любовь, потому что мы люди и нам очень важно чувствовать, что нас любят. Это инстинктивный уровень, он первый определяет эту грань: любят – не любят. Так же как животные чувствуют инстинктивно, как к ним относятся и нападают, вредят тем, кто их не любит. Или боятся тех, кто сильнее, кто агрессивный.

В своей недавно вышедшей книге (Ресурсная терапия) я более подробно раскрываю эти процессы. Сейчас хочу подчеркнуть, что подсознательный уровень из чистых интеллектуальных построений с начала 20 века (в психоанализе) становится осязаемым, и мы его изучаем опосредовано, опираясь на многообразие проявления психики через явления памяти и эмоций. Подсознательный уровень связан с инстинктивной природой человека и трудно подвергается интеллектуальному осмыслению. Но он существует всегда, показывает свою силу, проявляясь и через физиологию, через психику.

Так вот инстинктивный уровень в человеческой природе обладает огромной силой, которая может проявляться созидательно, а иногда разрушительно, если эту силу подавляют, используют не по законам природы, искажают в силу общественных процессов, межличностных проблем. У нас есть тест замеряющий ресурсный потенциал человека, в нем мы сделали замерить уровень активности инстинктивного потенциала, учитывая семь инстинктивных областей. (тест ИПРП Коваленко Н. П.). Этот тест для взрослых и подростков.

Возвращаясь к рождению – инстинктивный выход ребенка из утробы может быть мягким и спокойным, если сила инстинкта не имеет преград и согласуется с силой инстинкта роженицы. Если эти две силы объединяются в один вектор, то в родах нет проблем. Два живых родственных организма слышат, любят друг друга и следуют на встречу друг другу. А вот если – каждый сам за себя, то они травмируют друг друга потому, что каждый действует с помощью инстинкта самосохранения и защищает себя, а нужно, чтобы они объединились на уровне инстинкта продолжения рода и на волне любви и родства шли на встречу, помогая друг другу.

Это абстрактные рассуждения, но если мы хорошо знаем биологию, физиологию и знаем, как этот процесс организован в природе животных, то мы как высшие приматы должны тоже все это уметь, но цивилизационные процессы нас отдалили от природы и естества. Важно интегрировать научные знания и те возможности, которые даны нам природой.

Перинатальный уровень жизни – это и есть тот уровень, на котором разворачиваются все программы живой природы через человеческий организм. И от простейшего клеточного уровня мы шагаем в рождение могущественного существа, который может стать Ломо-

носовым или матерью – героиней, т. е. несет в себе глобальные программы, которым суждено развернуться и проявиться.

Важность этого этапа (перинатального) бесценна – это закладка фундамента будущей жизни и поэтому каждый день, каждый месяц имеет огромное значение для активизации особых функций и ресурсов. Закладываются базовые программы, которые могут быть полноценными, а могут быть поврежденными (экологией, страхами, потерями и пр.). Наша задача не допустить повреждений, оградить от химической, биологической, эмоциональной негативной атаки.

Перинатальный период и перинатальная память как фундамент не должны иметь трещин и погрешностей, иначе будущее здание человеческого организма имеет опасность рухнуть. Конечно, защитные механизмы велики, адаптация – мощный инструмент выживания, но все же основа в самом начале жизни нужна безупречная, согласованная с законами природы.

Поэтому в идеале:

- зачатие должно происходить в любви и уважении;
- вынашивание должно проходить в любви, уважении и обучении родительству и родильной культуре, родильным навыкам;
- рождение должно происходить естественным образом, с опорой на знания естественных родов;
- вскармливание должно происходить в любви и спокойствии.

Это идеальная схема. Но к ней можно стремиться и, выполняя хотя бы что-то, мы обеспечим ребенку лучшие программы для развития и здоровья. А если потери ресурсов все же случились, то с помощью ресурсной терапии мы можем помочь восполнить их и компенсировать травматичный опыт.

Ресурсная терапия – это метод, который позволяет работать с травмой, полученной на любом этапе онтогенеза, в любом возрасте.

Список литературы

1. Коваленко, Н. П. Ресурсная терапия / Н. П. Коваленко. – Санкт-Петербург: Петрополис, 2022. – 260 с.

2. Вандхаус, С. Психологическая травма / С. Вандхаус. – Санкт-Петербург: Питер, 2024. – 320 с.

3. Наказава, Д. Д. Осколки детский травм / Д. Д. Наказава. – Москва: Эксмо, 2024. – 416 с.

4. Коваленко, Н. П. Перинатальная психология / Н. П. Коваленко. – Санкт-Петербург: Петрополис, 2010. – 380 с.

Мартынова Ю.П.
магистр психологии,
член Ассоциации развития
перинатальной психологии и медицины
г. Санкт-Петербург, Россия

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИН В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ, ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА В СТАНОВЛЕНИИ МАТЕРИНСТВА

Аннотация: *в статье анализируются особенности психоэмоционального состояния женщины в период беременности, родов и послеродовой период, рассматриваются методы психологической помощи.*

Ключевые слова: *перинатальная депрессия, арт-терапия, ресурсная арт-терапия, телесная терапия, терапия ранней травмы.*

Особенности психоэмоционального состояния женщин в период беременности, родов, послеродовой период и психологическая поддержка в становлении материнства – над этой темой работают сейчас многие клинические психологии, и она до сих пор недостаточно раскрыта.

За жизнь мы проживаем множество инициаций-переходов, крупных и мелких. И это смена актуальных ролей, функций, сценариев жизни.

Рождение детей для женщины – это одна из больших инициаций. Она означает открытие в себе способности творить, создавать, производить, причем не только в буквальном смысле, но и в переносном значении этого слова. Всё, что мы создаем: вещи, идеи, проекты, книги, детей, наконец, самих себя, свой жизненный сценарий – является продуктами нашего творчества.

В этот период оживают конфликты, принадлежащие прошедшим стадиям развития, и молодая женщина должна заново приспосабливаться к своему внутреннему миру и к внешнему объектному миру. В это время она нуждается в эмоциональной и физиологической поддержке, заботе, чтобы она, в свою очередь, могла помочь ребенку и облегчить ему вхождение в жизнь. Суть этой

адаптации женщины на пути к зрелости состоит в достижении устойчивого и удовлетворительного баланса между бессознательными фантазиями, мечтами и надеждами, и реальностью отношений с самой собой, мужем и ребенком [1].

Переход в материнство переживается женщиной как внутренняя и внешняя трансформация. Внутренняя трансформация – это обязательное переживание околосмертного (переходного, пограничного, транс-персонального) опыта, когда старые неадаптивные механизмы должны разрушиться, а потом постепенно зародиться и сформироваться новые. Этот цикл – «разрушение-трансформация-возрождение» – сопровождается страданием, болью, целым комплексом отрицательных эмоций, сновидениями, сюжет которых связан со смертью [2].

Во время беременности у женщины может развиваться эмоциональная неустойчивость, раздражительность, повышенная тревожность, мнительность, астения, неадекватная самооценка, повышается лабильность психических процессов [3].

Наиболее частые психические расстройства беременных – тревожно-депрессивные. Перинатальная депрессия, которая включает большие и малые депрессивные эпизоды – возникающие во время беременности или в первые 12 месяцев после родов, – одно из наиболее распространенных осложнений беременности и послеродового периода, поражающее каждую седьмую женщину [3; 5].

Количество женщин, испытывающих тревогу и стресс при беременности и принимающих при этом психотропные препараты, увеличивается из года в год. Между тем применение этой группы лекарственных средств может быть небезопасным для ребенка, что требует использования альтернативных методов коррекции психологических расстройств у беременных [3; 4].

Помимо перестройки физиологических изменений в теле, женщина проживает четыре состояния (активных слоев памяти) одновременно:

– состояние матери, когда она была беременна ею;
– собственный перинатальный опыт рождения;
– как беременная женщина ребенком;
– рождение своего ребенка.

То есть внутриутробный образ матери, создающийся при этом, и есть тот образец, с которым дочь всю жизнь стремится, как

идентифицироваться, так и отойти от него, диссоциироваться. Поэтому тревоги и конфликты, связанные с собственной матерью, могут неожиданно быть обнажены опытом беременности и материнства. На этом пути фантазии о первичном единстве матери и младенца не могут быть успешно интегрированы со взрослой реальностью, где идентификация Собственного Я/объект является первостепенной.

На отделение-индивидуацию ребенка влияют способность матери радоваться своему взрослому телу женщины и ее отношения с отцом ребенка. Если мать удовлетворена своей жизнью, психологически симбиотическая стадия в жизни ее ребенка не будет неоправданно затянута. Атмосфера взаимного удовлетворения родителей друг другом и материнского наслаждения своим телом и Собственным Я не только предоставляет дочке, удовлетворяющий объект для интернализации и идентификации, но и дает девочке надежду на такую же судьбу и для нее. Отсюда следует, что матери, недовольной собой как женщиной, не умеющей принимать отца как мужчину, трудно отделить себя от ребенка, ибо она надеется жить в нем заново, наверстать все упущенное ею самой. Поэтому важными темами работы в кабинете психотерапевта в период планирования беременности является исцеление внутренних конфликтов со своей матерью и отцом.

Анализ исследований в области перинатальной психологии показывает, что собственный опыт рождения также влияет на беременность и роды. Нежеланные дети в утробе ощущают отвержение и опасность, долгая материнская депривация негативно сказывается на психике ребенка и дальнейшей его социализации, а желание рождения ребенка другого пола закладывают травмы половой идентичности. Женщина неожиданно для себя может начать соприкасаться с собственными чувствами, связанными с её рождением или начать проживать опыт своей матери или бабушки. Ан Анселлин Шутценбергер упоминала о проявлении семейных родовых травм в памяти тела. Кроме того, уровень стресса в период беременности повышается, если в анамнезе беременной содержится опыт потерь детей, связанный с абортами или выкидышами. Поэтому терапия ранней травмы является важной в процессе планирования беременности.

Отсутствие уверенности в прочности брака, связанное с переживаниями из-за отношений с супругом, способствует большей чувствительности будущей матери к испугам и страху перед родами. Переживания из-за отношений с супругом, часто обусловленные конфликтными отношениями, приводят к эмоциональной неудовлетворенности, отсутствию рефлекторного крика новорожденного, что расценивается проявление эмоциональной или психогенной заторможенности. Коррекция отношений супругов является необходимым этапом на пути беременности и родов.

Исследования перинатальной психологии и медицины показали, что процессы, реализующие инстинкт продолжения рода, находятся в зависимости от психоэмоциональной сферы женщины, и если она не готова к роли матери, не готова развиваться как личность в материнстве, то эти естественные процессы переходят в разряд стресс-факторов и значительно влияют на формирование патологий у беременной и ребенка, что в свою очередь является причиной, почвой для формирования патологий у новорожденного [3].

При планировании деторождения, ещё до зачатия, семья часто нуждается в консультации психотерапевта. Мотивы желания иметь ребенка разнообразны. Они могут быть конструктивными, укрепляющими семью, способствующими созданию благоприятных условий для вынашивания беременности, родоразрешения, ухода за новорожденным, могут быть деструктивными и препятствовать этому. Беременность у женщин с маркерами психоэмоционального стресса в 80,43% случаев заканчивается срочными родами, в 16,63% – преждевременными родами, в 10,86% – выкидышами, что свидетельствует о нарушении формирования родовой доминанты. Это доказывает, что психологический стресс несет с собой целый комплекс перинатальных проблем, требующих серьезного внимания к психологической сфере беременных женщин.

Проведение комплексной психокоррекции перинатальных осложнений, связанных с материнским психоэмоциональным стрессом, позволяет снизить частоту невынашивания беременности с 16,65% до 4,55%, в три раза уменьшить частоту развития тяжелых форм хронической фето-плацентрарной недостаточности и соответственно перинатальной патологии новорожденного [3].

Чтобы родить здорового ребенка, женщина должна быть подготовлена не только физиологически, но и психологически. Для предотвращения и решения серьезных проблем, с которыми сталкивается семья в этот трудный период, требуется компетентная психологическая помощь.

Она включает в себя диагностику готовности к материнству и родам. Оценка ресурсов женщины может проводиться в группе или при индивидуальной встрече на основании специальных тестов, рисунков, исследования отношения к изменениям, происходящим в период беременности и при необходимости может составляться программа корректировки.

На когнитивном и операциональном уровнях большой поддержкой для женщин во время планирования и ведения беременности могут стать различные курсы по подготовке к материнству в перинатальных центрах, женских консультациях, материнские клубы, поддержка женщин, имеющих позитивный опыт материнства. Исследования показывают, к снижению тревожности приводит осведомленность о внутриутробном развитии ребенка, психологическом значении процесса родов для ребенка, матери и отца. Значительно снижает уровень стресса в период беременности приобретение навыков поведения в родах и знаний по уходу за ребенком.

Для решения психологических проблем хорошо работают программы Ресурсной терапии профессора и доктора психологических наук Коваленко Натальи Петровны. Сочетание телесной, арт-терапии и инсталляций дает возможность относительно безболезненно подойти к глубинному психологическому материалу клиента, стимулировать проработку бессознательных переживаний, связанных с установками о материнстве, и снизить сопротивление изменениям. Важно отметить, что ресурсная арт-терапия (Коваленко) затрагивает все сферы жизни человека. Что дает возможность осознать ограничивающие установки более глобально и изменить их, отрегулировать систему ценностей и смысложизненные ориентации, а также выработать различные адаптивные механизмы в психике, которые позволят лучше адаптироваться к жизни, удовлетворять свои потребности, обретать новые смыслы и открывать в себе ресурсы для того, чтобы обрести позитивный и

продуктивный опыт родительства, семейное счастье и передавать самое лучшее уже своим детям.

Список литературы

1. Пайнз, Д. Бессознательное использование своего тела женщиной / Д. Пайнз. – Москва: Корвет, 2016. – 206 с.
2. Ефимкина, Р. Как дела? – Ещё не родила! Возможности психотерапии в исцелении бесплодия / Р. Ефимкина. – Москва: Класс, 2021. – 288 с.
3. Коваленко-Маджуга, Н. П. Перинатальная психология: медико-социальные проблемы. Психопрофилактика и психокоррекция женщин в период беременности / Н. П. Коваленко-Маджуга. – Санкт-Петербург: Петрополис, 2010. – 316 с.
4. Перова, Е. И. Беременность на фоне тревожно-депрессивных состояний / Е.И. Перова, Н.Н. Стеняева, И.А. Аполихина // Акушерство и гинекология. – 2013. – № 7. – С. 14–18.
5. Тарасова, А. Ю. Слагаемые супружеского счастья. Взгляд врача и психолога / А. Ю. Тарасова, Ю. А. Петров. – Москва: Медицинская книга, 2022. – 320 с.

Коваленко Н.П.
д-р. психол. наук, профессор,
декан психологического факультета
Балтийского гуманитарного института,
председатель Ассоциации развития
перинатальной психологии и медицины
г. Санкт-Петербург, Россия

ПСИХОГЕННОЕ БЕСПЛОДИЕ, ПСИХОСОМАТИКА НЕВЫНАШИВАНИЯ

Аннотация: *в статье дается анализ современных причин бесплодия и нарушения репродуктивного здоровья у молодых семей. Отмечается особое место психологических факторов, влияющих на бесплодие, и предлагается рассматривать психогенное бесплодие как одну из важных форм бесплодия.*

Ключевые слова: *бесплодие, психогенное бесплодие, идиопатия, перинатальная психотерапия в лечении психогенного бесплодия.*

Первая половина двадцать первого века характеризуется увеличением семейных пар, в анамнезе которых существует такой диагноз как бесплодие. Анализируя статистику по данному вопросу, начиная с 2000 года, цифра бездетных пар неуклонно растет. Сей-

час мы переживаем глубокий демографический кризис и конечно важно понять причины снижения фертильности. За этот период капиталовложения государства в медицину, в акушерство выросли на порядок. Мы имеем чудесные роддома – но детей рождается меньше, патологий в родах все больше. Мы имеем чудесные женские поликлиники, но репродуктивное здоровье женщин неуклонно ухудшается, потому что здоровье не всегда напрямую связано с качеством здания и ремонта медицинского учреждения. Оно более связано с качеством профессионального обслуживания и компетентности медперсонала. О ятрогенном воздействии медперсонала мы говорим в АРППМ как раз с 2000-х годов. Уже тогда врачи сами делали выводы, что деликатность и корректность врача – это уже 70% успеха. Но 25 % женщин, прошедших женские консультации и роддома, отчетливо заявляют о некорректном общении младшего персонала, о бесчувственности и склонности к негативизму прогнозов со здоровьем у врачей. Так называемое «запугивание», от которого женщине больше не хочется идти в женскую консультацию. А в настоящее время репродуктивное здоровье ухудшается и у женщин, и у мужчин и назревает необходимость в мужских консультациях со штатом андрологов.

Тенденция прослеживается нерадостная. Статистические данные подтверждают данную тенденцию. В 2015 году бесплодными считались уже примерно 20% пар, но есть данные о 23% пар, у которых данный диагноз подтверждается. Причем на мужское бесплодие приходится 35%–40% случаев. В парах причиной стерильности ранее считалось чаще всего патология со стороны женщины, в настоящий момент показатели меняются в сторону бесплодия мужчин. У 15% обследуемых пар определяют бесплодие неустановленной природы, когда факторов, препятствующих зачатию, просто не находят. И при этом Россия до сих пор занимает первые места по количеству абортов, хотя намечается тенденция на снижение. Это напрямую влияет на народонаселение страны. В совокупности увеличивающееся бесплодие и увеличение абортов ведет к невосполнимости численности людского потенциала в России.

При обращении пары с диагнозом «бесплодие» на наш взгляд, необходимо не только обследовать как мужчину, так и женщину на наличие физиологических причин, мешающих зачать ребенка, но и проводить психологическую диагностику наличия сформи-

рованной родительской доминанты, готовности к родительству. Есть реальные эмоциональные причины нежелания зачать, их необходимо диагностировать, выявлять отсутствие-наличие страхов и тревожностей у будущих родителей. Все это нужно для того, чтобы заблаговременно провести психопрофилактику патогенных эмоций и подготовить психологически к родительству.

При обследовании женщины современная медицина выявляет ряд причин, приводящих к бесплодию, таких как: изменения в эндокринной системе, анатомические особенности, последствия операций или осложнения после ряда заболеваний, наличие эндометриоза, спаечных процессов в детородных и прилежащих к ним органах, определенные виды перенесенных инфекций могут приводить к бесплодию. Так же при психологическим обследовании нас интересует фертильность предшествующих поколений. Сколько было детей у мамы, бабушки и т. д.? Как они рожали?

Так важно и сколько детей зачали мужчины по отцовской линии (у женщины) и по отцовской линии будущего отца. Это тоже важно, чтобы понимать уровень ресурсов репродукции.

На фертильность женщины могут влиять соматические и системные заболевания, как вторичное бесплодие может рассматриваться последствие аборта. Наряду с физиологическими причинами на первое место выходят психогенные аспекты, такие как стрессы и депрессии, неврозы и т. д. Женщинам с идиопатическим бесплодием и их мужьям свойственны, трудности адаптации к неопределенному положению семьи, противоречивость, искусственность во взаимоотношениях с родственниками, ретуширование существующих проблем, переживаний, а также супружеская духовная, сексуальная дисгармония, низкая экспрессивность в семейных отношениях, пренебрежение, обесценивание семейных ритуалов и традиций.

В последнее время из всего объема причин, вызывающих бесплодие, увеличивается сегмент с наименованием – невыясненный генез. И именно этот сегмент привлекает внимание психотерапевтов и психологов.

Обычно выделяют ряд форм бесплодия у женщин). К ним относятся:

- иммунное;
- маточное;

- трубное;
- эндокринное;
- эндометриоз;
- идиопатия (бесплодие невыясненного генеза).

В настоящее время фиксируется обращение пар по поводу отсутствия зачатия после нескольких месяцев целенаправленных действий, направленных на зачатие, участились. Психологические аспекты при этом занимают все более весомое место.

Одна только констатация диагноза «бесплодие» приводит женщину в состояние, близкое к истерии. Хотя, конечно, современные пары по-разному относятся к поставленному диагнозу. Большая часть пар ищут пути решения в виде лечения, ЭКО, но есть часть пар, которые принимают решение остаться без детей и жить в свое удовольствием, что также пагубно влияет на дальнейшее развитие общества. Но стресс, переживаемый в связи с этими обстоятельствами, весьма велик и привносит в ситуацию дополнительные страдания и нарушения здоровья. Поэтому психотерапия травмы и стресса, дистресса – важнейшая задача при лечении психогенного бесплодия. Ведь «шлейфы» травматичных переживаний зачастую не осознаются пациентами и им кажется, что прошлое минуло и сейчас все должно быть в порядке. Но если фундамент (детство) имеет глубокие трещины, то и вся надстройка (взрослая жизнь) может дать крен.

За последнее время ввиду широкого распространения диагноза бесплодие, при выявленном диагнозе проходят обследования не только женщины, но и мужчины, установлено, что примерно 15% супружеских пар инфертильны, и в 40% случаев имеет место мужской фактор. Среди мужчин с бесплодием азооспермия составляет 10%–15% (Ezech U.I.O. et al, 2001). Обструктивная (инкреторная) и необструктивная (секреторная) азооспермия составляют примерно 40% и 60% соответственно (Jequier and Holmes, 1993). (*Из диссертации: Виноградов И. В. Современные методы лечения генетически обусловленного секреторного бесплодия: дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.23 / И. В. Виноградов. – Москва, 2011. – 177 с.)*.

За последнее время число пар с диагнозом «бесплодие» растет в городской среде, которая не способствует естественному зачатию здорового ребенка – экологическая обстановка, социальный фактор, перегруженность в часы пик общественного транспорта, жилищные

проблемы, нестабильность заработной платы – все это напрямую влияет на человеческий организм. Важно отметить и изменившееся питание – наличие заменителей, переедание или анорексия.

В современных городах чаще всего имеет место быть для большинства служащих сидячая работа и увлечение гаджетами, что влияет на органы малого таза, мода в одежде влияет на переохлаждение детородных органов в зимнее время. Одной из значительных причин осложнения репродуктивного здоровья может служить неупорядоченная браком сексуальная жизнь, частые половые связи с разными партнерами до заключения брака. Организм пересыщается противозачаточными средствами, и функции органов деторождения постепенно затухают. Причинами мужского бесплодия также могут служить дистрессы и зависимости. Опять же мода: облегающие узкие, короткие брюки, что также приводит к переохлаждению и изменению функционирования детородных органов.

Последнее время отмечается такое явление как несовместимость. Это можно отнести как резус-фактору, так и к генной несовместимости. Но наличие психогенных факторов выходит на первое место. Если учесть, что частью физиологических проблем являются психосоматические патологии организма, то выявление психологических причин, их устранение может привести к изменению диагноза и повышению репродуктивного здоровья. Психологические причины бесплодия весьма разнообразны. Это и психические травмы, наличие обид, ощущение вины за то, что не смогла зачать сразу, страхи, связанные с представлениями о родах. На зачатие могут активно повлиять измены, разводы, ссоры в семье. Бесплодие может наступить после неудачного вынашивания ребенка или его гибели в раннем возрасте. Нестабильность в семье, неуверенность в собственных возможностях, отсутствие ресурсов моральных и физических также приводит к данному диагнозу [1; 5].

Перинатальная психология и ресурсная терапия направлена на устранение данных психологических причин и изучает все методы, позволяющие исключить данные причины и родить здорового малыша. Особый фокус исследования в перинатальной психология – это система взаимоотношений родители-дети. Мать и отец молодых родителей часто являются источником стресса и психо-

соматического отягощения для своих детей (будущих родителей), это отягощение пышным цветом может расцвести именно в детородный период. Представители психоанализа рассматривают идиопатическое бесплодие с точки зрения вытесненных детских психотравм, особенно, которые связаны с неадекватными, дефицитарными взаимоотношениями с матерью (Пайнз Д., 1997; Хорни К., 2003; Уварова С. Г., 2007, Shroeder D., 1993 и др.). То, что современные семьи часто страдают от безотцовщины – это известно. Но важно, что еще и материнское однобокое воспитание так же может быть источником многих отягощений для детей, особенно во взрослой жизни. Такие формулировки как «удушливая любовь» или «недолюбленность» родителями в равной степени применяются для описания причин возникновения психологических патологий эмоциональной, поведенческой сферы. А это в свою очередь может отяготить и супружескую жизнь детей в будущем, когда они или будут неосознанно повторять ошибки родителей, или осознанно избегать семейных уз, которые по их детскому опыту наполнены обманом, страданием и болью [5].

Такое избегание может постепенно стать основой и для избегания родительства и вылиться в бесплодие. Женщины с бесплодием, пребывающие в хронической ситуации неопределенности репродуктивного статуса, нуждаются в специализированной психокоррекционной работе, направленной, прежде всего, на снижение нервно-психического напряжения, расширение круга интересов, сокращение дефицита способности к открытым контактам в супружеских отношениях, коррекцию масштаба ответственности за семейную ситуацию, повышение коммуникативной супружеской компетентности. Особого внимания требует эмоциональная жизнь женщин, которая может быть замаскирована вовлеченностью в терапевтический процесс, но скрывать в себе безнадежность, уныние, чувство несправедливости и другие патогенные эмоции.

Для решения этой проблемы сотрудники АРППМ разработали методики психодиагностики причин осложнения репродуктивного здоровья, психогенного бесплодия, методики коррекции и психотерапии травм, полученных в родительской семье или в супружеских отношениях. Эти программы позволяют существенно об-

легчить травматичный опыт и создать устойчивую доминанту зачатия и вынашивания ребенка. Такая работа улучшает результаты программ ЭКО, а во многих случаях позволяет получить родительство естественным путем без применения медицинских вмешательств. Во всем мире психотерапия обязательно присутствует при решении таких задач. Важно, чтобы и в нашей стране развивался цивилизованный подход к пациенту и учитывался его психофизиологический потенциал. А как известно, – ведущей в природе человека, является именно психическая сфера, которая обладает гораздо большей силой, чем физиологическая, поэтому терапия психологической сферы – это наиважнейшая задача обретения здоровья и репродуктивного в том числе.

Список литературы

1. Коваленко, Н. П. Перинатальная психология / Н. П. Коваленко. – Санкт-Петербур: Петрополис, 2010.

2. Иванова, А. Р. Медико-психологические особенности женщин во время лечения бесплодия: автореферат дисс. … канд. мед. наук / А. Р. Иванова. – Москва, 2010.

3. Себелева, Ю. Г. Гендерная идентичность у женщин, страдающих бесплодием (в программе экстракорпорального оплодотворения): автореферат дисс. … канд. психол. наук / Ю. Г. Себелева. – Москва, 2014.

4. Дементьева, Н. О. Психологическое значение фактора неопределенности репродуктивного статуса для психосоциального функционирования женщин с бесплодием: автореферат дисс. … канд. психол. наук / Н. О. Дементьева. – Москва, 2011.

5. Коваленко, Н. П. Ресурсная терапия / Н. П. Коваленко. – Санкт-Петербург: Петрополис, 2022. – 264 с.

Брессо Т.И.
канд. психол. наук, доцент РГНИМУ,
член Ассоциации развития перинатальной
психологии и медицины
г. Москва, Россия

ЖИЗНЕННЫЕ КОЛЛИЗИИ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ СОВРЕМЕННОЙ СЕМЬИ

Аннотация: *в статье дается анализ современного состояния репродуктивной активности семьи и проблем деторождения.*

Ключевые слова: *современная семья, репродуктивный потенциал, репродуктивные установки, жизненные коллизии, демогрфическое поведение, рождаемость, родительство.*

На всем протяжении своей жизни каждая семья, сталкиваясь с самыми разнообразными проблемами, может оказаться в ситуациях, порождающих напряжения, стрессы, оказывающих положительное или отрицательное влияние на семью и на ее судьбу.

Эти проблемы и кризисы имеют различную природу и происхождение. Часть из них связана с развитием семьи как системы через различные стадии жизненного цикла, с теми обычными, естественными событиями, которые происходят в семьях и которые отграничивают одну стадию жизненного цикла от другой. Любое «нормальное», «естественное» событие в жизни семьи (вступление в брак, рождение ребенка, поступление ребенка в школу, чья-то смерть или болезнь и т. д.), изменения в семье или ее структуре, вызываемые этими событиями, с неизбежностью порождают в семьях те или иные проблемные ситуации, кризисы, требуют от семьи принятия соответствующих решений, мобилизации для этого необходимых ресурсов.

Для характеристики таких проблемных ситуаций, порождаемых саморазвитием семьи, переходом с одной стадии ее жизненного цикла на другую, американская исследовательница Рона Рапопорт в 1963 г. ввела понятие *«нормативный стресс»* или *«нормальный кризис»*. Она отмечала, что в нормальном развитии семьи существуют некие моменты, названные ею *«точками необратимости»*, которые являются границами между стадиями жизненного цикла и которые имеют критическое значение для развития семьи в том

смысле, что они ведут или к разрешению кризиса и его развитию, или к семейной дезадаптации и последующему разрушению семьи.

По мнению Р. Рапопорт, «способ, которым разрешается и купируется этот нормальный кризис, определяет и его результаты, идет ли речь о душевном здоровье индивидов, или о сплоченности семьи и семейных взаимоотношениях»[1]. Необходимо подчеркнуть, что эти нормативные кризисы жизненного цикла связаны с изменением семейной структуры – как внутренней, характеризующей численность и состав семьи, а также взаимоотношения ее членов (ролевая структура, структура власти, структура интеракций и др.), так и внешней, характеризующей взаимодействие семьи как целого и ее отдельных членов с окружающей социальной средой (с родственниками, друзьями, соседями, социальными институтами и организациями и т. д.). В эти моменты семья как бы утрачивает адекватность и оказывается перед необходимостью новой самоидентификации себя как целостности, смены старой модели семейной организации на новую. Причем новое равновесие должно установиться в семье в пределах ее возможностей.

Другие проблемы и кризисы, с которыми приходится сталкиваться семье, порождаются не ее собственным развитием, а или случайными по отношению к нему семейными событиями типа болезни, преждевременной смерти, длительной разлуки, развода, потери работы, тюремного заключения, которые могут произойти в семье, или внесемейными стрессорами внешней среды, которые семья не в состоянии контролировать (стихийные бедствия, политические и экономические кризисы, инфляция, безработица, военные действия и т. д. и т. п.).

Эти внешние по отношению к развитию семьи события и порождаемые ими кризисы и проблемные ситуации, тем не менее, так же, как и нормативные стрессы, определенным образом структурируют семью, нарушают ее адекватность и целостность и вызывают необходимость их разрешения и мобилизации с этой целью соответствующих ресурсов. Как и в случае нормативного

[1]Дружинин, В. Н. Психология семьи / В. Н. Дружинин. – 3-е изд.– Екатеринбург: Деловая книга, 2000. – 208 с.

кризиса, семья должна измениться ради самосохранения и в интересах ее членов[2].

Однако многие семьи не в состоянии самостоятельно справиться с проблемами и кризисами, не способны изменить себя ради сохранения своей целостности и поэтому распадаются. Разрушение семейных отношений – это распространенное явление в 21 веке.

С точки зрения способности семьи решить возникающие перед ней нормативные и ненормативные кризисы, все семьи могут быть разделены на три группы:

– семьи, в которых система взаимодействий достаточно гибка, члены которых свободны в проявлении своих чувств и желаний, в которых все возникающие проблемы обсуждаются всеми членами семьи, что дает возможность находить новые образцы отношений, адекватно изменять семейную структуру;

– семьи, в которых основная масса усилий направлена на поддержание согласия и единства перед внешним миром и в которых поэтому исключены любые индивидуальные разногласия, а упомянутое единство достигается как подчинение воли и желаний всех воле и желаниям одного (главы, лидера и т. п.);

– семьи, в которых взаимодействия хаотичны и основаны на непрерывных спорах, противостоянии и конфликтах, ведущих к кризису, и в которые прошлый опыт не служит ориентиром для поведения в будущем.

Иерархия семейных событий, взятая по отдельным стратам социальной структуры, позволяет составить косвенное представление о степени ценности семейного образа жизни. Возможны иерархии в семейных ролей, рассматриваемые в зависимости от социального статуса, пола, возраста и т. д. Например, по опросу нескольких десятков женщин и мужчин выяснилось, что на первых местах у мужчин находятся женские роли жены и матери (далее – отец, сын, дочь), а у женщин – роли матери и дочери (далее сын, отец, муж)[3].

---

[2]Алешина, Ю. Е. Удовлетворенность браком и межличностное восприятие в супружеских парах с различным стажем совместной жизни / Ю. Е. Алешина. – Москва, 1985. – 263 с.

[3]Алешина, Ю. Е. Удовлетворенность браком и межличностное восприятие в супружеских парах с различным стажем совместной жизни / Ю. Е. Алешина. – Москва, 1985. – 263 с.

Семейный цикл жизни может строиться по различным критериям, но при их отборе следует учесть, что это именно цикл, т. е. должна быть отражена повторяемость, регулярность семейных событий (точнее говоря, цикличность обнаруживается при смене семейных поколений, но при переходе к нуклеарным семьям с разводами и повторными браками регулярность событий также вполне обнаружима). Стадии семейного цикла должны также отражать семейную специфику событий (не индивидуальные события, присущие лишь индивидам и не изолированные от триединства супружества-родительства-родства отдельные события).

Этим требованиям в полной мере отвечают критерии родительства, одновременно выступающие в качестве родственных отношений между родителями (прародителями) и детьми (внуками), сопровождающиеся супружескими отношениями (старта и финиш, брака). По критерию родительства выделяются всего четыре фазы или стадии: пред- и прародительства, репродуктивного и социализацией иного родительства – и как минимум пять ключевых событий: заключение и распад брака, рождение первенца и последнего ребенка, вступление в брак одного из детей или рождение внука.

Понятие жизненного цикла используется для описания последовательности событий от рождения до смерти, последовательности стадий родительства на протяжении жизни, начиная от рождения детей через их уход из дома к рождению их собственных детей. На уровне населения цикл повторяется от поколения к поколению.

Если выделить стадии семьи в зависимости от событий, связанных с возрастом детей и изменением их жизненной ситуации, а также с отделением взрослых детей от родительской семьи, событий и стадий цикла может быть гораздо больше. В любом случае все они сопровождаются указанием стажа брака на тот или иной момент, что позволяет рассчитать общую продолжительность семейного бытия и сроки отдельных стадий. Такая характеристика семейных изменений часто используется в социологической демографии и содержит в себе много информации. Например, по сокращению периода репродуктивного родительства судят о снижении рождаемости и приближении к сплошной однодетности, а по сокращению фазы предродительства – о падении брачности.

Существуют различные системы выделения основных этапов жизненного цикла. Наиболее известна система «стадий», предло-

женная Е. Дювал, где в качестве основного признака разграничении стадий использовался факт наличия или отсутствия детей в семье и их возраст. Позднее появились периодизации, предложенные W. Gove (1973) и A. Bargai. В нашей стране наибольшую известность получила периодизация

Э. К. Васильевой[4]. Она выделяет 5 стадий жизненного цикла.

I. зарождение семьи с момента заключения брака до рождении первого ребенка;

II. рождение и воспитание детей. Эта стадия оканчивается с началом трудовой деятельности хотя бы одного ребенка;

III. окончание выполнения семьей воспитательной функции, Включает период с начала трудовой деятельности ребенка до момента, когда на попечении родителей не останется ни одного из детей;

IV. дети живут с родителями и хотя бы один из них не имеет собственной семьи;

V. супруги живут одни или с детьми, имеющими собственные семьи.

По сокращению периода репродуктивного родительства – сейчас в России до 3,6 лет – можно судить о масштабе распространении малодетности семьи. Совпадение этого периода с интервалом между рождением первого и второго ребенка будет говорить о полном исчезновении семей с тремя и более детьми как социального феномена. Приближение к протогенетическому интервалу (при одновременном увеличении последнего) будет свидетельствовать о массовой однодетности семьи.

В настоящее время отечественными социологами и демографами не разработана статистическая оценка распространенности полного, идеального цикла семьи – неизвестны его средняя продолжительность и длительность основных стадий. Можно лишь косвенно судить об этом, впрочем, как и о реальном семейном цикле, подвергающемся воздействию разводов, болезней и смертей.

При среднем возрасте вступления в брак, равном 23 годам у женщин и 24,5 года у мужчин, и средней продолжительности жизни женщин 72 года и мужчин 59 лет получаем среднюю про-

[4]Витек К. Проблемы супружеского благополучия / К. Витек; пер. с чеш.; под ред. М. С. Мацковского. – М.: Прогресс, 1988. – 144 с.

должительность семейного цикла 42 года (состоящие в браке имеют более высокую среднюю продолжительность жизни, поэтому эта величина должна быть больше). Соответственно предрепродуктивный период длится 1,2 года (эту цифру следует скорректировать на долю женщин, вступающих в брак уже беременными или имеющими ребенка).

Репродуктивный период укладывается в 4–6 лет, социализационный без рождения детей – в 12–14 лет до совершеннолетия, период «продолженной» социализации до вступления в брак ребенка – еще в 5–6 лет. Стадия прародительства (появление внуков) начинается в 48–50 лет и длится менее 10 лет у мужчин и около 25 лет у женщин. Таким образом, роль дедушки в России весьма коротка, а с учетом нуклеариации реально распространяется лишь на пятую часть всех дедов (фактически еще меньше, так как нет данных о доле семей, проживающих вместе с отцом мужа или жены).

С учетом разводимости средняя продолжительность брака уменьшается с 42 лет до примерно 26 лет (длительность расторгнутых браков где-то 8–9 лет при среднем возрасте развода у мужчин 33 годам женщин 30 лет). С учетом того, что примерно 40% браков распадается до 5 лет, 30% – от 5 до 10 лет, 20% – от 10 до 20 лет и 10% –со стажем свыше 20 лет, можно построить семейный цикл по стадии разводимости. При учете овдовения, а также частоты и времени заключения повторных браков (приблизительно на 100 разводов приходится 60 повторных браков) можно составить более полную картину жизненных линий семьи.

Построение реального семейного цикла жизни по названным параметрам (а также, возможно, по болезни и смерти детей, по распространенности бесплодных браков и усыновления и т. д.) представляет собой сложную и настоятельную задачу.

Массовая однодетность семьи, свидетельствующая об элиминировании стадии репродуктивного родительства и о преобладании «контрацептивно-абортного» родительства, привязывает семейную социализацию к этапам взросления единственного ребенка и сводит ее к монополии наставничества родителей при отсутствии социализации в группе братьев–сестер. Однодетная семья, как изначально нацеленная на быстрый развод, будет и далее способствовать такой форме брака, которая максимально облегчает выход из брака, т. е. благоприятствует фактическому браку, сожительству. Семейный цикл при сожительстве начинается с рожде-

ния первого и последнего ребенка и заканчивается при переключении хотя бы одного из супругов на другое сожительство при достижении школьного возраста ребенка. Сожительства уменьшают социализационный период кровных родителей при дополнении его «социальным родительством» сожителей. В какой мере для всего этого процесса чередования сексуальных партнеров и «умножения родителей» единственного ребенка применимо понятие «семья», можно судить по скорости девальвации семейного образа жизни, но рано или поздно наступит момент, когда от этого слова с облегчением откажутся, как, может быть, от последнего реликта «патриархальщины». Такие опасные суждения (Москвичева Н.Л.) о семье, «патриархальщине» могут привести к весьма негативным последствиям вырождения института семьи.

Признаки гармоничной семьи.

Гармоничные семьи – это, по определению С. А. Кулакова, гибкие «экосистемы», которые адекватно реагируют на изменение внешних условий. В них имеют место ясные границы между всеми членами. Супружеская и детская подсистемы имеют четкие границы. Родители не могут защищать и руководить без контроля. С. А. Кулаков приводит следующие признаки гармоничной семьи.

Все члены семьи общаются между собой, умеют слушать друг друга. В спорах учитывается мнение каждого члена семьи. В гармоничной семье разделяются ответственность и обязанности между всеми ее членами. Члены гармоничной семьи поддерживают друг друга, умеют распределить и выполнять обязанности другого члена в случае изменения ситуации (командировка, болезнь). Именно такие семьи являются лучшим пространством для рождения детей. Однако, в силу экономических проблем, в них не так часто, как хотелось бы мы встретим многодетность. Демографическая яма 2000-х годов до сих пор актуальна и еще не решена проблема воспроизводства, хотя статистические данные говорят о выходе из демографического кризиса. Но частичное улучшение ситуации происходит в России за счет некоренного населения, а российские семьи в большинстве случаев не многодетны. Репродуктивная активность и семейная культура и стабильность – взаимосвязанные явления (5). Стабилизация семейной системы, укрепление семейно-ориентированного мировоззрения – это те цели, которые должно ставить и правительство, и структуры, ко-

торые занимаются здоровьем и образованием населения. Этими вопросами занимается и НКО АРППМ «Здоровая семья».

Список литературы

1. Дмитренко, А. К. Социально-психологические факторы стабильности брака в первые годы супружеской жизни / А. К. Дмитренко. – Киев, 1989. – 177 с.

2. Дружинин, В. Н. Психология семьи / В. Н. Дружинин. – 3-е изд. – Екатеринбург: Деловая книга, 2000. – 208 с.

3. Литвинова, Л. Г. Конфликтность как нарушение функционирования семьи на различных этапах ее развития / Л. Г. Литвинова. – Петрозаводск: ПТУ, 1994. – С. 4–13.

4. Алешина, Ю. Е. Удовлетворенность браком и межличностное восприятие в супружеских парах с различным стажем совместной жизни / Ю. Е. Алешина. – Москва, 1985. – 263 с.

5. Коваленко, Н. П. Перинатальная психология / Н. П. Коваленко. – Санкт-Петербург: Петрополис, 2015.

6. Столин, В. В. Психологические основы семейной терапии / В. В. Столин // Вопросы психологии. – 1982. – № 4. – С. 104–115.

7. Пэйдж, С. Супружеская жизнь: Путь к гармонии / С. Пэйдж; пер. с англ. – Москва: МИРТ, 1995. – 416 с.

Каташинская-Звездина Е.В.
директор клинического центра
Баканина Н.А.
зам. директора клинического центра
Статных Н.В.
доктор клинического центра
Звездин В.Н.
доктор клинического центра

Центр холистической медицины «Рождение»
г. Пермь, Россия

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ СОПРОВОЖДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИМ СОСТОЯНИЕМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АНАЛИЗА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА, УРОВНЯ НЕЙРО-ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ И СИСТЕМНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЭЛЕМЕНТНОГО ОБМЕНА

Аннотация*: проведено исследование причин низкоэнергетических состояний ВРС у беременных женщин, с учетом экстрагенитальной патологии, состояния минерального обмена и психоэмоционального статуса. Исследована динамика состояния нейровегетативной регуляции в первой и второй половине беременности, дана сравнительная характеристика течения беременности и родов у обследованных женщин с двумя разными типами сопровождения беременности: 1) получавших метаболическую терапию и коррекцию минерального обмена, и 2) получавших, дополнительно к минеральной и метаболической коррекции, психосоматическое сопровождение, включающее оптимизацию образа жизни и психотерапевтическое воздействие.*

Ключевые слова: *беременность, сопровождение беремонности, синдром хронической усталости, комплексная оценка состояния, низкоэнергетическое состояние, нейро-вегетативная регуляция.*

1. **Введение.** На современном этапе имеется достаточно свидетельств того, что формирование стратегии психофизиологической адаптации ребенка во многом связано с периодом его внутриутроб-

ного развития. В соответствие с теорией пренатального стресса, стимулы или повреждения во время критических периодов внутриутробного развития плода оказывают продолжительное или перманентное влияние в течение всей последующей жизни [16].

Эмоции являются первичной реакцией живых организмов на изменение их внутреннего состояния и на действие разнообразных факторов внешней среды. Известно, что длительный эмоциональный стресс приводит к дезинтеграции работы функциональных гомеостатических систем, нарушая их нормальные взаимоотношения, искажая ведущие вегетативные показатели, приводя к напряжению адаптивных систем, снижая функциональные резервы организма [22].

Раннее было показано, что у большинства современных беременных женщин крупного мегаполиса (93%) в первом триместре при отсутствии жалоб и клинических проявлений выявлены значительные вегетативные изменения, напряжения механизмов адаптации, которые могут быть расценены как состояние хронического стресса [25].

Поиск объективных методов оценки процессов адаптации и уровня энергообеспечения метаболических процессов материнского организма, которые являются эпигенетическим фоном формирования базовых адаптивных стратегий ребенка, в связи с этим приобретает еще большую актуальность.

Медленные колебания гемодинамики (МКГ), их мощность отражают эрго- и трофотропные функции организма, что ассоциируется с энергетикой биохимических процессов в организме, активностью метаболизма [24].Организм беременной женщины наиболее чувствителен к снижению энергетического ресурса в связи с масштабностью физиологических процессов, происходящих в нем. Известно, что устойчивые энергодефицитные состояния, наблюдаемые во втором триместре беременности в 83–87% случаев, являются прогнозом патологических исходов беременности и родов [12; 24].

Перспективно рассмотрение комплексных подходов к коррекции низкоэнергетических состояний во время беременности с использованием не только метаболической терапии, но и системы ресурсного психотерапевтического воздействия.

2. **Объект исследования.** Обследовано 44 беременные женщины 1-й половины беременности с низкоэнергетическим состоянием по анализу вариабельности ритма сердца (ВРС) (со снижением СПВ, показателей VLF, HF или тотальной депрессией спектра ВРС). Сроки беременности от 12 до 23 недель (17±2,4 недели). Средний возраст составил 30,2±2,3года. Первородящих – 32 человек (72,7%), повторнородящих – 12 человек (27,3%). Отсутствовали женщины с острой и декомпенсированной хронической патологией. В течение исследования были проанализированы медицинские карты завершенных беременностей.

Объем исследований включал в себя сбор анамнеза, осмотр и клиническое обследование, согласно Приказа МЗ РФ № 572н от 01.11.2012 г., оценку вариабельности ритма сердца в первой половине беременности и перед родами, однократный анализ содержания макро- и микроэлементов, психологическое тестирование в первой и второй половине беременности.

Женщины были разделены на две группы. В основную группу вошла 21 беременная женщина с низкоэнергетическим типом нейровегетативного обеспечения в первой половине беременности. Ведение беременности соответствовало медико-экономическим стандартам. Дополнительно для коррекции выявленных низкоэнергетических состояний назначалась комплексная метаболическая терапия и проводилась коррекция выявленных нарушений минерального обмена препаратами макро- и микроэлементов.

Кроме медикаментозной терапии, все женщины основной группы проходили программу психосоматического сопровождения, включающую в себя: оптимизацию режима дня, баланса нагрузки-отдыха, релаксационно-тренировочную программу, введение и динамический контроль рационального режима питания, психотерапию и терапию искусством.

Контрольная группа включала в себя 23 беременные женщины с низкоэнергетическим типом нейровегетативного обеспечения в первой половине беременности, получающие коррекцию нарушений минерального обмена и метаболическую терапию, не входящие в программу психосоматического сопровождения.

Группы были сопоставимы по возрасту и паритету. Все женщины были замужем, имели высшее образование, являлись работниками умственного труда.

3. **Материалы и методы.** Исследование нейро-вегетативной регуляции беременных женщин проводилось на основе анализа ВРС с использованием компьютерного 12-канального электрокардиографа «Полиспектр 8Е» фирмы «Нейрософт», по методике, описанной в работе [23; 24]. Процедура включала запись в спокойном состоянии (фон), умственную нагрузку (обратный счет в уме), углубленное дыхание и периоды восстановления после каждой из нагрузочных проб. На каждом из 5-ти этапов регистрировались записи из 256-ти межсистолических интервалов.

Анализ полученных результатов проводился на основе классификации вариабельности ритма сердца: энергетической, нейровегетативного профиля и нелинейных показателей (ДФА, аппроксимированная энтропия) [23].

Анализ волос на содержание химических элементов осуществлен в АНО «Центр биотической медицины» (г. Москва), аккредитованном при ФЦГСЭН МЗ РФ. Для оценки элементного статуса были использованы методы атомно-эмиссионной спектрометрии с индуктивно связанной аргоновой плазмой и масс-спектрометрии. В волосах определялось содержание 25 химических элементов [17]. Исследование проводилось в первой половине беременности. Оценка степени отклонений проводилась по методу профессора, д. м. н. А. В.Скального по 4-х-балльной шкале. Коррекция выявленных отклонений производилось препаратами макро- и микроэлементов.

Психологическое тестирование проводилось дважды: в первой половине и в конце второй половины беременности. Были использованы следующие тесты:

Тест «Ресурсный потенциал» – выявление доминирующего инстинкта-ресурса по Н. П. Коваленко, отражает уровень выраженности инстинктов, рассматривая их как ресурсную зону психики, первичную систему отношения к миру и к себе, обеспечивающую адаптацию индивида. Выделяются следующие инстинкты: самосохранения, продолжения рода, альтруизма и гармонии, исследовательский, доминирования, свободы, сохранения достоинства [13].

Тест «Перинатальный опыт», автор профессор Н. П. Коваленко. Тест характеризует перинатальные матрицы, выявляет уровень ресурсного потенциала и уровень адаптивных возможностей человека, в зависимости от обстоятельств вынашивания и рождения. Каждая матрица связана с базовыми програм-

мами психофизиологии и отражает особую направленность потребностей и возможностей человека [13].

Тест «Выявление доминанты материнства», автор профессор Н. П. Коваленко. Тест позволяет исследовать базовые возможности женщины к деторождению. Выделяются категории базового ресурса доминанты, доминанты зачатия, беременности, родов, вскармливания и воспитания [13].

Тест ТГД – определение психологического компонента гестационной доминанты по И. В. Добрякову [10].

Тест Спилбергера-Ханина – определение реактивной и личностной тревожности.

Комплексная метаболическая терапия включала в себя: актовегин 10,0 в/в N10, рибоксин 0,6–0,8 г/сутки – 4 недели, корилип в ректальных свечах № 10, витамины группы В, С, симптоматическую терапию.

Релаксационно-тренировочная программа включала в себя:

– индивидуальное и групповое обучение навыкам релаксации и визуализации, голосотерапии, с последующим ежедневным самостоятельным выполнением релаксационных сеансов (10–20 минут релаксации 2–3 раза ежедневно);

– релаксационный массаж в положении лежа на животе с использованием натуральных аромамасел курсом по 10 процедур 2 раза в течение беременности;

– ежедневный самомассаж;

– занятия лечебной физкультурой 1 раз в неделю;

– акватерапию 1 раз в неделю.

Психотерапия осуществлялась в индивидуальной и групповой форме с использованием методов рациональной, ресурсной, эмоционально-образной терапии, методов НЛП, эриксоновского гипноза и сказкотерапии. Частота сеансов – 1 раз в неделю.

Терапия искусством включала в себя занятия с использованием «живого» музыкального и живописного ряда в художественных галереях и выставочных залах города, групповые занятия музыкотерапией, интуитивным рисованием еженедельно в течение всей беременности.

Материалы исследования подвергнуты математической обработке с помощью пакетов статистических программ Microsoft Exell, Statistica 6,0 и «Biostat». При создании базы данных применялся редактор электронных таблиц MS Excel 2002.

При сопоставлении групп использовались абсолютные данные и данные в процентах, представленные по отношению к количеству пациентов в группе.

Для выявления различий между значениями признаков в разных группах применялись параметические критерий Стьюдента (t) и непараметрический критерий Мана-Уитни (U), хи-квадрат (χ^2), Фишера. Для всех проверенных анализов различия считались достоверными при двустороннем уровне значимости $p<0,05$.

4. **Результаты.** Для выявления возможных причин низкоэнергетического состояния у беременных женщин 1-й половины беременности была проведена оценка экстрагенитальной заболеваемости, состояния минерального обмена и психологического статуса пациенток.

Анализ соматического статуса пациенток показал разнообразие возможных причин снижения энергетики колебаний гемодинамики.

В числе экстрагенитальных заболеваний беременных лидировали заболевания желез внутренней секреции (заболевания щитовидной железы, синдром поликистозных яичников и др. выявлены у 19 человек – 43,2% обследованных), на втором месте по частоте встречаемости – вторичные регуляторные нарушения при изменениях в ЦНС (гипоталамический синдром, последствия ЧМТ, вегето-сосудистая дистония), которые были обнаружены у 17 женщин, что составило 38,6%. Также возможными источниками энергодефицита являлись нарушения метаболизма печени и поджелудочной железы (с-м Жильбера, хр. панкреатит и пр.) в 31,8% случаев, хронические вирусные и инфекционные заболевания (27,3% – 12 чел.) (Диаграмма 1).

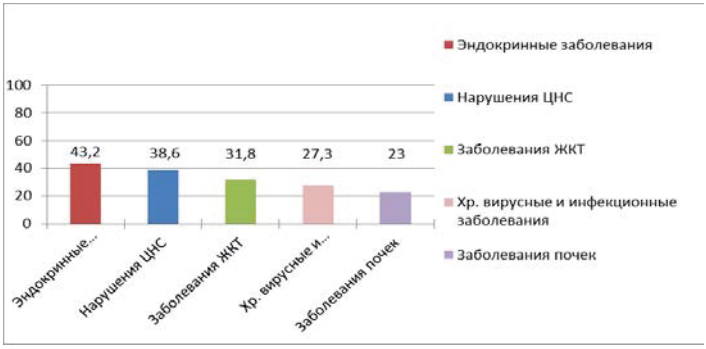

Рис. 1. Частота встречаемости экстрагенитальной патологии у женщин с низкоэнергетическим состоянием, n=44, %

Неудачные сценарии предыдущих беременностей (внематочные беременности, самопроизвольные аборты) были выявлены у 11 женщин (25%). Очевидно, что устойчивое низкоэнергетическое состояние, отражая недостаточность метаболических процессов, может являться одним из факторов риска невынашивания беременности.

Исследование состояния минерального обмена беременных женщин 1 половины беременности выявило отклонения концентрации 18 микро- и 5 макроэлементов. Статистический анализ отклонений показал, что за границами нормы одновременно находились от 3 до 12 биоэлементов в разнообразных сочетаниях, разных направленностях(повышение, понижение), степенях(I–II, III–IV) изменений. Преобладали пониженные значения с лидерством I–II степеней отклонений микроэлементов и III–IV – макроэлементов. Монооткланения не зафиксированы ни у одной беременной. Отклонения следующих элементов чаще проявлялись в дефиците – Co, I, Se, Li, Cr (97,5 – 81,8%), Mg, Ca, Na (90,5 – 74,6%), причем недостаток Na, Mg, I преимущественно был III-IV степеней (в 64,9 – 67,9 % исследований). Отклонения избыточные характеризовали Si, Mn, Al, Fe (82,1 – 59,6%) в значениях главным образом I–II степеней.

При сравнении состояния минерального обмена беременных женщин с низкоэнергетическим состоянием ВРС (N=32) и женщин с другими типами нейровегетативного обеспечения (N=75) [14] было обнаружено, что снижение Fe, Cu, Co, I, Na, Mg и Zn присутствует у всех обследованных, а у женщин с низкоэнергетическим состоянием отмечается более широкий спектр снижения микроэлементного статуса, к которому присоединяются K, Si, Mn, Se и Cr.

Учитывая участие данных макро- и микроэлементов в регуляции и организации процессов метаболизма, можно предположить патогенетический вклад дисэлементозов в развитие низкоэнергетических состояний. Так, известно, что калий играет ведущую роль в поддержании мембранного потенциала покоя. Марганец напрямую участвует в процессах энергообразования, стимулируя глюконеогенез, синтез гликогена, макроэргов. Ионы селена активируют окислительно-восстановительные ферменты митохондрий и микросом, участвуют в синтезе гликогена, АТФ, в передаче электронов от гемоглобина к кислороду. [8; 9; 18; 19]. Коррекция выявленных дисбалансов биоэлементов, проводимая

во время беременности, поддерживает процессы энергообразования в организме.

Известно о том, что психоэмоциональное напряжение, стресс, неврозы также могут иметь значение в происхождении медленноволновой депрессии [24].

Раннее было исследовано состояние психологического статуса у беременных женщин с нормативными значениями ВРС [7]. Анализ психологического статуса женщин с низкоэнергетическим типом ВРС показал следующее: на уровне среднего и высокого проявления инстинктов у женщин с низкоэнергетическим типом ВРС имеется незначительное их снижение по сравнению с женщинами нормэргического уровня. Ресурсность этого уровня в дальнейшем оказалась достаточно устойчивым показателем, практически не изменяющимся в течение беременности (Диаграмма 2).

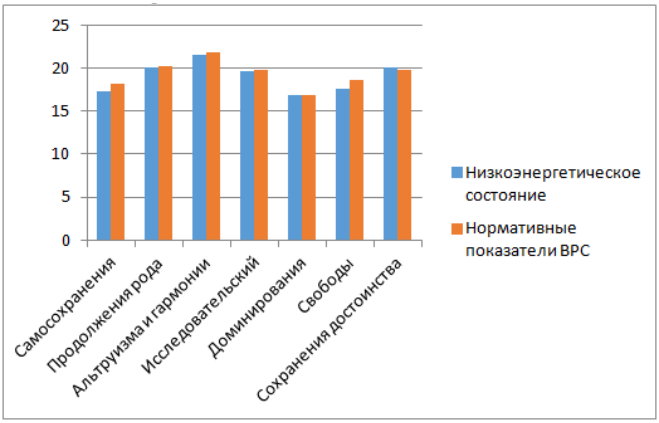

Рис. 2. Уровень проявления инстинктов у беременных женщин первой половины беременности, n=89

Показатели перинатальных матриц также свидетельствуют о снижении базового ресурса (благоприятного перинатального опыта) у женщин со сниженной энергетикой МКГ. Например, среднее значение показателя первой перинатальной матрицы, отражающей стадию созревания сенсорных систем, накопление жизненного ресурса, установление подсознательной связи с родителями и окружающим миром у них составило 8,4±0,3 балла, тогда как у женщин недефицитного типа ВРС 11,8±0,2 балла.

Статистический анализ значений психологического компонента гестационной доминанты у женщин с разными энергетическими типами ВРС не выявил достоверных различий, но уровень личностной и реактивной тревожности у женщин с низкоэнергетическим состоянием в первой половине беременности оказался достоверно выше.

Это подтверждает необходимость систематической психосоматической работы в течение беременности у этой категории женщин. Проводимая в основной группе психотерапия была направлена на оптимизацию детско-родительских отношений, формирование оптимальной доминанты беременности, разрешение внутриличностных конфликтов беременных женщин, работу с тревожностью и страхом, повышение ресурсного потенциала.

В результате проведенной работы к концу беременности у женщин основной группы в динамике выявлено повышение значений базового ресурса на 8% от исходного, тогда как в контрольной группе обнаружено снижение этого показателя на 15,8% снижение средних показателей реактивной и личностной тревожности с 32,11 до 30,44 , и с 42,56 до 37,33 соответственно. А в контрольной группе средние показатели реактивной тревожности к 3-му триместру выросли с 31,57 до 32,5, а личностной тревожности с 37,57 до 39,33 (Диаграмма 3).

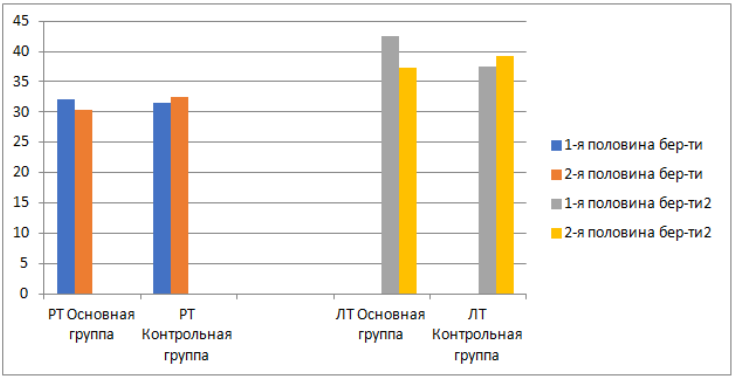

Рис. 3. Динамика показателей реактивной и личностной тревожности во время беременности, n=44

Важнейшим фактором оптимизации ресурсного потенциала беременных женщин является улучшение отношений в системе

«дочь (беременная женщина) – ее мать» в течение беременности, которое наблюдалось у женщин основной группы. В балльной оценке по опроснику Коваленко Н.П. эта динамика выразилась в повышении показателя «отношение к маме» на 35,5%, в отличие от нарастания диссонанса в этих отношениях в контрольной группе, что проявилось в снижении показателя на 6,3%.

Таким образом, результаты психологического тестирования подтверждают эффективность психотерапевтической работы у беременных женщин, но кроме этого крайне важно оценить изменения нейровегетативного обеспечения, динамику состояния регуляторных систем и уровня метаболизма.

Согласно энергетической классификации ВРС с учетом исходных показателей СПВ, VLF и HF спектров в каждой группе были выделены три типа низкоэнергетических состояний – с тотальным снижением спектра ВРС, с депрессией высокочастотных ритмов HF и снижением очень низкочастотной составляющей спектра – VLF. В группах они распределились следующим образом (Таблица 1).

Таблица 1

Типы низкоэнергетических состояний беременных женщин в первой половине беременности, N=44

	Тотальное снижение спектра ВРС абс. (%)	Снижение VLF абс. (%)	Депрессия HF абс. (%)
Основная группа, n=21	8 (38,1)	12 (57,1)	1 (4.8)
Контрольная группа, n=23	10 (43,5)	8 (34,8)	5 (21,7)

В клинической картине сопутствующих соматических заболеваний у женщин с тотальным снижением спектра преобладали регуляторные нарушения ЦНС (50% женщин), у женщин со снижением HF – заболевания желез внутренней секреции (100%). В случаях снижения VLF эти состояния встречались примерно со сходной частотой (39% и 43% соответственно) (Диаграмма 4).

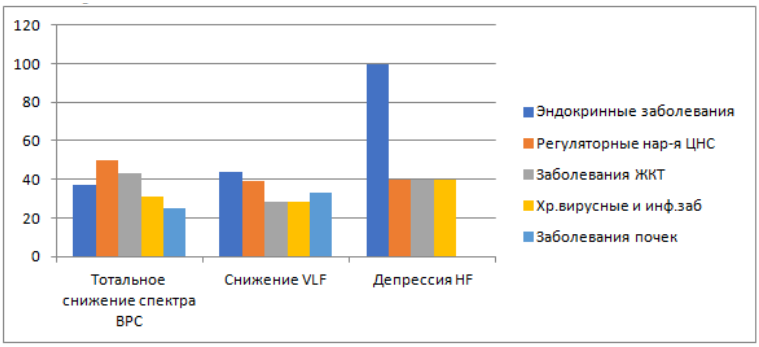

Рис. 4. Частота встречаемости экстрагенитальной патологии у женщин с низкоэнергетическими состояниями, n=44

Особенностью клинического течения беременности у женщин с низкоэнергетическим типом ВРС являлось скудное количество жалоб (эпизодическая усталость, слабость, нарушения сна, утомляемость, эмоциональная лабильность, раздражительность), в массе своей не озвучиваемое пациенткой при визите к врачу. Низкоэнергетические состояния были выявлены при скрининговом обследовании в первой половине беременности. Это значительно затрудняло коррекцию состояния в контрольной группе, ряд женщин недооценивали значимость назначаемой терапии, и, как показывает анализ динамики показателей ВРС, очевидно, не в полном объеме выполняли рекомендации. В основной группе при системном психосоматическом сопровождении мотивация женщин на выполнение назначений и изменение образа жизни поддерживалась динамическим врачебным контролем.

В течение беременности на фоне коррекции низкоэнергетического состояния у женщин были выделены следующие варианты динамики: стойкая нормализация значения СПВ, общая положительная динамика (увеличение энергетики спектров, не достигающее нормативных значений), ухудшение (прогрессирующее снижение энергетики спектров), без перемен или нестойкая динамика.

В основной группе на фоне психосоматической коррекции, проводимой дополнительно к метаболической терапии, улучшение нейровегетативного обеспечения удалось достичь в 75,5% случаев, в контрольной группе этот показатель составил 47,8%, причем углубление депрессии спектров соответственно составило 19% в основной и 39,2% в контрольной группе.

Распределение динамики состояния по типам представлено в Таблице 2.

Таблица 2

Динамика показателей ВРС у женщин с низкоэнергетическим состоянием в течение беременности, n=44

	Нормализация значения СПВ	Положительная динамика	Ухудшение	Без перемен
Основная группа	52,5	19,0	19,0	9,5
в т.ч.:				
–тотальное снижение	37,5	37,5	12,5	12,5
спектра ВРС	66,7	0	25,0	8,3
– снижение VLF	0	100	0	0
– снижениеHF				
Контрольная группа	21,7	26,1	39,2	13,0
в т.ч.:				
– тотальное снижение	20,0	40,0	40,0	0
спектра ВРС	25,0	12,5	37,5	25,0
– снижение VLF	20,0	20,0	40,0	20,0
– снижение HF				

Оценка динамики нелинейных показателей ВРС выявила, что в первой половине беременности низкие значения аппроксимированной энтропии зарегистрированы у женщин с тотальным снижением спектров ВРС и снижением HF. На фоне сохраняющихся во второй половине беременности низких значений аппроксимированной энтропии все же заметна небольшая положительная динамика в основной группе и отрицательная – в контрольной. У женщин с депрессией VLF отмечаются нормативные нелинейные показатели при первом исследовании. В динамике нормативность сохраняется только в основной группе (Таблица 3).

Можно предположить, что какой-то вклад в эту динамику вносит повышение базового ресурса, обнаруженного при психологическом тестировании.

Таблица 3

Динамика нелинейных показателей ВРС у женщин с низкоэнергетическим состоянием, n=44

		Тотальное снижение спектра ВРС		Снижение VLF		Снижение HF	
		DFA	ApEn	DFA	ApEn	DFA	ApEn
1-я половина бер-ти	Основная группа	0,85±0,19	151,4±21,8	0, 74±0,17	205,8±24,1	1,05±0,18	155,24±13,8
	Контрол. группа	0,98±0,17	174,7±18,3	0,8±0,21	193,7±23,8	1,02±0,13	159,41±16,7
2-я половина бер-ти	Основная группа	0,99±0,12	153,8±24,2	0,88±0,21	196,6±19,6	1,02±0,12	154,02±17,8
	Контрол. группа	1,12±0,13	166,2±19,6	1,04±0,19	168,7±18,4	1,07±0,11	167,08±19, 0

Особенности течения беременности и родов у женщин в основной и контрольных группах представлены в Таблице 4.

Таблица 4

Течение беременности и родов у женщин
с низкоэнергетическим типом ВРС, n=43

	Основная группа, n=21, абс.(%)	Контрольная группа, n=22, абс. (%)
Угроза прерывания	9 (14,3)	10 (45,5)
Гестоз	2 (9,5)	2 (9,1)
Плацентарные нарушения	1 (4,8)	6 (36,4)
Роды физиологические	17 (81,0)	5 (22,7)
Роды преждевременные	0	1 (4,5)
Аномалии родовой деятельности	0	10 (45,5)
Экстренное кесарево сечение	2 (9,5)	3 (13,6)
Послеродовые септические осложнения	1 (4,8)	5 (22,7)

Отмечается более благоприятное течение беременности у женщин основной группы, в 3,2 раза реже по сравнению с контрольной группой встречалась угроза прерывания, в 7,6 раза меньше выявлено плацентарных нарушений. Частота гестозов значительно не отличалась.

Показательным результатом проведенной психосоматической работы явились результаты родов женщин обеих групп. Так 81% женщин основной группы родили физиологически. В этой группе не было преждевременных родов, слабости и дискоординации родовой деятельности, вакуум-экстракций и дистрессов плода. Процент послеродовых септических осложнений – 4,8%, тогда как в контрольной группе физиологических родов 22,7%, преждевременных родов 4,5%, аномалий родовой деятельности 45%, причем из них преобладали слабость родовой деятельности – 31,8%, а дискоординация родовой деятельности встретилась в 13,6%. Больше, чем в основной группе было произведено экстренных кесаревых сечений – 13,6%, а послеродовых септических осложнений (снижений инволюции матки) – 22,7%. Среди осложнений родов особо хочется отметить частую встречаемость снижений сократительной активности матки (слабость родовой деятельности и потуг, субинволюция матки после родов), что, вероятно, напрямую связано со снижением энергетического потенциала организма.

Выводы.

1. Психологический статус беременных женщин с низкоэнергетическим состоянием ВРС в первой половине беременности отличается от психологического статуса женщин с нормэргическим состоянием более высокими показателями реактивной и личностной тревожности, снижением базового ресурса (менее благоприятным перинатальным опытом). В проявленности инстинктов значимых различий не выявлено.

2. У женщин с низкоэнергетическим состоянием ВРС выявлен широкий спектр нарушений элементного статуса, изменено содержание от 3 до 12 биоэлементов, от 1 до 4 степени отклонений, в разных комбинациях.

3. Исследование ВРС у беременных женщин позволяет диагностировать донозологические изменения уровня метаболизма, нарушения нейровегетативной регуляции, своевременно начать метаболическую терапию и коррегирующую психотерапию.

4. Психосоматическая коррекция, изменение образа жизни беременной женщины в сочетании с метаболической терапией и коррекцией минерального обмена позволяет улучшить нейровегетативное обеспечение беременных женщин с низкоэнергетическим состоянием ВРС в 75,5% случаев, в отличие от использования только метаболической коррекции, где улучшение зафиксировано только в 47,8% случаев, а также снизить патологию беременности и родов. Количество физиологических родов у женщин с низкоэнергетическим состоянием составило 81%, в отличие от 22,7% в контрольной группе.

Список литературы

1. Абрамченко, В. В. Психосоматическое акушерство / В. В. Абрамченко. – Санкт-Петербург: Сотис, 2001.

2. Микроэлементозы человека: этиология, классификация, органопатология / А. П. Авцын, А. А.Жаворонков, М. А. Риш, Л. С. Строчкова; АМН СССР. – Москва: Медицина, 1991.

3. Анохин, П. К. Кибернетика функциональных систем. Избранные труды / П. К. Анохин. – Москва, 1998.

4. Анохин, П. К. Эмоциональное напряжение как предпосылка к развитию неврогенных заболеваний сердечно-сосудистой системы / П. К. Анохин // Вестник АМН СССР. – 1965. – № 6.

5. Баевский, Р. М. Проблемы здоровья и нормы: точка зрения физиолога / Р. М. Баевский // Клиническая медицина. – 2000. – № 4. – С. 59–64.

6. Баевский, Р. М. Оценка адаптивных возможностей организма и риска развития заболеваний / Р. М. Баевский, А. П. Берсенева. – Москва, 1997.

7. Баканина, Н. А. Исследование эффективности различных вариантов сопровождения беременности с использованием оценки психоэмоционального статуса, нейро-вегетативной регуляции и системной диагностики минерального обмена / Н. А. Баканина, Е. В. Каташинская-Звездина // Репродуктивное здоровье семьи в перинатальной психологии: сб. науч. тр. Международной научно-практической конференции. – Санкт-Петербург, 2012. – С. 102–110.

8. Громова, О. А. Нейротрофическая система мозга: нейропептиды, макро- и микроэлементы, нейротрофические препараты: Лекция / О. А. Громова // Международный неврологический журнал. – 2007. – № 2 (12). – С. 94–106.

9. Громова, О. А. Нейрохимия макро- и микроэлементов. Новые подходы к фармакотерапии / О. А. Громова, А. В. Кудрин. – Москва: Алев-В, 2001.

10. Добряков, И. В. Диагностика и лечение невротических расстройств у беременных женщин / И. В. Добряков // Перинатальная психология в родовспоможении: сб. материалов конференции. – Санкт-Петербург, 1997.

11. Казначеев, В. П. Мысли о проблемах общей патологии на рубеже XXI века / В. П. Казначеев, Г. И. Непомнящих. – Новосибирск: НИИ общей патологии и экологии человека НЦ КЭМ СО РАМН; НИИ региональной патологии и патоморфологии НЦ КЭМ СО РАМН, 2000.

12. Клещеногов, С. А. Механизмы перестройки нейро-гуморального гомеостаза и вариабельности ритма сердца у беременных. Медленные колебательные процессы в организме человека / С. А. Клещеногов // Теоретические и прикладные аспекты нелинейной динамики в физиологии и медицине: сб. науч. тр. V Всероссийского Симпозиума и III Школы-семинара. ГУ НИИ КППЗ СО РАМН. – Новокузнецк, 2007. – С.102–110.

13. Коваленко, Н. П. Психопрофилактика и психокоррекция женщин в период беременности и родов: Перинатальная психология, медико-социальные проблемы / Н. П. Коваленко. – Санкт-Петербург: СПбГУ, 2001.

14. Кудрин, А. В. Микроэлементы в неврологии / А. В. Кудрин, О. А. Громова. – Москва; ГЭОТАР-Медиа, 2006.

15. Леуткина, Г. С. Микро- и макроэлементы у беременных женщин / Г. С. Леуткина // Ежегодный сборник научных работ сотрудников Пермской государственной медицинской академии. – 2009. – С. 25–26.

16. Пауэр, М. Л. Рождение ребенка, дистресс и риск болезней / М. Л. Пауэр, Дж. Шулькин. – Москва: Триада-Х, 2010. – С. 321.

17. Скальный, А. В. Микроэлементозы человека (диагностика и лечение) / А. В. Скальный. – Москва: Научный мир, 1999.

18. Скальный, А. В. Микроэлементы для вашего здоровья / А. В. Скальный. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва: ОНИКС 21 век, 2004.

19. Скальный, А. В. Биоэлементы в медицине / А. В. Скальный, И. Ф. Рудаков. – Москва: ОНИКС 21 век; Мир, 2004.

20. Судаков, К. В. Динамические стереотипы, или информационные отпечатки действительности / К. В. Судаков. – Москва: ПЕР СЭ, 2002.

21. Судаков, К. В. Неспецифическая реабилитация ранних системных нарушений при эмоциональном стрессе / К. В. Судаков // Вестник Новосибирского государственного университета. – 1998. – № 8.

22. Судаков, К. В. Системные основы эмоционального стресса / К. В. Судаков, П. Е. Умрюхин. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010.

23. Флейшман, А. Н. Вариабельность ритма сердца и медленные колебания гемодинамики. Нелинейные феномены в клинической практике / А. Н. Флейшман. – Новосибирск: СО РАН, 2009.

24. Флейшман, А. Н. Медленные колебания гемодинамики: теория, практическое применение в клинической медицине и профилактике / А. Н. Флейшман. – Новосибирск: Наука, 1999.

25. Флейшман, А. Н. адаптационных возможностей организма беременных женщин в первом триместре беременности. Исследование / А. Н. Флейшман, Е. В. Каташинская-Звездина, Н. А. Баканина // Медленные колебательные процессы в организме человека. Теоретические и прикладные аспекты нелинейной динамики в физиологии и медицине: сб. науч. тр. VI Всероссийского Симпозиума и IV Школы-семинара. ГУ НИИ КППЗ СО РАМН. – Новокузнецк, 2011. – С. 147–153.

ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА ВЛАДИМИРА МИХАЙЛОВИЧА ДИЛЬМАНА (1925–1994)

Попов А.Д.
д-р мед. наук, профессор
кафедры акушерства и гинекологии №2
ФБГУ ВО «Пермский государственный медицинский
университет имени академика Е.А. Вагнера МЗ РФ»
г. Пермь, Россия

НЕЙРОБИОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И «БОЛЕЗНИ АДАПТАЦИИ»

Аннотация: *гестационная адаптация определяет популяционную устойчивость вида. Рассматриваются нейробиологические механизмы беременности, основанные на системных закономерностях и сопряжённые с ними процессы «болезней адаптации»*

Ключевые слова: *адаптация, физиологическая беременность, «болезни адаптации».*

Психосоматическая адаптация к беременности сопровождается системными компромиссными процессами, обеспечивающими

вынашивание, рождение генетически чужеродного плода (аллотрансплантант) и вскармливание новорождённого.

Интеграция системных реакций осуществляется через формирование доминантных состояний (овуляторная, гестационная, родовая, лактационная). Исследования последних лет свидетельствуют о структурных и функциональных изменениях мозга беременной и родильницы: значительно уменьшается объем и толщина коры головного мозга, при увеличении белого вещества [L. Pritschet, C.M. Taylor, D. Cossio, et al. 2024]. «Плод и плацента делают громкое и согласованное эндокринное заявление, что они появились и это надолго» [J. A. Russell, A. J. Douglas, C. D. Ingram, 2001].

Переходные этапы онтогенеза, включая беременность, относятся к критическим периодам, когда физиологические процессы развития сопровождаются устойчивым нарушением гомеостаза и это явление тождественно механизмам формирования «болезней адаптации» [В. М. Дильман, 1987].

Динамическое клинико-лабораторное обследование в течении 1–3 триместров, включая морфометрию (метод И. Декура и И. Думика), исследование вариабельности сердечного ритма и психологическое тестирование, проведено у 107 беременных с физиологической гестацией и нормальными массо-ростовыми соотношениями (ИМТ 22,37±0,13 кг/м²). Исследование имело лонгитудиальный открытый характер (проспективное+ретроспективное). Однородность выборки достигалась за счёт их одновременного формирования в одной и той же популяции, проживающей на определённой территории и сходства по ряду параметров (возраст, рост, паритет). Репрезентативность исследования основывалась на непреднамеренном отборе таблицы случайных чисел. Нормальное распределение выборки определили с помощью критерия Шапиро-Уилка. Достоверность различий при изучении количественных данных проверялась в несвязанных выборках критерием Манна-Уитни, в связанных – парным критерием Вилкоксона. Гипотеза об отсутствии отличий отвергалась при уровне значимости $p<0,05$. Анализ полученных результатов проведён при помощи критериев Стьюдента и Фишера.

Беременность протекала без осложнений и благополучно завершились у 91% женщин.

Качественные и количественные параметры метаболических реакций (белковый, углеводный, липидный обмен) в пределах возрастной нормы зарегистрирован у 87% обследованных, в то же время были выявлены изменения колонизационной резистентности, обеднение видового состава кишечной микробиоты (снижение альфа- и бета-разнообразия).

Исследование сосудистого обеспечения головного мозга при помощи реоэнцефалографии показало достаточное и симметричное кровоснабжение полушарий головного мозга у 63% женщин. Офтальмоскопия в 66% случаях выявила физиологическое соотношение сосудов. По результатам исследования констатировано, что более 60% женщин имели достаточное кровоснабжение головного мозга. Выявлено, что суточная экскреция катехоламинов во втором триместре не отличались от параметров здоровых небеременных.

Вегетативная регуляция сопровождалась динамическими изменениями показателей тонуса, реактивности и обеспечения физической деятельности. Вегетативный тонус в покое характеризовался умеренной симпатикотонией, граничащей с нормотонией в 1 и 3 триместрах Вегетативная реактивность имела асимпатикотоническую направленность в 1 и 2 триместрах. Завершение беременности и роды сопровождались восстановлением симпатикотонической реактивности.

При оценке личностных качеств беременных по методике FPI (Freiburg Personality Inventory) констатирован портрет более спокойных, уверенных в своих силах, хладнокровных, эмоционально стабильных людей; наименее выражены проявления невротических расстройств по всем параметрам теста J. W. Aleksandrowitcz; стратегия поведения при конфликтных ситуациях по методике K. W. Thomas, выявила преимущество сотрудничества, затем компромисс, избегание, приспособление и соперничество.

Таким образом, на критическом этапе онтогенеза доминантные состояния при физиологическом течении беременности, определяют интеграцию психоэмоциональных и нейроэндокринных реакций, структурные изменения мозга, преобладание анаболических процессов, достижение колонизационной, иммуно- и инсулинорезистентности, приоритет асимпатикотонической реактивности и механизмов долговременной адаптации.

Аналогичные процессы регистрируются при «болезнях адаптации»: артериальной гипертензии, сахарным диабете 2-го типа, атеросклерозе, ожирении и др.

Список литературы

1. Pritschet, L. Neuroanatomical changes observed over the course of a human pregnancy / L. Pritschet, C. M. Taylor, D. Cossio [et al.] // Nat. Neurosci. – 2024. – No. 27(11). – P. 2253–2260.

2. Russell J. A. Brain preparations for maternity – adaptive changes in behavioral and neuroendocrine systems during pregnancy and lactation / J. A. Russell, A. J. Douglas, C. D. Ingram // An overview. Prog. Brain Res. – 2001. – No. 133. – P. 1–38.

3. Дильман В. М. Четыре модели медицины / В. М. Дильман. – 1987. – 287 с.

Коваленко Н.П.
д-р. психол. наук, профессор,
декан психологического факультета
Балтийского гуманитарного института,
председатель Ассоциации развития
перинатальной психологии и медицины
г. Санкт-Петербург, Россия

ТРАВМА РОЖДЕНИЯ

Аннотация: *в статье делается анализ возникновения исследований по травме рождения и применение этой идеи в современной психологии и психотерапии. Показан опыт АРППМ в разработке этой темы.*

Ключевые слова: *травма, перинатальный опыт, ресурсная терапия травмы.*

Впервые о травме рождения написал Отто Ранк и привлек к теме рождения внимание европейской психотерапевтической общественности. Он пробовал доказать, что травматичное рождение оставляет в памяти ребенка след и влияет на его физическое и психическое развитие; и шлейф травмы может проявиться и во взрослой жизни.

На наших конференциях по Перинатальной психологии (2010–2015 гг.) многие врачи и такие профессора как Шабалов Н. П., Абрамченко В. В., академик Батуев А. С. и другие, так же под-

утверждали, что в процессе родов некоторые дети претерпевают колоссальные перегрузки и травмируются при выходе из утробы матери. Конечно, такой опыт для младенца – это травма, которую может зафиксировать его рефлексы на уровне ощущений и эмоциональных реакций.

В настоящее время тема травмы становится весьма актуальной, так как в психологии открыто много связей психологического и физиологического в природе человека. Психосоматически ориентированное мышление развивается в разных школах психологии и психофизиологии и это своевременно.

Жизнь человека всегда полна травмами и современный человек также отягощен разного вида травматичным опытом, так как уровень адаптации у современного человека снижен. Слишком много провокаций предоставляет жизнь: пандемии, военные действия, природные катаклизмы, а также социальные и семейные кризисы.

Причины травм можно классифицировать так:

– физические (механические повреждения тела человека);

– эмоциональные (избыток патогенных эмоций);

– экзистенциальные (потеря смысла и цели жизни, кризисы);

– моральные (потеря доверия, веры в себя и в жизнь);

– когнитивные (диссонанс смыслов и концепций);

– травма потери (близких, денежных средств, имущества, любви).

Можно развивать этот перечень и ракурсе перинатальной психологии:

– травма нежеланности ребенка;

– травма рождения;

– травма послеродовая;

– травма отлучения от груди и матери;

– травма депривации ребенка (удаление от матери и родителей).

Так же мы фиксируем, что младенец получает травму, находясь в поле раздора и гнева родителей, пугается и формирует первичные блоки страха крика и плача родителей. Хотя всегда считалось, что ребенок (в период полугода после рождения) не воспринимает смысловой контекст речи. Возможно, но эмоциональный контекст ребенок воспринимает и инстинктивно, и рефлекторно отвечает на стресс. А если это происходит длительное время, то или адаптируется к этому и сам постепенно становится склонен к

агрессивному поведению и причинению зла или наоборот становится сверхчувствительным к такому поведению, формирует невротические черты личности и становится склонным к неврозам и расстройствам эмоциональной сферы.

Таким образом, первичная травма все же происходит именно в перинатальном периоде и на этапе раннего развития. Проводя тестирование в течение 10 лет женщин и мужчин, мы выявили, что травматичный опыт рождения наблюдается у 85% исследуемых. Это объясняется разными причинами:

– многолетняя практика игнорирования тщательной подготовки в системе родовспоможения женщин к рождению ребенка и в результате травматизация и женщины, и ребенка (неподготовленность к родам);

– низкий уровень здоровья женщин-рожениц, детей;

– эмоциональная и личностная неготовность матери и отца к рождению ребенка;

– высокий уровень стресса и страх боли у первородящих рожениц (увеличение напряжения – усиление боли);

– страдания матери вызывает страдания и перенапряжение у ребенка;

– тяжелое протекание родов – высокий травматизм ребенка.

Ранняя травматизация создает основу для формирования блока памяти, фиксирующего страдания, боль, перенапряжение, насилие. Это первичный опыт на грани жизни и смерти и это яркие фиксации в памяти подсознания, на неосознаваемом уровне. Этот блок не будет находится в памяти интеллектуально осмысленной, но на уровне инстинктов и рефлексов этот опыт закрепится и будет притягивать к себе подобные блоки памяти и будет влиять на физиологию (нервные сплетения, сосуды, органы).

Совсем недавно ко мне на прием пришла женщина с проблемой невынашивания (первому ребенку 12 лет). Она еще не проходила тест ПП-РП (перинатальная память), не знала, что я интересуюсь ранними свидетельствами о проявлении перинатальной памяти и сразу начала рассказывать, что она помнит свое рождение. Она описывала свое рождение и стремление к маме, но услышала, что мама плачет и не хочет ее брать (мама ждала сына). Она испугалась, сжалась, и более всего сжался ее затылок, и этот спазм сопровождал ее до 25 лет и сейчас ярко проявляется. Все детство она бо-

ялась, что ее не любят и откажутся от нее. Все детство она старалась всем понравится, особенно маме, четко выполняла все задания родителей, хорошо училась и все время боялась расстроить маму и вызвать у нее гнев и плач. Себе она тоже запрещала плакать.

Перед тем, как начать работу, нацеленную на невынашивание, я предложила ей поработать с ранними травмами. И только после этого заниматься доминантой материнства: зачатия, вынашивания и родов.

Ее случай не связан с травмой родов, но относится к перинатальной травме. Так как к перинатальным процессам относятся процессы периода вынашивания, рождения и после родов.

Т. е. она помнила свои ощущения сразу после родов и испугалась плача матери и ощутила отвержение. Это просто фантастика и как это объяснить, опираясь на устаревшие концепты психологии? Но это факт.

Это для меня удивительный случай, потому что у меня есть еще свидетельства ранней памяти, но так ясно и точно, и в такой ранний период (в родильном зале), такого факта мне еще никто не приносил. Есть факты в моем архиве, когда мужчина помнил себя в возрасте младенца 4–5 месяцев и помнил квартиру и точно ее описывал, в которой семья жила только полгода, потом переехала. Но его память зафиксировала такие мелочи, которые точно свидетельствуют о факте фиксации пространства и убранства квартиры.

Здесь нас интересует феномен перинатальной и ранней (до года) памяти, когда ребенок еще не знает слов, не говорит, но его восприятие работает и способно запоминать. А травматичное событие еще сильнее фиксируется, так как эмоциональная окраска ярче выделяет это событие, и оно ярче запоминается.

Конечно, не все люди проявляют способность ранней памяти, у большинства она может быть активна с 3–5 лет, но тоже запоминание чаще всего происходит травматичных или очень позитивных событий, и оно фрагментарное. Поэтому в Ресурсной терапии мы давно уже понимаем, что важно в процессе жизни накопить больше позитивного эмоционального опыта, а травматичный опыт мы отрабатываем с помощью ресурсных методик.

Поэтому если нейтрализовать первичную травму рождения, то перестраивается вся система репродукции и адаптации в целом. Но это тонкая большая психотерапевтическая работа. Конечно, все травмы трудно обнаружить, их может быть много, но если по

тесту ПП-РП мы видим шлейф ранней травматизации, то конечно предлагаем коррекционную работу в этой теме.

Следующий уровень травматизации – это отношения с родителями. В раннем детстве (3–6 лет) родители часто при детях говорят очень плохо, нецензурно, или не следят за своими эмоциями и проявляют некрасивое поведение. Дети все это запоминают, встраивают в свою память и активную, и пассивную. Всплыть это может в пубертате, через много лет, может и через короткое время и проявится в ребенке бессознательно как подражание или как страх. В зависимости от того, какой контекст вошел в их память. Все эти явления фиксации памяти я обнаружила в своей практической работе, записывала истории клиентов, а потом соотносила факты и результаты опроса.

С каждым годом такие свидетельства прибывают и понимание фиксации травмы (или счастья и любви) прибывает и поэтому и называется мой метод Ресурсная терапия, потому что мне точно известно, что психосоматическая память – это живое явление, которое пластично, если мы с ним работаем грамотно и аккуратно. Но оно может быть очень травматично, если мы просто складируем травмы и не прилагаем усилий с ними разобраться и облегчить свой психосоматический опыт.

Ресурсная терапия – это целый комплект методик, которые могут не только переработать травму, но и активизировать ресурсы, упаковать их так, чтобы они работали долгое время. Во всяком случае несколько лет.

Травма рождения – не фантазия и надуманная проблема, это действительно глубокая фиксация обстоятельств выхода на свет и интеграции с окружением. А это значит, инстинкт самосохранения и продолжения рода активизируют все рецепторы восприятия и несмотря на ранний опыт, они фиксирует все обстоятельства рождения и у всех этот блок памяти есть, но не все могут его осознать, вспомнить. Только кропотливое исследование содержания памяти может выявить шлейфы перенесенных травм этого периода. Или родители (мать) могут рассказать обстоятельства рождения. И тестовые методики, которые мы применяем, могут выявить наличие ранней травмы и травмы рождения у взрослых пациентов.

Такая информация уточняет маршрут терапии и помогает компенсировать эту глубокую травму, а следовательно, понизить психосоматическую отягощенность пациента.

У меня обучаются и врачи, и психологи и всем удается успешно применять эти методики диагностики и терапии на практике. И главное здесь – психосоматическая концепция единства психики и сомы, она открывает очень многие тайны психофизиологии человека. И нам предстоит открыть еще великое множество неизведанного, изучить невероятные феномены нашей памяти. Приглашаем к сотрудничеству.

Список литературы

1. Коваленко, Н. П. Ресурсная терапия / Н. П. Коваленко. – Санкт-Петербург: Петрополис, 2023.

2. Вудхаус, С. Психологическая травма / С. Вудхаус. – Санкт-Петербург: Питер, 2024.

3. Наказава, Д. Д. Осколки детских травм / Д. Д. Наказава. – Москва: Эксмо, 2024.

4. Коваленко, Н. П. Перинатальная психология / Н. П. Коваленко. – Санкт-Петербург: Петрополис, 2015.

5. Ранк, О. Травма рождения / О. Ранк. – Санкт-Петербург: Сотис. 2004.

Аббасзадэ Фарах
психолог центра «Логос»
Международный университет
фундаментального обучения (МУФО)
г. Баку, Азербайджанская Республика

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ И В ПЕРИОД СТАНОВЛЕНИЯ МАТЕРИНСТВА

Аннотация: *в статье описаны результаты экспериментального исследования самооценки женщин в период беременности и уже наступившего материнства.*

Ключевые слова: *уровни самооценки, эмоциональные состояния беременных: замкнутость, самопривязанность, внутренняя конфликтность, самообвинение.*

Состояние беременности и материнства часто сопровождается сложными переживаниям женщины, влияет на ее самооценку [1]. В

нашем исследовании мы использовали методики, которые помогают определить ключевые проблемы женщин и методики для определения уровня самооценки у женщин в период беременности и в период материнства.[3] Далее будут показаны результаты исследования.

Опросник «Определение уровня самооценки» С. В. Ковалева.

В результате обработки ответов респондентов в два этапа, в период беременности (ПБ) и в период материнства (ПМ), было выявлено, что уровень заниженной самооценки в (ПБ) был 43% (22 женщин), в (ПМ) стал 58% (29 женщин), уровень средней самооценки в (ПБ) был 36% (18 женщин), в (ПМ) стал 38% (19 женщин), а уровень высокой самооценки в (ПБ) был 22% (11 женщин), в (ПМ) стал 4% (2 женщин). Это говорит о том, что самооценка женщин понизилась. Полученные результаты были обработаны в процентах (см. таблицу 1).

Таблица 1

Баллы, полученные на двух этапах по методике С. В. Ковалева

Уровни	Период беременности	Период материнства
Низкая	43%	58%
Средняя	36%	38%
Высокая	22%	4%

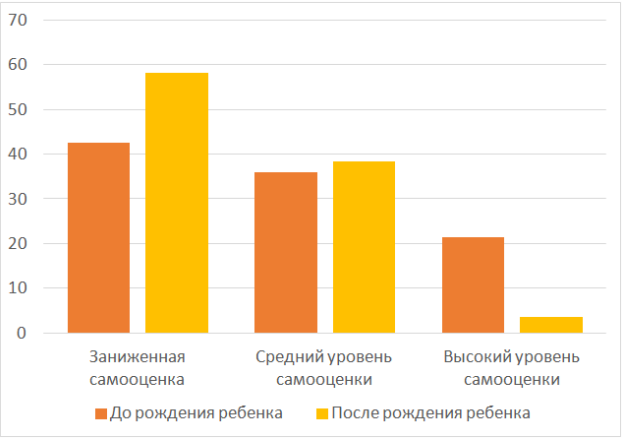

Рис. 1. Процентное соотношение самооценки в двух периодах

Известно, что после родов женщины испытывают дополнительные трудности, переживания, нездоровье. Поэтому после ро-

дов показатели изменяются. Анализ результатов анкет продемонстрировал, что уровень низкой самооценки изменился на 16%, это говорит о том, что у 7 женщин самооценка понизилась после родов. В общем счёте, у 29 женщин был выявлен низкий уровень самооценки. Уровень средней самооценки изменился на 2%. Это говорит о том, у 1 женщины самооценка понизилась в период материнства. В общем счёте, у 19 женщин был выявлен средний уровень самооценки. Уровень высокой самооценки изменился на 18%. Это говорит о том, что у 9 женщин понизилась самооценка в период материнства. В общем счёте, лишь у 2 женщин уровень самооценки остался высоким (см. диаграмму 1).

Также необходимо отметить, что из 50 женщин, лишь шестеро были в возрасте от тридцати и выше. У четырёх из них были вторые или же третьи роды. Учитывая их возраст и количество родов, у двух женщин уровень самооценки остался высоким, а у двух других, уровень самооценки понизился, а точнее уровень самооценки у одной стал средним, а у другой -низким. Значительными факторами, оказывающими влияние на уровень самооценки женщин, считаются: зрелость, а также опыт. Опыт предшествующей беременности и родов, оцененный как жизненный опыт, получает особый статус в системе психологической регуляции эмоциональной регуляции личности.

В результате полученной информации пациентки дифференцированы на 2 группы.

1. Те, у кого были значительные изменения уровня самооценки
2. И те, у кого не произошли изменения.

Между группами выявлены ощутимые отличительные особенности относительно следующих критериев: сложность родов, количество часов сна матери в сутки, ожидания касательно материнства и поддержка мужа.

Значительными факторами, оказывающими влияние на уровень самооценки женщин до и после беременности также считаются: состояние здоровья матери, желанная или нежеланная беременность, первая или повторная беременность, уровень жизненного стресса, наличие финансовых проблем и самое главное – особенности характера самой женщины, что заключается в повышенной чувствительности, эмоциональной нестабильности, мнительности и т. д. [4].

У большей части женщин в этапе беременности наблюдается психологический стресс, что может приводить к негативным аффективным состояниям, в виде – тревоги и депрессивных симптомов. Тревога, депрессия и стресс во время беременности являются факторами риска неблагоприятных исходов для матери и ребенка.

Беспокойство во время беременности связано с более коротким сроком беременности и имеет неблагоприятные последствия для нервного развития плода и исходов ребенка. Особенно сильна тревога по поводу исхода беременности. Хроническое напряжение, депрессивные симптомы у матерей во время беременности связаны с низкой массой тела при рождении, что имеет последствия для развития ребенка. Это влечет за собой большую загруженность женщины по уходу за ребенком. У нее уже практически не хватает времени на уход за собой, она не высыпается, даже не всегда может принять душ. К этому примешивается чувство вины за несоответствие стандартам, навязанным обществом в виде постулата о семейной идиллии, счастье материнства, которое ничем не может быть обречено [3].

Заниженная самооценка, выражаясь в чувстве неполноценности, неуверенности в себе, затруднении при установлении межличностных контактов, постоянном напряжении и обвинении себя во всех неудачах, раздражительности и мрачности, является предвестником послеродовой депрессии и в настоящее время является серьезным расстройством с потенциально разрушительными личными и семейными последствиями.

Изменение в социальном статусе, трансформация двигательной активности, потребность самого организма в восстановительном периоде, невозможность иметь зону комфорта (отчуждения), утрата собственного личного пространства, повышенная ответственность, необходимость постоянной заботы, отсутствие практических навыков, психологическая притирка, изменение отношений с мужем (сокращение сексуальной жизни, снижение эмоционального фона сексуальных переживаний, возникновение физического дискомфорта, вызванного сексуальной жизни, вызванного психологическими факторами, усталость, финансовая напряженность, увеличение бытовых забот), осложнения при протекании беременности – отмеченные и множество факторов образуют синергетическую систему, в которой усиление действия не-

которых факторов могут привести к различным обострениям взаимоотношений, выражающихся в психосоматических заболеваниях, которые без контроля и своевременного профилактического вмешательства могут перейти в хронические заболевания, справиться с которыми будет значительно труднее.

Далее использовались два метода (Пантелеева и Кеттела) оценивались 9 факторов по первому методу и 7 факторов по второму методу. Данные (ответы респондентов) обрабатывались и анализировались с помощью программы SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). При анализе данных использовались две модели анализа: описательно-статистический анализ (дескриптивно-статистический) и сравнительный анализ или анализ «Т-критерий». Таким образом, для проверки того, является ли наблюдаемая в результате описательно-статистического анализа разница между результатами двух этапов серьезной и статистически значимой разницей, был использован анализ «Т-тест» и сравнение среднего численного значения этапов.

Методика исследования самоотношения С. Р. Пантелеева. Методика С.Р. Пантелеева проводилась в два этапа. Далее вычислялось среднее численное полученных значений и сравнивали их друг с другом. Значения по четырем признакам (Замкнутость, Самопривязанность, Внутренняя конфликтность, Самообвинение) на втором этапе были выше, чем на предыдущем этапе, а по остальным признакам ниже, чем на предыдущем этапе (см. таблицу и диаграмму 3.2.2).

Таблица 2

Баллы, полученные на двух этапах
по методике С.Р. Пантелеева (n=50)

Средние значения исследования по методике Пантелеева ($\bar{X}$)		
Факторы	До	После
1	*2*	*3*
Замкнутость	5,12	7,34
Самоуверенность	6,88	5,18
Саморуководство	6,68	4,6
Отраженное самоотношение	6,74	4,86
Самоценность	7,86	4,96
Самопринятие	6,28	4,44

Окончание таблицы 2

1	*2*	*3*
Самопривязанность	4,52	6,62
Внутренняя конфликтность	2,88	6,42
Самообвинение	2,06	6,04

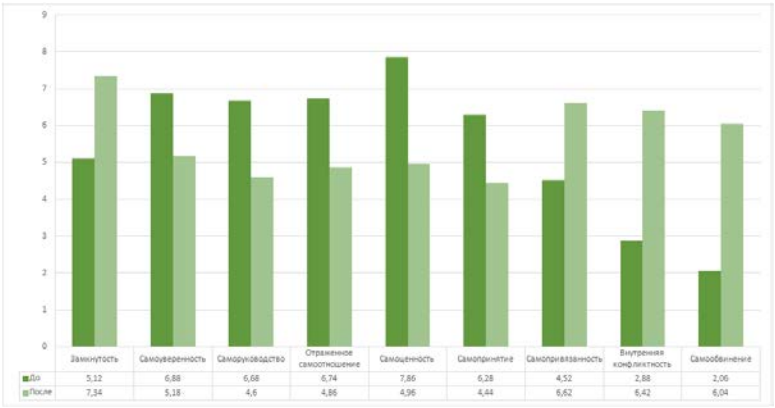

Рис. 2. Баллы, полученные в два этапа
по методике С. Р. Пантелеева (n=50)

Аналогичный результат был выявлен при исследовании уровня самооценки женщин до и после рождения ребёнка. Данное исследование было реализовано с помощью методики С. Р. Пантелеева. Результаты данной методики продемострировали следующее: «Тест парных выборок» анализа «Т-тест» использовали для проверки того, чтобы узнать была ли разница между значениями, полученными на двух этапах, значимой и статистически значимой на уровне 0,05. на основании полученных результатов, поскольку Sig≤0,01 для всех 9 факторов, можно сказать, что значения двух стадий были разными для всех 9 факторов, и наблюдаемая разница статистически значима на уровне 0,01. Это показывает, что разница между двумя этапами серьезна и важна (см. таблицу 3.2.3).

При сравнении полученных данных этой методики с данными опросника С. В. Ковалёва, можно увидеть схожесть результатов, что даёт нам возможность увидеть связь уровня самооценки женщин с процессом самоотношения и эмоциональных переживаний.

Данное исследование проводилось на базе роддома и женской консультации г. Баку и является основой для разработки коррек-

ционных программ для женщин во время беременности и в период материнства [2].

Список литературы

1. Коваленко, Н. П. Перинатальная психология / Н. П. Коваленко. – Санкт-Петербург: Петрополис, 2014. – 345 с.

2. Коваленко, Н. П.. В добрый путь к успешным родам / Н. П. Коваленко. – Санкт-Петербург: Петрополис, 2014. – 345 с.

3. Перинатальная психологии и психиатрия: пособие для студентов ВУЗ / Н. Н. Володин [и др.]; под ред. Н. Н. Володина, П. И. Сидорова. – Москва: Академия, 2009. – 255 с.

4. Семейная культура 21 века: материалы международных форумов 5–6 дек 2008 и 6–8 июня 2009 г. / под общ. ред. проф. Н. П. Коваленко – Санкт-Петербург: Петрополис, 2009. – 280 с.

Котельникова М.В.
член Ассоциации развития
перинатальной психологии и медицины
магистр психологии
г. Москва, Россия

РЕСУРСНАЯ АРТ-ТЕРАПИЯ В КОРРЕКЦИИ ПАНИЧЕСКИХ АТАК: ИНТЕГРАЦИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ И ГОЛОСОТЕРАПИИ.

Аннотация: *в статье представлен интегративный подход к работе с паническими атаками, сочетающий методы ресурсной арт-терапии, перинатальной психологии и голосотерапии. Метод направлен на активацию внутренних ресурсов через телесные, визуальные и звуковые практики. Приводятся теоретическое обоснование, этапы работы и конкретные примеры техник. Статья адресована психологам, психотерапевтам и специалистам помогающих профессий.*

Ключевые слова: *панические атаки, ресурсная арт-терапия, перинатальная психология, голосотерапия, телесные практики, интегративный подход, краткосрочная терапия*.

Введение.

Панические атаки (ПА) представляют собой острое тревожное состояние, сопровождающееся интенсивными соматическими и эмоциональными симптомами. Современные методы терапии ПА включают когнитивно-поведенческую терапию (КПТ), телес-

но-ориентированные практики и медикаментозную поддержку. Однако для части клиентов эффективными оказываются подходы, направленные на активацию внутренних ресурсов через творческое самовыражение и работу с телесными практиками. Данная статья описывает интегративный подход, сочетающий ресурсную арт-терапию, перинатальную психологию и голосотерапию.

Теоретическое обоснование метода.

1. ***Перинатальная психология как основа понимания ПА.***

Согласно исследованиям ***Коваленко Н. П***. в области перинатальной психологии, корни тревожных расстройств часто уходят в перинатальный период (от зачатия до первых месяцев жизни). Этот период формирует базовое чувство безопасности. Травматический опыт (стресс матери, тяжелые роды) может фиксироваться в телесной памяти как опыт беспомощности. Во взрослой жизни стресс может «включать» этот архаичный паттерн, запуская паническую атаку.

Пример: Клиентка с паническими атаками в метро в ходе терапии вспомнила историю своих трудных родов, где испытывала удушье. Через телесные и арт-практики ей удалось перепрожить этот опыт и снизить тревожность. Панические атаки в метро ушли.

2. ***Ресурсная арт-терапия: от травмы к трансформации.***

Ресурсная арт-терапия (Коваленко Н.П.) делает акцент не на анализе проблемы, а на активации позитивных состояний через творчество. В контексте РТ(ресурсной терапии) это позволяет:

– обойти сопротивление и рационализацию через язык образов и метафор;

– создать новые паттерны восприятия через визуализацию ресурсных состояний;

– закрепить позитивные изменения через создание ощутимых объектов (рисунков, мандал).

Пример: Клиент с ПА рисовал свою тревогу в виде темного пятна, а затем постепенно "светлил" его, добавляя желтые и голубые тона, представляя, как солнечный свет и вода очищают его изнутри. Это помогало ему облегчать тревожные переживания.

3. ***Голосотерапия как инструмент регуляции состояния.***

Голосотерапия (Коваленко Н. П.) использует звук, вибрацию, голос и дыхание для регуляции эмоционального состояния. При ПА она помогает:

– снять мышечное напряжение через вибрационное воздействие;

– нормализовать дыхание через вокальные упражнения;

– выразить подавленные эмоции через звук.

Пример: Клиентка с ПА использовала технику «звучания тревоги» – она пропевала свой страх на низких нотах, что помогало ей «вывести» его из тела и снизить интенсивность приступа.

Методология подхода.

Этапы работы.

Подход рассчитан на 5–10 сессий и включает три этапа.

1. ***Стабилизация и контейнирование:***

– техника: создание «Безопасного места» в рисунке или лепке;

– цель: снижение тревожности, формирование внутреннего убежища;

– пример: клиент создал из глины «домик», который стал для него символом безопасности. В моменты тревоги он представлял этот домик, что помогало ему успокоиться.

2. ***Диалог с симптомом через метафору:***

– техника: визуализация паники как образа (ураган, темное пятно) и его трансформация через рисование или голос;

– цель: децентрализация симптома, снижение страха перед ПА;

– пример: клиентка представляла свою панику как ураган и «пела» ему колыбельную, меняя свой голос от громкого к тихому и нежному. Это помогало ей унять внутреннюю бурю.

3. ***Активация ресурсов и интеграция.***

– техника: создание мандалы «Ресурсное состояние» или использование голосовых практик для закрепления позитивных состояний;

– цель: закрепление позитивных изменений, формирование нового образа Я;

– пример: клиентка нарисовала «мандалу спокойствия» с использованием голубых и зеленых тонов и пропела ее, что усилило эффект расслабления.

Примеры техник.

1. Техника «Контейнер безопасности»: клиент создает из любых материалов (глина, ткань, рисунок) «контейнер», где хранятся его ресурсы. В моменты тревоги он может мысленно «открыть» его и воспользоваться ими.

2. Техника «Звучание тела»: клиент пропевает звуки, соответствующие разным частям тела, снимая напряжение и находя «застрявшие» эмоции.

3. Техника «Мандала голоса»: клиент рисует круг и заполняет его цветами и символами, а затем «озвучивает» его, находя звук для каждого элемента.

Обсуждение.

Интегративный подход, сочетающий ресурсную арт-терапию, перинатальную психологию и голосотерапию, предлагает эффективный инструмент для работы с паническими атаками. Его преимущества:

– *скорость:* уже на первых сессиях клиенты отмечают снижение тревожности;

– *гибкость:* техники адаптируются под индивидуальные особенности *клиента;*

– *интегративность:* объединяет телесный, образный и звуковой уровни.

Ограничения.

Требует от терапевта подготовки в арт-терапии, перинатальной психологии и голосотерапии;

Может быть недостаточным при тяжелых формах панического расстройства (необходима комбинация с КПТ или медикаментами).

Заключение.

Сочетание ресурсной арт-терапии, перинатальной психологии и голосотерапии позволяет за короткий срок снизить остроту симптомов ПА и активировать внутренние ресурсы клиента. Дальнейшие исследования могут быть направлены на оценку эффективности метода в сравнении с другими подходами.

Список литературы

1. Коваленко, Н. П. Ресурсная терапия / Н. П. Коваленко. – 2023.

2. Коваленко, Н. П. Ресурсная арт-терапия / Н. П. Коваленко. – Санкт-Петербург: Петрополис, 2009.

3. Коваленко, Н. П. Ресурсная голосотерапия / Н. П. Коваленко. – Санкт-Петербург: Петрополис, 2024.

4. Копытин, А. И. Системная клиническая арт-терапия / А. И. Копытин. – Москва: Когито-Центр, 2015.

5. Манухина, Н. М. Перинатальная психология / Н. М. Манухина. – Москва: Академия, 2018.

6. Левин, П. А. Пробуждение тигра. Исцеление травмы / П. А. Левин. – Москва: АСТ, 2017.

7. Алгоритм работы с паническими атаками // НИИДПО. – 2025.

8. Дружикина, Г. П. Возможности арт-терапевтических методов в психологическом сопровождении беременных женщин / Г. П. Дружикина // Молодой ученый. – 2024.

9. Краева, О. Как преодолеть паническую атаку: 5 методов КПТ управления / О. Краева // В17. – 2023.

ЧАСТЬ 2. РЕСУРСНАЯ ТЕРАПИЯ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Коваленко Н.П.
д-р. психол. наук, профессор,
декан психологического факультета
Балтийского гуманитарного института,
председатель Ассоциации развития
перинатальной психологии и медицины
г. Санкт-Петербург, Россия

РЕСУРСНАЯ ТЕРАПИЯ – МЕТОД ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ НОРМАЛИЗАЦИИ

Аннотация: *в статье описывается период развития ресурсной терапии как метода психосоматической нормализации, коррекции и терапии. Разъясняется трактовка терминов психофизиология и психосоматика. Даются формулировки, объясняющие эти феномены природы человека.*

Ключевые слова*: ресурсы человека, психика и сома, профилактика, коррекция, терапия, психотерапия, психосоматика.*

В современной психологической науке постоянно идут поиски истины в определении грани – где кончается психология и где начинается психотерапия, потому как известно, что все помогающие акции между людьми могут оказывать корректирующее, улучшающее состояние, стабилизирующее действие на человека – участника межличностного взаимодействия. Очевидно, что эта грань трудно определима потому, что человек – могущественной существо, обладающее великими ресурсами. Однако, далеко не у всех людей эти ресурсы задействованы, развиты и реализованы.

Психика (от др.-греч. ψῡχικός – «душевный, жизненный») – мно**госложное понятие в психологии и медицине**. В зависимости от областей знаний и направлений наук, психика может определяться как:

Совокупность мыслительных процессов и явлений (ощущения, восприятия, эмоции, память и т. п.).

Психика – сложное понятие, которое в зависимости от областей знаний и направлений наук может иметь несколько определений. Например, в психологии психика – это **функция мозга, которая позволяет получать информацию об окружающей**

действительности, создавать образ объективного мира и регулировать собственное поведение и деятельность.

Обычно выделяют три крупные группы психических явлений: психические процессы, психические состояния, психические свойства. Три эти группы явлений связаны между собой, но и имеют различия с точки зрения проявленности психофизиологических ресурсов и особенностей человека.

Психические процессы имеют отношение к подсознательным импульсам, которые не зависит от нашего интеллектуального понимания и существуют как данность человеческой природы. Это программы подсознания, обеспечивающие работу мозга и всех органов на уровне инстинктов, посредством генетических программ. Если провести аналогию с компьютером – это процессор, запускающий все процессы нашего уникального биологического компьютера, имеющий особенную базу – генетический код, выражающий результат интеграции опыта предшествующих поколений.

Психические свойства в этой же аналогии – это как раз и есть то программное обеспечение нашего биологического компьютера, его марка и возможности.

Психические состояния – это бесчисленное множество возможностей нашей психики создавать новые явления, продукцию психических функций, отражая реальность и осознавая результаты отражения.

В этой связи мы выделяем 3 зоны.

1. Сознание – отражение реальности с помощью интеллекта и всех чувственных анализаторов.

2. Подсознание – генетическое накопление информации, эволюционирующего или инволюционирующего генетического кода, с опорой на базовые программы пульсации жизненной силы, генетической энергии, данной нам в наследство от предков.

Мы эволюционируем, когда обогащаем и развиваем полученные в наследство программы, инволюционируем, когда не развиваем, а выхолащиваем данные нам в наследство ресурсы. Базовые ресурсы подсознания – это инстинкт самосохранения и продолжения рода. Они как корни дают нам возможность выживать, жить и продолжать свой род.

3. Бессознательное или сверх-сознание – еще более глубокая часть психики, которая труднодоступна для логического осозна-

вания, часто мистифицируется, потому что здесь мы не имеем связи со своей личностью, логикой, но переживаем яркие психические состояния с эмоциональным или просто рефлекторным оформлениями. Самое простое проявление, понятное каждому – это сон. Сон невозможно подвергать логическому анализу, он не имеет логических связей, но тот, кто научился осознанному сновидению, может влиять на сюжет сна по своему усмотрению. Это позволяет на порядок повысить эффективность саморегуляции и способности управление своими ресурсами.

Во время сна перерабатывается и актуальная информация прожитого дня и мифические сюжеты, которые далеки от нашей жизни. Но в то же время впечатления, которые мы можем переживать во время сна могут быть настолько велики, что могут влиять на настроение и направленность наших выборов.

Об этом я более подробно пишу в книге «Ресурсная терапия».

Многоуровневость и многослойность психических процессов и состояний до сих пор не изучена доподлинно. Есть мнения, есть классификации, но до сих пор наш ум мечется от метафизики Платона до концепции Вернадского и с трудом выстраивает свою логику в этом направлении.

Вернемся к теме статьи – ресурсная терапия. Конечно, теория инстинктов в тей играет весьма важную роль. Надо сказать, что термин *инстинкты* взят только потому, что во времена создания ресурсной модели я не нашла более подходящего термина для описания жизненной силы, которая задается в процессе зачатия, рождения и разворачивается во взрослении.

Биология, физиология описывает особенности каждого органа и организма, а как происходит оживление клетки (яйцеклетки) и как, за счет каких сил клетка, используя генетический материал отца и матери вдруг начинает развиваться как человек.

Какая сила включает этот процесс оживления и развития, а потом сколько еще метаморфоз происходит с организмом человека в течение жизни.

Эта сила – пульсация жизни, энергия, которая связана с пульсацией всего мироздания и ее необходимо учитывать. Эта сила пульсирует с определенной направленностью, и мы говорим, что инстинкт формирует потребности. Потребности формируют мотивацию, цель и т. д. Так мы проживаем жизнь, движимые пуль-

сацией природной инстинктивной энергии жизни и в этой пульсации мы объединены со всем миром.

Мы уже говорили об инстинкте самосохранении и инстинкте продолжения рода. Эти инстинкты являются базовыми у всех живых существ, только у человека исследованы еще пять важнейших пульсаций и возможно можно выделить еще какие-то.

В ресурсной терапии мы исследуем состояние 7 инстинктов и замеряем инстинктивный профиль, который свидетельствует об состоянии инстинктивных пульсаций как потенциальных ресурсов, сил, которые если используются природо-сообразно, то развиваются и дают человеку мощность и устойчивость, если не развиваются или в следствие травм могут быть блокированы, угнетены и это приводит к инстинктопатии, обесточенности. Так инстинкт проявляется как форма определенного закона жизни, проявленного в человеческой природе. Так мы обнаружили инстинктопатию – психосоматически обусловленное бесплодие.

Инстинкт продолжения рода не может взять на себя репродуктивную активность, так как организм женщины все силы тратит на выживание. Женщина может сообщать, что она усердно занимается физической культурой, оздаравливает себя йогой и пр. Но ее организм не может сформировать доминанту зачатия, потому что направленность ее собственного развития – выживание. И это не на сознательном уровне, а на подсознательном и сверхсознательном.

Поэтому такой женщине нужно выйти на другую амплитуду и жизни, и мировоззрения, и эмоциональных состояний и гармонично все это балансировать. Это как раз и предусмотрено в ресурсной терапии. Чем достигается эта амплитуда, она не может быть достигнута путем логического анализа, она может быть запущена как вдохновение, как творческий подъем, как позитивное целеполагание, как вера в чудо своей женской природы, способной родить ребенка. В ресурсной терапии для этого существуют отдельные методики такие как – ресурсная арт-терапия, и инсталляции, голосовая терапия, ресурсная психофизиология и рефлексотерапия.

Психосоматическая нормализация – это выравнивание инстинктивного профиля, а это выравнивает и состояние как психических процессов, так и физиологических (циркуляция, обменные процессы, нервно-психические импульсы).

Многомерность психики и психофизиологии требует многомерности коррекционной работы для нормализации и терапии дисфункций человека и тут важен подбор проверенных методик и методов, которые позволяют именно развивать ресурсы пациента. Это в свою очередь развивает и стабилизирует механизмы адаптации, стабилизации организма. И это все безмедикаментозно, только за счет применения методов Ресурсной терапии.

Пациент научается сам отслеживать свои состояния и управлять ими, так же как мы говорили, можно управлять сном (это трудно, но возможно).

В Программах ресурсной терапии есть разные уровни работы как, впрочем, в здравоохранении вообще: профилактика и просвещение, коррекция и обучение, терапия и интеграция, стабилизация и накопление ресурсов. Правда в здравоохранении мне кажется то, что должно быть профилактикой, заменяется на продвижение лекарственных препаратов.

Каждый этот уровень опирается на единую методологию и концептуальную основу, в которой организм человека – целостное явление, предполагающее единство психики и сомы. Все функции человека взаимосвязаны друг с другом и взаимозависимы как части единой системы. Вся система динамизируется инстинктивными импульсами, которые порождают динамику и мотивацию.

Сознание человека – главный ресурс, который требует постоянной эволюции для осознавания цели, смысла и вдохновения существования. Это результат интеграции всех уровней психики и способность участвовать в управлении собой.

Созданный в ресурсной терапии диагностический комплекс помогает прогнозировать направление терапевтических программ для каждого человека в зависимости от степени травматизации его в процессе жизни, начиная с перинатального периода.

Если мы имеем инстинктивный профиль, понимаем степень травмы при рождении, степень травматизации в семейной системе, то вполне можем прогнозировать возможности зачатия, вынашивания и рождения. А также способности и возможности в других сферах жизни: здоровье, отношения, развитие.

Такие мифические явления как подсознание и сверх-сознание в ресурсной терапии имеют конкретные формы проявления и описывают конкретные процессы, которые влияют на программу терапии.

Так мифы превращаются в реальность и в профессиональную деятельность ресурсных терапевтов (врачей) и ресурсных консультантов (психологов), которых мы готовим.

Все ресурсы, которыми наделила природа человека, должны быть активны и могут обогащать, развивать его.

Список литературы

1. Коваленко, Н. П. Ресурсная терапия / Н. П. Коваленко. – 2023.
2. Столяренко, Л. Д. Психология и педагогика (в вопросах и ответах) Л. Д. Столяренко, С. И. Самрыгин. – Ростов н/Д.: Феникс, 2000.
3. Эмоциональный интеллект. – Москва: Лик-пресс, 1998.

Тур Е.Ю.
врач, психосоматолог
Северо-Западный государственный медицинский
университет им. И.И. Мечникова
г. Санкт-Петербург, Россия
Коваленко Н.П.
д-р. психол. наук, профессор,
декан психологического факультета
Балтийского гуманитарного института,
председатель Ассоциации развития
перинатальной психологии и медицины
г. Санкт-Петербург, Россия

ПСИХОСОМАТОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕСУРСНОГО ПОТЕНЦИАЛА ЛИЧНОСТИ

Аннотация: *современный человек непрерывно сталкивается с высоким уровнем психосоциального стресса, в том числе за счет непрерывного воздействия информационных раздражителей. Навык управления ресурсным потенциалом личности необходим не только для снижения общего психического напряжения, но и для профилактики выгорания, тревожных расстройств и предупреждения формирования психосоматозов. Психосоматотерапия сегодня является частью комплексного подхода, обеспечивающего пациенту обучение навыкам ауторегуляции, повышая эффективность проводимого лечения, профилактики заболеваний, а также позитивно влияя на качество жизни в целом.*

Ключевые слова: *психосоматотерапия, психогигиена, ресурсная психотерапия, эмоциональный интеллект, нейромедитации.*

Психосоматика – это дисциплина, изучающая влияние эмоциональных переживаний на физическое состояние здоровья человека [1]. Термин происходит от греческих слов «психо» (душа) и «сома» (тело), указывая на интегративный характер данного направления. Психосоматика прошла долгий путь исторического развития, начиная со времен Гиппократа, и сегодня представляет собой симбиоз нейробиологии и физиологии, помогая в процессе лечения обеспечивать комплексную индивидуальную помощь пациенту [2].

Психосоматика тесно связана с психогигиеной и управлением эмоциональным интеллектом, фокусируется на выявлении эмоциональных или психологических факторов, которые могут способствовать развитию или обострению соматических заболеваний. Следует принимать во внимание, что стресс, тревожность и психоэмоциональное перенапряжение сегодня являются актуальной проблемой для человека, снижая не только качество лечения, но и формируя порочный круг отказа от обращения к специалистам [3].

Последовательность шагов в процессе развития новых навыков через призму влияния эмоций на физическое состояние здоровья человека является психосоматотерапией [4]. Психосоматотерапия – это междисциплинарное направление в медицине и психологии, обеспечивающее комплексный подход к лечению пациентов путем учета индивидуальных особенностей их психического состояния наряду с соматическими симптомами. Этот подход способствует более полному пониманию природы заболеваний и позволяет разрабатывать более эффективные стратегии лечения путем интеграции знаний из различных областей науки.

В научном контексте психосоматические расстройства рассматриваются как результат сложного взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов. Одной из ключевых концепций является стресс, который может выступать триггером для различных физиологических изменений в организме [5]. Механизм действия стресса включает активацию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, ведущую к увеличению уровня кортизола, что в свою очередь может оказывать негативное влияние на иммунную систему и способствовать возникновению различных заболеваний [6].

Исследования показывают, что психосоматические расстройства могут проявляться в виде широкого спектра симптомов – от головных болей и болей в животе до хронической усталости и кожных заболеваний. Часто эти симптомы не имеют органической патологии, что затрудняет их диагностику и лечение традиционными медицинскими методами. Однако наличие заболеваний непсихосоматической природы не исключает применения психосоматотерапии, так как снижение уровня стресса и работа с внутренней картиной болезни повышает отклик пациента на лечение [7].

Подходы к лечению в психосоматотерапии включают как медикаментозные методы, так и психологические интервенции. Психотерапевтические техники, такие как когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), используются для модификации дезадаптивных мыслительных и поведенческих паттернов [8]. Кроме того, активно применяются методы релаксации и управления стрессом для снижения физиологического воздействия психологических факторов (нейромедитации).

Таким образом, психосоматотерапия предлагает многоуровневый подход к лечению, который включает в себя как психотерапевтические интервенции, так и медицинские методы для устранения симптоматики [9]. Одним из ключевых аспектов психосоматотерапии является акцент на ресурсном потенциале личности. Под ресурсным потенциалом понимается совокупность внутренних и внешних ресурсов человека, которые могут быть мобилизованы для преодоления стрессовых ситуаций и улучшения общего состояния здоровья [10]. Исследования показывают, что развитие таких ресурсов, как устойчивость к стрессу, способность к саморегуляции и позитивное восприятие жизненных событий, существенно снижает вероятность развития психосоматических расстройств.

Материалы и методы.

В рамках исследования наличия корреляции между снижением уровня тревоги и повышением уровня ресурсного потенциала среди 28 человек были использованы шкала «Самооценки уровня тревожности Спилберга – Ханина (шкала реактивной и личностной тревожности)» и опросник «Потери и приобретения персональных ресурсов» (ОППР) (Н. Водопьянова, М. Штейн. Группа опрашиваемых была набрана свободным способом через социальные сети, возраст составил от 29 до 37 лет, из них 4 мужчины и 24 женщины.

После прохождения первого опроса участники исследования в течение 10 дней ежедневно в одно и то же время(непосредственно перед ночным сном) прослушивали нейромедитацию против тревоги, страхов и панических атак, разработанную в методе ММСС. Второй этап опросов был проведен на 11 день, результаты, а также индивидуальные замечания участников были зафиксированы в общей таблице.

Корреляция считалась по критерию Спирмана. В ходе корреляционного анализа 1 этапа были выявлены следующие значимые связи:

- положительная связь, значимая на уровне 0,001, показателей «личностная тревожность» и «реактивная тревожность» ($r=0,932$; $p>0,001$); то есть чем выше первый показатель, тем выше второй;
- отрицательная связь, значимая на уровне 0,001, показателей «индекс ресурсности» и «реактивная тревожность» ($r=-0,865$; $p>0,001$); то есть чем выше первый показатель, тем ниже второй;
- отрицательная связь, значимая на уровне 0,001, показателей «индекс ресурсности» и «личностная тревожность» ($r=-0,892$; $p>0,001$); то есть чем выше первый показатель, тем ниже второй.

В ходе корреляционного анализа 2 этапа были выявлены следующие значимые связи:

- положительная связь, значимая на уровне 0,001, показателей «личностная тревожность» и «реактивная тревожность» ($r=0,942$; $p>0,001$); то есть чем выше первый показатель, тем выше второй;
- отрицательная связь, значимая на уровне 0,001, показателей «индекс ресурсности» и «реактивная тревожность» ($r=-0,826$; $p>0,001$); то есть чем выше первый показатель, тем ниже второй;
- отрицательная связь, значимая на уровне 0,001, показателей «индекс ресурсности» и «личностная тревожность» ($r=-0,872$; $p>0,001$); то есть чем выше первый показатель, тем ниже второй.

Таким образом, можно сделать вывод, что увеличение ресурсного потенциала напрямую связано со снижением уровня тревожности, как личностной, так и реактивной. По мере развития навыка управления тревогой участники отметили улучшение качества ночного сна и изменение эмоционального фона по утрам, улучшение настроения по утрам. На 9-ый день 11 участников отметили сохранение ресурса к вечеру, охарактеризовали данное наблюдение как «отсутствие привычной усталости, сохранение интереса к домашним делам и вовлеченность в досуг».

Среди индивидуальных замечаний также было отмечено, что помимо улучшения настроения появились мысли о том, чтобы выйти на вечернюю прогулку, провести время с семьей, заняться новым видом спорта или вернуться к привычным занятиям. Позитивные наблюдения по мнению участников предположительно связаны со снижением привычного для их повседневного образа жизни уровня тревоги.

Результаты и обсуждение.

Важным направлением работы в рамках психосоматотерапии является выявление индивидуальных ресурсов пациента и их активное использование в терапевтическом процессе [11]. Это может включать обучение техникам осознанности, развитие навыков эмоционального самоконтроля и укрепление социальных связей. Таким образом, пациенты не только получают инструменты для непосредственного управления психологическим состоянием в ответ на симптомы своего заболевания, но также развивают более широкие способности к адаптации в сложных жизненных условиях.

Следует выделить внутренние ресурсы, которые включают в себя когнитивные способности, эмоциональный интеллект, мотивационные установки и личностные черты [12]. Когнитивные способности обеспечивают возможность эффективного анализа информации и принятия обоснованных решений. Эмоциональный интеллект способствует управлению как собственными эмоциями, так и распознаванию реакций и эмоциональных состояний окружающих людей, что играет важную роль в межличностных взаимодействиях. Мотивационные установки определяют степень настойчивости в достижении целей, тогда как личностные черты – такие как открытость опыту или добросовестность – влияют на способы реагирования на стрессовые ситуации.

Одним из методов развития эмоционального интеллекта в рамках психосоматотерапии является регулярное применение медитаций осознанности в методе MBCT [13] и нейромедитаций в методе MMCC [14]. За счет снижения уровня тревожности и развития функции управления вниманием и концентрацией на эмоционально-телесных ощущениях, происходит постепенное нарастание интероцептивной осознанности. В результате человек обретает возможность наблюдения за собственными мыслительными и

эмоциональными процессами с последующей ауторегуляцией и восстановлением ресурсного потенциала личности.

Научные исследования подтверждают эффективность психосоматотерапии в лечении ряда заболеваний, включая хронические болевые синдромы [15], гипертонию и некоторые формы дерматологических расстройств. Кроме того, данная терапия способствует общему улучшению качества жизни пациентов благодаря снижению уровня стресса и повышению удовлетворенности жизнью. Это делает её важным инструментом в арсенале современной медицины для достижения более комплексного понимания здоровья человека.

Выводы.

Высокий уровень социальной и психической активности требует у современного человека освоения навыков управления эмоциональным интеллектом для снижения уровня тревоги и поддержания ресурсного потенциала личности для обеспечения физического и психического здоровья. Повышенная тревожность влияет на поведение, мышление и активность, снижая качество жизни в целом, а также напрямую связана с настроением, ресурсом и психоэмоциональной стабильностью.

Снижение ресурсного потенциала сказывается не только на личностном развитии человека, но и влечет за собой негативные последствия в виде снижения мотивации, отсутствия комплаентности в лечении, достижении целей и социальной коммуникации, в том числе коммуникации внутри семьи. Развитие навыка управления эмоциями достигается как за счет индивидуальной работы с психотерапевтом, так и за счет самостоятельного выполнения упражнений психосоматического спектра, например, регулярное прослушивание нейромедитаций.

Список литературы

1. Ito, M. Psychosomatic / M. Ito; eds M. D. Gellman, J. R. Turner // Encyclopedia of Behavioral Medicine. – New York: Springer, 2013.

2. Fava, G. A. Psychosomatic medicine / G. A. Fava, N. Sonino // Int J Clin Pract. – 2010. – No. 64(8):1155-61.

3. Wise, T. Psychosomatics: Past, Present and Future / T. Wise // Psychotherapy and psychosomatics. – 2014. – No. 83. – Pp. 65–69.

4. Effectiveness of psychosomatic therapy for patients with persistent somatic symptoms: Results from the CORPUS randomised controlled trial in primary care / M. S. H. Wortman, J. C. van der Wouden, J. W. R. Twisk [etc.] // Psychosom Res. – 2023.

5. Kumnig, M. Clinical research on psychotherapeutic and psychosomatic care / M. Kumnig, F. Petermann, G. Schlüßer // Zeitschrift für Psychiatrie Psychologie und Psychotherapie. – 2014. – No. 62. – Pp. 283–289.

6. Chorna, N. Psychosomatic and Neurobiological Foundations of Human Resilience in Wartime / N. Chorna. – URL: https://ssrn.com/abstract=4747285 or http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.4747285

7. Nakao, M. Cognitive-behavioral therapy for management of mental health and stress-related disorders: Recent advances in techniques and technologies / M. Nakao, K. Shirotsuki, N. Sugaya // Biopsychosoc Med. – 2021. – No. 15(1). – P. 16.

8. Коваленко-Маджуга, Н. П. Психосоматическая медицина и ресурсная психотерапия в практике / Н. П. Коваленко-Маджуга // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – № 7. – С. 113–116.

9. Коваленко, Н. П. Эмоциональные процессы в ресурсной психотерапии / Н. П. Коваленко // Образовательный вестник «Сознание». – 2017. – № 6.

10. Коваленко, Н. П. Ресурсная терапия / Н. П. Коваленко. – Санкт-Петербург: Петрополис, 2022. – 268 с.

11. Тур, Е. Ю. Медитация ММСС (Mindfulness Meditation of Conscious Concentration) как метод развития эмоционального интеллекта / Е. Ю. Тур // Сборник научных статей по итогам работы Международного научного форума Наука и инновации − современные концепции (г. Москва, 7 сентября 2023 г.). – Москва: Инфинити, 2023. – С. 99–105.

12. Aisenberg-Shafran, D. The effects of mindfulness meditation versus CBT for anxiety on emotional distress and attitudes toward seeking mental health treatment: a semi-randomized trial / D. Aisenberg-Shafran, L. Shturm // Sci Rep. – 2022. –№12. – P. 19711.

13. Тур, Е. Ю. Оценка эффективности метода нейромедитаций против тревоги / Е. Ю. Тур // International Journal of Medicine and Psychology. – 2024. – Том 7. № 5. – С. 94 – 100.

Тур Е.Ю.
врач, психосоматолог
Северо-Западный государственный медицинский
университет им. И.И. Мечникова
г. Санкт-Петербург, Россия
Научный руководитель
Коваленко Н.П.
д-р. психол. наук, профессор,
декан психологического факультета
Балтийского гуманитарного института,
председатель Ассоциации развития
перинатальной психологии и медицины
г. Санкт-Петербург, Россия

РЕСУРСНАЯ АРТ-ТЕРАПИЯ КАК СПОСОБ РАСКРЫТИЯ РЕСУРСОВ ЛИЧНОСТИ

Аннотация: *в статье анализируются особенности метода ресурсной арт-терапии, рассматривается структура процесса.*

Ключевые слова: *арт-терапия, ресурсная арт-терапия, потенциал личности*

Повышенная конфликтогенность современного общества [3; 4], формируя внутренние конфликты личности [8; 12], актуализирует как поиск способов повышения адаптивности человека [15], так и раскрытия тех потенциалов [19], которые станут ресурсом его развития [11; 13; 16]. Наряду с применением различных методов и методик психологической работы [2; 7; 9; 17], в том числе – и арт-терапевтических форм [1; 5; 10], с осознанием их ресурсности [6; 18] в психологии возникло целое направление, которое так и называется – ресурсная арт-терапия [14].

Ресурсная арт-терапия, разработанная профессором и доктором психологических наук Н. П. Коваленко, на основе трудов советских психологов В. И. Гарбузова и А. А. Ухтомского – достаточно эффективный и не директивный способ раскрытия собственного ресурсного потенциала.

Метод основан на работе с инстинктами. Инстинкт рассматривается как динамическая сила бессознательного, формирующая потребности, влечения и поведение. В ресурсной арт-терапии отрабатывается 7 зон (инстинктов): инстинкт самосохранения, про-

должения рода, гармонии, познания, лидерский инстинкт, инстинкт свободы, совести. На их основе проявляются психические и физические ресурсы человека, активизирующие и регулирующие жизнедеятельность. При этом у каждого человека формируется особенная модель ресурсов. На её уникальность влияет множество факторов: генетические программы родителей и предков, перинатальный период родов, процессы воспитания и обучения, навыки адаптации и самоорганизации, творческая активность. В процессе арт-терапии как раз и выявляется ведущий инстинкт клиента, который определяет фокусировку силы и потенциала человека согласно сущности доминанты Ухтомского.

В отличие от давно известных методик работы со спонтанной изобразительной продукцией клиента, ресурсная арт-терапия строится по определенной схеме.

Изначально используется ***диагностическая программа***, которая дает возможность выявить доминирующий инстинкт, а далее все семь инстинктивных уровней прорабатываются по выверенной за 20 лет конкретной технологии.

Сам процесс рисования в данном методе помимо подсознательных образов отражает конкретные ощущения и чувства, проявляет на уровне физиологии психосоматические блоки. Процесс рисования плавно переходит в ***этап рефлексии и самопознания***. Он характеризуется распаковкой, освобождением подавленных переживаний, эмоций, вытесненных когда-то, а также осмыслением своих чувств и отношений.

После осмысления своих чувств и отношений следующим этапом в ресурсной арт-терапии является ***коррекция образов, мыслей***. Работа с образами подсознания – это работа с психической энергией. Меняя образ к лучшему, меняется принцип циркуляции психической энергии (чувства, мысли), направляя ее в новое, более эффективное русло. В результате клиент начинает ощущать определенное «родство» со своими работами, которые наполняются ценностью и смыслом, испытывать чувство удовлетворенности, потому что ему удалось выразить в них что-то очень важное. И таким образом, появляется мотивация, готовность сменить сценарий поведения или отношение к чему-либо/кому-либо, чтобы в реальной жизни чувствовать удовлетворение.

В итоге получается рисунок, содержащий материализацию новых созидательных убеждений на бумаге. А это то, что приближает клиента к реальности и повышает степень ответственности за свои мысли.

Объединяя различные психические функции, ресурсная арт-терапия восстанавливает нарушенные связи между чувствами и разумом, проявляет личностные смыслы, актуализирует внутренний потенциал, направляя его на целенаправленную реконструкцию личности, повышает уровень самосознания, осознанности, развивает целостность индивида, способствует формированию цельной картины окружающего мира. Всё это способствует оптимальному использованию возможностей человека в жизни в целом.

Список литературы

1. Адмакина, Т. А. Психологические референты эмоциональной отзывчивости на музыку / Т. А. Адмакина // Вестник психотерапии. – 2009. – № 31 (36). – С. 84–89.

2. Бережная, Е. А. Применение танцевально-двигательной терапии в психологической работе с подростками / Е. А. Бережная // Психолого-социальная работа в современном обществе: проблемы и решения. – Санкт-Петербург, 2015. – С. 24–26.

3. Горшкова, В. В. Семья в проблемном поле современного социума / В. В. Горшкова, Е. П. Тонконогая, А. А. Мельникова. – Санкт-Петербург: СПбГУП, 2019. – 297 с.

4. Екименкова, С. Н. Арт-терапия как способ формирования отдельных компонентов психологического здоровья (на примере голосовой терапии) / С. Н. Екименкова // Молодой ученый. – 2019. – № 23 (261). – С. 184–187.

5. Каяшева, О. И. Возможности применения ресурсных техник арт-терапии в условиях пандемии / О. И. Каяшева // Лучшая научно-инновационная работа 2020: сб. статей II Международного научно-исследовательского конкурса. – 2020. – С. 149–154.

6. Коваленко, Н. П. Ресурсная арт-терапия / Н. П. Коваленко. – Санкт-Петербург: Петрополис, 2013. – 265 с.

7. Коваленко, Н. П. Психологический практикум / Н. П. Коваленко. – Санкт-Петербург: Петрополис, 2014. – 200 с.

8. Психология конфликта. Компендиум кейсов / Т. И. Короткина, А. А. Мельникова, М. В. Вагина [и др.]. – Санкт-Петербург: СПбГУП, 2016. – 116 с.

9. Короткина, Т. И. Механизм социально-психологического тренинга / Т. И. Короткина // Социальная психология сегодня: наука и практика. – Санкт-Петербург: СПбГУП, 2012. – С. 138–139.

10. Мельникова, А. А. Педагогика русского языка и глубинные основания культуры (активизация традиционно-культурных форм в контексте цивилизационной динамики) / А. А. Мельникова, В. А. Куц // Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. – 2014. – № 4-2 (42). – С. 125–128.

11. Мельникова, А. А. Фразы-сценарии как социально-психологические барьеры, препятствующие достижению целей / А. А. Мельникова, А. В. Сафронова // Современные проблемы социальной психологии и социальной работы: материалы XIV Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – Санкт-Петербург: СПбГУП, 2019. – С. 75–77.

12. Пежемская, Ю. С. Ресурсная арт-терапия в практике психологического консультирования / Ю. С. Пежемская // Интегративный подход к психологии человека и социальному взаимодействию людей: материалы VI Всероссийской научно-практической конференции. – Санкт-Петербург: РГПУ им. А.И. Герцена. – 2016. – С. 402–409.

Коваленко Н.П.
д-р. психол. наук, профессор,
декан психологического факультета
Балтийского гуманитарного института,
председатель Ассоциации развития
перинатальной психологии и медицины
г. Санкт-Петербург, Россия

РЕСУРСНАЯ ГОЛОСОТЕРАПИЯ – МЕТОД ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ИНТЕГРАЦИИ (К ВОПРОСУ О РЕСУРСНОЙ ГОЛОСОТЕРАПИИ)

Аннотация: *в статье дается описание становления голосотерапии как метода в ресурсной терапии через опыт автора. Голос – наиважнейший ресурс человека и на его базе формируются и другие психологические и личностные ресурсы. Занимаясь исследованием голоса более 20 лет, автор статьи показывает эффективность голосотерапии и важность в процессе развития ресурсов.*

Ключевые слова: *голос, ресурсная терапия, родовой голос, голос силы.*

Это статья-эссе, и в ней я хочу написать несколько слов про Ресурсную голосотерапию, которая всю мою профессиональную жизнь присутствует в поле моей работы с клиентами и пациентами.

Я много раз писала о своем опыте вхождения в голосотерапию на заре моего профессионального становления (1992 г.) и тогда это было очень ново, удивительно, а главное я увидела, что голос применяется для лечения конкретных пост-травматичных синдромов (Ресурсная голосотерапия, 2024).

Это была не просто голосовая практика, а погружение в психофизиологию, которая участвует в голосообразовании и в блокировании голоса. Много лет я практиковала голосотерапию сама и с пациентами, а сейчас я вижу, что интерес к этой методике растет, люди пробуют сами работать со своим звучанием и ищут специалистов.

Часто это весьма несерьезные пробы – помычать или по-акать, хотя даже это полезно для многих. А вокалисты, которые знают голос не по проблемам, а по собственным наработкам, практике и достижениям, конечно, иногда делают интересные открытия.

Поэтому я вижу, что процесс развития голосотерапии идет, к нему добавляются разные новые интересные методики, но нужно учесть, что кто-то просто реализует свои амбиции в работе с группой и аудиторией, а при наличии смелости и голоса – это сделать просто. И это не терапия, а практикум по развитию умений. Я такие тоже провожу и называю – ресурсный голосовой тренинг.

И вот тогда все становится очевидным – человек (ведущий группы по голосотерапии) занимается развитием себя или он реально понимает что-такое голос как мощнейший ресурс, которым можно воспользоваться в терапевтической процессе?

А голосотерапия – это процесс, в котором можно освобождить человека от хронического симптома, синдрома и это уже более глубокая работа.

Если бы голосение само по себе было терапией, то все певцы (имеющие голос) не знали бы проблем, болезней и неврозов. Но мы знаем, что музыканты и певцы – это как раз очень ранимая и склонная к болезням группа людей и пение как таковое – не есть лечение, хотя может помогать выживать в проблемное время.

И вот тут и можно провести ту грань, которая отличает голосотерапию от вокала, пения. Да, мы изучаем голосовой аппарат, мы ищем преграды в нем. А дальше идет подстройка и настройка это-

го аппарата как инструмента, но живого, чувствующего, помнящего былые травмы и боли и поэтому зажатого, закрытого. Эмоциональные травмы, блокировка могут мешать человеку не только петь, но и говорить, общаться, добиваться успеха.

И вот открыть голосовой аппарат – это великая победа человека над собой и помогать в этом – это терапия. Этот как родить ребенка – все рожают, но родить хорошо без травм может только хорошо обученная женщина с хорошим специалистом.

Я недавно была на репетиции оперной певицы в небольшом зале. Ее голос обладал такой силой, что меня просто сносило с кресла. Эта мощность может заполнять большой зал без микрофона и усилителей, это просто шквал звука. Таких голосов мало, но в каком-то объеме голос есть у всех. Процесс знакомства с собой, со своим звучанием – это открытие и изучение себя, это важно, нужно и полезно. Важно не делать из этого модную штучку, а понимать, что голос – это интегрирующая функция психофизиологии, это тончайший инструмент, на котором лучше, когда играет мастер – тот, кто понимает, зачем и как. Вот тогда голосовые практики (как их не назови) принесут пользу.

Голос – это результат активности не только голосового аппарата, а результат активизации всего тела и тут очень важны навыки и способности. Проявление голоса требует психологических, личностных ресурсов, которые могут быть покорёжены воспитанием и травмами и поэтому здесь необходима терапия травм. Психосоматический подход здесь необходим, и я много лет его формирую. Хотя еще лет 10–15 назад классические психологи (ученые) протестовали против слова «Психосоматика»

Но единство психики и сомы никто не отменял и это явление исследуется еще 19 века. Человек – явление целостное, и если что-то в этой целостности разъединяется, выходит из баланса, наступает болезнь, дисфункция. Потеря баланса всегда отражается в голосе.

Голосовые практики-тренинги могут включать в себя и вокальное творчество как вершину применения своего голосового аппарата и у этого есть древнейшая история. Хоровая культура, фольклор – это тому подтверждение. Без этого невозможно представить историю человечества, нам нужно петь самим или в группе, это инстинктивная потребность, ведь в этот момент мы чувствуем истинное единство, которое очень сложно порой обрести

на личностном уровне. При совместном пении большое значение имеет и контекст, слова песен и здесь мы должны нести ответственность за то, что озвучиваем.

Голос и пение объединяет, сближает, убирает границы и преграды. Это как чудо, объединяющее людей в общее звучащее поле, в котором трудно выделить отдельный голос, но голоса, сливаясь, образуют поле гораздо более сильное, чем просто сумма этих голосов.

Эта сила способна на многое. И очень хочется, чтобы в нашем обществе люди объединялись голосом в пении, в хорах и ансамблях, мне кажется, в результате наша жизнь начнет меняться к лучшему.

Моя мечта – проводить хоровые фестивали. Голосовые фестивали мы уже проводим, а вот хоровые – это для меня будет чудо. Фестивали моих ресурсных песен я уже провожу, но они тематические и их цель социальная терапия сложного вопроса, связанного с Отцами. Его название «Пою тебе, отец!». Да этот фестиваль «лечит» семьи, мужчин, потому песни поднимают дух мужчин на Отцовство, Супружество, примиряют родителей и детей.

Фестивали, певческие праздники были всегда и сейчас их нужно проводить в большом количестве, и это происходит. Важно возродить и поддерживать массовы хоровые и хороводные праздники, которые объединяют дух людей. Здесь важно выбрать базовый песенный стиль – возможно народная песня, так как это универсальная форма звучания и пения, близкая всем. Но репертуар нужно тщательно подбирать, поэтому я тоже вношу лепту в песенное творчество – пишу песни. Ведь когда звучит большая масса людей, каждое слово приобретает необычайную силу.

Обучение для специалистов ресурсной голосотерапии существует у меня много лет, камерно и с глубоким погружением в ресурсы обучающихся. Есть блок дистанционный (вебинарный) и очный. Все, кто проходят обучающий курс по специализации «Ресурсная голосотерапия» с получением или сертификата, или диплома, получают видеозаписи тренинговых групп. Давайте дальше развивать голосотерапию во всем ее разнообразии.

Список литературы

1. Коваленко, Н. П. Ресурсная голосотерапия / Н. П. Коваленко. – Санкт-Петербург: Петрополис, 2024. – 240 с.

2. Брайнинг, Л. Г. Гормоны счастья / Л. Г. Брайнинг. – Москва: Манн, Иванов и Фербер, 2017. – 309 с.

Филяев М.
канд. психол. наук,
автор метода PSY.2.0.
г. Москва, Россия

К ВОПРОСУ О СТАНОВЛЕНИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ КОНЦЕПЦИИ В ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ И ПСИХОЛОГИИ

Аннотация: *в статье приводятся исторические сведения и имена авторов, которые создавали психосоматическую концепцию, начиная с Гиппократа. Статья дает возможность проследить этапы развития понимания единства, взаимосвязи психики и сомы.*

Ключевые слова: *психосоматика, соматопсихе, психосоматозы.*

Историческое развитие психосоматической медицины и её влияние на науку и политику здравоохранения подчеркивают сложность в формулировании единого определения её сущности и сферы применения в рамках совокупности медицинских дисциплин. Тем не менее, центральными задачами психосоматической медицины остаются диагностика и лечение соматических заболеваний и психических расстройств, которые часто сопутствуют друг другу на различных уровнях системы медицинской помощи. Психосоматическая медицина предлагает медицинскую перспективу, систематически исследующую и корректирующую биологические, психологические и социальные факторы, влияющие на развитие и прогрессирование физических заболеваний и функциональных синдромов организма (Hoffmann et al., 2009). Терапевтический образ себя в психосоматической медицине акцентирует внимание на пациентоцентрированном подходе, что позволяет более глубоко понять индивидуальные переживания пациента и их влияние на здоровье [1].

Психосоматическая перспектива в значительной степени основана на биопсихосоциальной модели болезни, предложенной Энгелем в 1977 году. Эта модель, основанная на обширных научных данных и претерпевшая дальнейшие разработки, возникла как реакция на критику биомеханической («медицины бездушных тел») и биосемиотической («медицины бестелесных душ») моделей. Она развилась в многомерную систему, подчеркивающую слож-

ные взаимосвязи между индивидуальными измерениями (биопсихосоциальными). Биопсихосоциальная модель заболеваний описывает болезни как результат сложных взаимодействий между организмом и окружающей средой, где решающую роль играют социализация и биография личности. Таким образом, суть психосоматики заключается в этой дополнительной перспективе, позволяющей глубже понять взаимосвязь между психикой и телом, а также их влияние на общее состояние здоровья человека.

На основе нейробиологических и психобиологических открытий в медицине сформировалось интегративное понимание психосоматических заболеваний. Патофизиология этих заболеваний является сложной и многогранной. Согласно современным исследованиям, физические симптомы могут быть объяснены через более высокие уровни восприятия, регуляции и процессов импринтинга центральной нервной системы. Уровень нарушения заключается во взаимодействии центральной нервной системы с периферическими органами, которое подчиняется нейроэндокринным, иммунологическим и автономным взаимодействиям, на которые значительное влияние оказывает психологический опыт (Egloff, N. et al., 2018).

В современном мире психосоматика занимает центральное место в клинической практике. Врачи и психологи все чаще осознают, что многие хронические заболевания, такие как астма, гипертония, язвенная болезнь и даже рак, могут быть связаны с эмоциональными и психологическими факторами. Это понимание привело к разработке интегрированных подходов к лечению, в которых учитываются как физические, так и психические аспекты здоровья.

В последние годы термин «соматопсихе» стал важным элементом психосоматики, что связано с растущим принятием психосоматических подходов в соматических дисциплинах, таких как внутренняя медицина и хирургия. Это касается методов лечения и поддержки пациентов, страдающих от физических заболеваний, в их борьбе с болезнью и связанными с ней психологическими последствиями. В результате, психосоматические аспекты все чаще находят отражение в рекомендациях по лечению соматических заболеваний, таких как сердечная недостаточность, ишемическая болезнь сердца и сахарный диабет. Вследствие этого возникли различные направления лечения в психосоматике, такие как психокардиология, психодиабетология, психоонкология и психодерматология и многие другие.

Одним из ключевых аспектов профилактики хронических дегенеративных заболеваний является поддержание «баланса физического и психического напряжения». Это достигается через упражнения, релаксацию и различные методы регулирования стресса. Такие подходы могут применяться как в рамках индивидуальных оздоровительных мероприятий, так и в контексте профессионально направляемой групповой работы, включая консультирование пациентов [2].

Клинические исследования показывают, что терапия, направленная на проработку эмоциональных проблем, может значительно улучшить состояние пациентов с психосоматическими расстройствами. Методы, такие как когнитивно-поведенческая терапия, арт-терапия и медитация, находят все большее применение в клинической практике.

Будущее психосоматики обещает быть захватывающим. Современные технологии, такие как нейровизуализация и генетические исследования, открывают новые горизонты для понимания взаимосвязи между психикой и телом. Исследования в области нейробиологии подтверждают, что эмоции могут вызывать изменения в физиологии, что подчеркивает важность психосоматического подхода.

Кроме того, в последние годы наблюдается растущий интерес к изучению роли стресса и эмоционального благополучия в развитии заболеваний. Психосоматические расстройства становятся важной темой для междисциплинарных исследований, объединяющих медицину, психологию и социологию (Fava, G. A., Cosci, F. & Sonino, N. (2017). Current psychosomatic practice. In: Psychotherapy and Psychosomatics, 1(86), P. 13−30).

Таким образом, психосоматика представляет собой не только область медицины, но и философию, которая помогает нам осознать, что здоровье – это гармония между телом и душой. Продолжение исследований в этой области имеет решающее значение для разработки более эффективных методов лечения, учитывающих как физические, так и психические аспекты здоровья. В конечном итоге, глубокое понимание психосоматики может привести к более полному осознанию человеческой природы и способствовать улучшению качества жизни.

Корни психосоматики уходят в глубокую древность, где уже в античной медицине существовало понимание взаимосвязи между

телом и душой. Гиппократ, известный как отец медицины, подчеркивал, что эмоции способны оказывать влияние на физическое состояние человека. Его принципы стали основополагающими для психосоматической медицины, акцентируя внимание на важности взаимопонимания между врачом и пациентом, а также значении окружающей среды и адаптивных факторов для здоровья и болезни.

В рамках научных знаний своего времени Гиппократ и его последователи разработали теорию четырех гуморов, представляющую собой первую единую научную систему. Эта теория, хотя и примитивная по современным меркам, может рассматриваться как ранний подход к концепции здоровья, рассматриваемого как гомеостаз или естественная гармония, а болезнь – как дисбаланс, вызванный избытком или недостатком одного из гуморов. Она постулировала единство тела и разума и, в некотором смысле, предвосхитила общую системную теорию, подчеркивая взаимодействие между четырьмя основными элементами Вселенной (земля, воздух, огонь и вода), четырьмя гуморами (желтая желчь, черная желчь, кровь и флегма), которые управляют состоянием здоровья, и основными типами характера, определяемыми этими гуморами (Schwab, J. J. Psychosomatic Medicine: Its Past And Present; Christodoulou, N. (2019). Psychosomatic Medicine in Ancient Greece: An Overview. In: Leigh, H. (eds) Global Psychosomatic Medicine and Consultation-Liaison Psychiatry. Springer, Cham).

В Средние века связь между телом и разумом была несколько забыта, однако с приходом Ренессанса она вновь обрела значение. В этом контексте не лишним будет упомянуть о вкладе философа XVII века Рене Декарта, который в своем произведении 1637 года выдвинул идеи, ставшие основой для дальнейших дискуссий о проблеме «разум-тело». Хотя его концепция разделения между разумом (res cogitans) и телом (res extensa) подвергалась критике за создание препятствий для интегрированного психосоматического подхода (Damasio AR. Descartes Error: Emotion, Reason and the Human Brain. New York, NY: Avon; 1994; Brown TM. Cartesian dualism and psychosomatics. Psychosomatics 1989; 30: 322–331), она также вызвала активную полемику, способствующую эволюции исследований в этой области. Декартовское представление о шишковидной железе как возможной «коммутационной станции» для управления процессами человеческого организма оставило

пространство для более интегрированного взгляда на отношения между разумом и телом.

Корни изучения ассоциаций между разумом и телом восходят к выдающимся фигурам XVII века, среди которых можно выделить португальско-еврейского философа, математика и психолога Баруха Спинозу (1632–1677), а также английских врачей Уильяма Гарвея (1578–1657) и Томаса Сайденхема (1624–1689). Спиноза внес значительный вклад в опровержение крайних разделений разума и тела, предложенных Декартом. Он утверждал, что разум и тело идентичны и неразделимы, а события в одном из этих аспектов отражаются в событиях в другом. Эту концепцию он назвал психофизиологическим параллелизмом, что перекликается с холистическими взглядами, которые разделяют многие современные мыслители [2].

В 1649 году Уильям Гарвей, обсуждая влияние эмоций на тело, заметил: «Почти при каждой привязанности, аппетите, надежде или страхе наше тело страдает, лик меняется, а кровь течет то туда, то сюда». Он описывал, как гнев делает глаза «огненными» с суженными зрачками, как скромность «заливает» щеки румянцем, как страх приводит к бледности лица и покраснению ушей, а похоть вызывает эрекцию. Эти наблюдения Гарвея о «силе крови» и ее последствиях могут быть восприняты как предшественники современных исследований, связанных с эмоциями и сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Томас Сайденхем, которого некоторые называют «английским Гиппократом», в 1682 году стал первым, кто распознал и описал истерию в терминах, актуальных и сегодня. Его «тщательные наблюдения» привели к пониманию сложных взаимосвязей между разумом и телом, и он утверждал, что истерия – это состояние, наблюдаемое у трети всех пациентов, являющееся «наиболее распространенным хроническим заболеванием», вызванным «бурным буйством ума», способным имитировать практически все известные органические заболевания. В современном контексте можно сказать, что Сайденхем осознавал бремя, которое ложится на плечи практикующих врачей в связи с соматизацией пациентов. Таким образом, вклад этих выдающихся мыслителей в понимание взаимосвязи между разумом и телом стал основополагающим для дальнейших исследований в области психосоматики, подчеркивая необходимость интегративного подхода в медицине.

Первое использование термина «психосоматический» связано с именем Иоганна Христиана Августа Гейнрота, который в своем учебнике по психическим расстройствам (Heinroth J. C. A., 1818) подчеркивал важность аффектов и страстей предрасположенной личности в контексте конкретных жизненных ситуаций для развития и прогрессирования физических дисфункций и заболеваний. Таким образом, он продолжил многовековую традицию, отражающуюся в различных философских и медицинских теориях темперамента.

Эти идеи нашли свое продолжение в работах Карла Густава Каруса (Carus C. G., 1846), который, с одной стороны, развивал монистический витализм, а с другой – предложил важные концепции психодинамического бессознательного. В отличие от него, Уильям Каллен (Cullen W., 1784) выдвинул прогрессивную идею о том, что не виталистические страсти, а мозг регулирует функционирование органов тела. Он также ввел современный термин для обозначения невроза, рассматривая его не в нейроанатомических терминах, а скорее в функциональных.

Идеи Каллена были вновь актуализированы нейропсихиатрами лишь много десятилетий спустя, во второй половине XIX века. Это привело к формированию основополагающих концепций парижской школы Жана-Мартена Шарко и Пьера Жане. Центральным клиническим наблюдением этих исследователей стало то, что интенсивные аффекты, связанные с конфликтами или травматическими переживаниями, могут вызывать неврологические дисфункции. Эти дисфункции следует рассматривать не как результат структурных повреждений мозга, а как следствие травматически вызванных диссоциаций нейронных систем реагирования [3].

XX век стал свидетелем значительных изменений в медицине и психологии, особенно в области психосоматических исследований. В начале века внимание к психосоматическим аспектам заболеваний начало пробуждаться благодаря работам таких пионеров, как Зигмунд Фрейд и его последователи.

Связь между неврологическими дисфункциями и травмой или аффектом с одной стороны и специфической конституциональной уязвимостью личности с другой стороны положила начало первой современной психосоматической модели. С этого момента началось развитие ранних психоаналитических позиций Йозефа Брейера и Зигмунда Фрейда, что привело к формированию психодина-

мической модели конверсии в ответ на травматологическую модель диссоциации (Ellenberger, H. F., 2005).

З. Фрейд исследовал, как подавленные эмоции и внутренние конфликты могут проявляться в физических симптомах. Он утверждал, что психические состояния оказывают влияние на физическое здоровье, что стало основой для дальнейших исследований в области психосоматики. Фрейд считал, что различные отклонения от привычного поведения, такие как непреднамеренные оговорки, забывание слов и случайные движения, являются проявлением бессознательных мыслей и импульсов. Психоанализ, включая толкование сновидений и объяснение «неправильных действий», может быть эффективно использован для диагностики и терапии (Freud, S. The Psychopathology of Everyday Life, 1989).

В период между 1930 и 1940 годами психосоматическая медицина начала формироваться как самостоятельная академическая дисциплина, которая развивалась на основе психоанализа и психиатрии, но также охватывала внутреннюю медицину.

В 1930-х годах германо-американский психотерапевт Франц Александер разработал концепцию «чикагской семерки», представив перечень заболеваний, связанных со стрессом, которые следует рассматривать в контексте психотерапии. В этот список входят: бронхиальная астма, атопический дерматит, гипертония, язва желудка и двенадцатиперстной кишки, тиреотоксикоз (гиперфункция щитовидной железы), ревматоидный артрит и язвенный колит. В своей работе «Психосоматическая медицина: принципы и приложения» (Alexander, F. G. B. Psychosomatic medicine, its principles and applications, 1950) Александер подчеркивает важность взаимосвязи между психическим состоянием и физическим здоровьем, утверждая, что многие физические заболевания могут быть вызваны психологическими факторами, такими как стресс и эмоциональные конфликты.

Александер вводит понятие психосоматической медицины, акцентируя внимание на связи между психическими и физическими аспектами здоровья. Он утверждает, что подавленные эмоции и внутренние конфликты могут проявляться в виде физических симптомов, например, стресс может приводить к расстройствам пищеварения или сердечно-сосудистым заболеваниям. В качестве решения он предлагает интегрированные методы лечения, которые включают психотерапию, обучение управлению стрессом и

изменение образа жизни. Александер считает, что работа с эмоциональными аспектами может привести к улучшению физического состояния пациент [4].

В дальнейшем классическое и оперантное обусловливание стали основными подходами в теории поведенческого научения, применяемыми к психосоматическим проблемам. В этом контексте особое внимание заслуживают работы Нила Э. Миллера, который в своих исследованиях (Miller, N. E. Learning, Motivation, and Their Physiological Mechanisms, 2007) совместно с другими психологами, такими как Дж. Доллард и О. Х. Маурер, стремился разработать теоретико-обучающую операционализацию концепций психоаналитической теории мотивации и аффекта. Миллер также добился значительных успехов в понимании модифицируемости физиологических функций автономной нервной системы с помощью технологии биологической обратной связи.

Таким образом, работы Александера и Миллера заложили основу для дальнейших исследований в области психосоматики, подчеркивая важность интеграции психологических и физиологических аспектов в лечении заболеваний [4].

С течением времени психосоматическая медицина развивалась, обогащаясь новыми идеями и концепциями. Одной из ключевых фигур этого процесса стал немецкий психиатр Фриц Перлз, основавший гештальт-терапию. Он подчеркивал важность осознания своих эмоций и их роли в формировании физических недугов. В его работах была заложена идея о том, что игнорирование или подавление чувств может приводить к соматическим проявлениям (Перлз, Ф. С. Эго, голод и агрессия / пер. с англ. – Москва: Смысл, 2000. – 358 с; Perls, F. S. Gestalt therapy: excitement and growth in the human personality. Gestalt therapy / F. S. Perls, R. Hefferline, P. Goodman – Highland, NY: Gestalt Journal Press, 1994. – 481 p.).

Решающее значение для дальнейшего развития этого подхода имела работа Ганса Селье, который открыл концепцию общего адаптационного синдрома (Selye, H. (1953). Einführung in die Lehre vom Adaptationssyndrom. Stuttgart: Thieme). Селье описал биологически однородную модель реагирования на психосоциальные и соматические стрессоры, выделив типичные стадии психосоматической адаптации. Он также соотнес пути физиологической медиации, что способствовало пониманию генеза функциональных

расстройств и структурных поражений органов в контексте временного измерения их развития.

В 1950-х и 1960-х годах интерес к психосоматике продолжал расти. Исследования в этой области начали опираться на научные данные, что способствовало появлению новых методов диагностики и лечения. В это время были проведены многочисленные исследования, подтверждающие связь между стрессом, эмоциями и физическим здоровьем [4].

В частности, в 1950-х годах кардиологи Фридман и Розенман обнаружили связь между поведенческими факторами и риском ишемической болезни сердца, создав концепцию поведения типа А, которая включает поведенческий стиль и отрицательные эмоции. Это открытие стало основой для систематических и научно обоснованных исследований в области психосоматической медицины, изменив подход к пониманию роли психологических и поведенческих факторов в развитии соматических заболеваний. С тех пор эмпирические данные неизменно связывают негативные эмоции, такие как гнев, тревога, депрессия и враждебность, с негативными последствиями для здоровья в целом, а не только с сердечно-сосудистыми заболеваниями (Keltikangas-Järvinen, L. Reinforcement Sensitivity Theory and psychosomatic medicine. In: Corr PJ, editor. The Reinforcement Sensitivity Theory of Personality. Cambridge: Cambridge University Press; 2008. Pp. 345–59).

В 1959 году Г. Л. Мейерс отмечал: «Психосоматическая медицина – это способ подхода к проблеме здоровья и болезней. Этот подход стремится применить лучшее и самое современное психодинамическое понимание функций человеческой личности на всех этапах медицинской практики, диагностики, терапии и исследований» (Meyers, H. L., The Theory of Practice of Mental Health Consultation, 1970).

К 1980-м годам психосоматическая медицина стала неотъемлемой частью клинической практики. Врачи начали осознавать, что лечение заболеваний не может быть полным без учета психоэмоционального состояния пациента. Появились новые подходы, такие как когнитивно-поведенческая терапия и методы релаксации, которые стали использоваться для лечения психосоматических расстройств.

Сегодня, в XXI веке, психосоматическая медицина продолжает развиваться. Исследования в области нейробиологии, психологии

и медицины открывают новые горизонты для понимания взаимосвязи между психикой и телом. Современные ученые изучают, как стрессовые реакции и эмоциональные состояния влияют на иммунную систему и могут приводить к различным заболеваниям. Психосоматическая медицина приобретает все большую значимость в рамках интегративной медицины, которая сочетает традиционные методы лечения с психотерапией, йогой, медитацией и другими альтернативными подходами. Это подчеркивает важность целостного подхода к здоровью, учитывающего как физические, так и психоэмоциональные аспекты [3].

Основные концепции, заложенные пионерами этой области, продолжают вдохновлять современных исследователей и врачей, открывая новые горизонты для диагностики и лечения. Психосоматика, как неотъемлемая часть медицинской практики, напоминает нам о том, что здоровье – это не только отсутствие болезни, но и гармония между телом и духом [3].

Таким образом, развитие психосоматической медицины отражает интеграцию психологических аспектов в понимание здоровья и болезней, что открывает новые горизонты для диагностики и лечения пациентов.

Список литературы

1. Зейгарник, Б. В. Патопсихология: уч. пос. / Б. В. Зейгарник. – 2-е изд. – Москва: Академия, 2000. – 208 с.

2. Каннабих, Ю. История психиатрии / Ю. Каннабих, предисл. В. В. Ганнушкина. – Москва: ЦТР МГП ВОС, 1994. – 525 с.

3. Коваленко, Н. П. Ресурсная терапия / Н. П. Коваленко. – Санкт-Петербург: Петрополис, 2023. – 265 с.

4. Психосоматика. Взаимосвязь психики и здоровья: Хрестоматия / сост. К. В. Сельченок; ред. А. Е. Тарас. – Москва: АСТ, 2005. – 640 с.

Коваленко Н.П.
д-р. психол. наук, профессор,
декан психологического факультета
Балтийского гуманитарного института,
председатель Ассоциации развития
перинатальной психологии и медицины
г. Санкт-Петербург, Россия

ИНСТИНКТ – РЕФЛЕКС – ПОТРЕБНОСТЬ В РЕСУРСНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Аннотация: *в статье дается авторского видение модели инстинктов как источников ресурсов. Хотя учитывается и патогенная форма проявления инстинктивных импульсов. Даются варианты проявления инстинктопатии на примере психогенных расстройств репродуктивной системы и методы терапии (ресурсная психотерапия)*

Ключевые слова: *инстинкт, рефлекс, ресурсная психотерапия, инстинктопатия, психосоматическое блокирование.*

Инстинкты суть не личные, а общераспространенные и наследуемые факторы мотивирующего характера. Часто они так сильно удалены от края сознания, что современная психотерапия видит свою задачу именно в том, чтобы содействовать пациенту на пути их осознавания. Инстинкты по своей сути являются первичными специфически оформленными силами влечения. Поэтому они составляют некую аналогию архетипам. Таким образом, архетипы суть бессознательные отражения самих инстинктов...

К.Г. Юнг

Ресурсная психотерапия опирается на модель инстинктов (Н. П. Коваленко), которая предполагает, что все простые и сложные акции психофизиологической деятельности человека начинаются с инстинкта. Так, например, в настоящее время, в период переживаемого кризиса, связанного с СВО (а ранее короно-вирусом), каждый человек переживает страх или тревогу, которые связаны с проявлением инстинкта самосохранения. Т. е. вслед за волной эпидемиологической, информационной и другой опасности поднимается волна психической пандемии. Именно психическая пандемия

еще более объемна и опасна, так как вовлекает в деструктивные процессы гораздо большее количество людей, чем сам вирус, военные действия. Именно на этом примере мы видим неразрывные связи психического и физического и их взаимообусловленность.

Так как же можно уловить эту грань физического, физиологического и психического? В ресурсной психотерапии мы считаем, что Инстинкты – это глубинные импульсы, запускающие все акции психики и физиологии [1]. Это подобно наличию подключения к питанию компьютера для активизации работы [3].

Рефлекс – это механизм проведения и реализации этих акций. Это подобно наличию обеспечивающих программ компьютера.

Инстинкт – это управляющая сила (источник питания), а нейронная сеть – это обеспечивающая система». Нейронная сеть в свою очередь формирует рефлекторную систему.

Мотив и потребность – это осознанная деятельность человека по реализации своих желаний и целей, благодаря наличию предыдущих этапов динамизации импульсов желаний. Сначала появляется ощущение наполненности или опустошенности (ослабленности) определенной зоны рефлексов (связанных с определенным инстинктом), затем формируется динамическая направленность, желание, движение (рефлекторная цепь, импульс), затем осознается мотив и формируется потребность в каком–либо действии и тогда человек его совершает. Это подобно наличию пользователя с компьютером, который хочет привести его в действие, согласно своим намерениям. Для этого необходимо включить компьютер, чтобы сработало питание и можно было запустить программы, а потом уже можно сделать то, что хочется. Питание здесь – это инстинктивная природа, энергия. Если сеть питания недостаточна, то система не загрузится и не начнет работать. В зависимости от класса компьютера будет и соответственное питание и программное обеспечение. И соответственно, будет возможность реализовывать соответствующие потребности – т. е. куда, на что пойдет питание, на какие нужды.

Существует и спонтанное возникновение желания и мотива, но это желание уже имеет инстинктивное русло, проложенное в отдаленном или недалеком прошлом или предшествующими поколениями.

Формирование всего спектра потребностей, которые могут быть присущи человеку – это и есть 7 возможных уровней, опи-

санных в модели инстинктов [2; 3]. И глядя на то, какие потребности доминируют, можно сказать о направленности личности, о возможности её психосоматической системы.

Например, у человека доминирует инстинкт продолжения рода, это будет способствовать хорошей энергетической наполненности функций деторождения, высокому уровню либидо, вовлеченности в активные отношения с противоположным полом, раннему деторождению и образованию семьи. И даже ранняя беременность и семейная жизнь для молодой женщины или мужчины не будет обузой, а будет источником радости и счастья, будет переносится легко и радостно.

Если же ранняя беременность наступила у женщины с низким уровнем инстинкта продолжения рода, то ее репродуктивные функции и личностные параметры могут быть еще не достаточно готовы к столь серьезной задаче, ее принятие себя как матери может быть совсем не сформированным, так как ею могут владеть совсем другие потребности (социальной реализации, лидерства, свободы и пр.). Тогда беременность и рождение ребенка может превратиться в истощающий кризис, заточение, мучение. Ведь рождение ребенка будет вызывать необходимость организма мобилизовать все силы, а они направлены на другие мотивы, желания, цели. Этот диссонанс обычно и является причиной послеродовых депрессий, эмоциональных срывов.

Здесь еще можно учесть и социальное окружение и информационный фон, который не способствует формированию доминирующих мотивов на семейную жизнь, ведь с экранов мы видим чаще всего сложности и коллизии семейной жизни, так же и в собственной семье часто видим подтверждение этому. В такой семье у ребенка инстинкт продолжения рода остается не сформированным, потребности направлены на развлечение и успех или просто на самосохранение после травм, полученных в семье, а жизненные цели и доминирующие стратегии, конечно, направлены не на деторождение.

На прием в связи с бесплодием женщина привела мужа, который сразу открыто сказал: «А я не хочу детей». При этом анализы все в норме, а детей нет. Женщина усиленно лечится от бесплодия, а муж детей не хочет, вот дети и не появляются. После работы с мужем по программам ресурсной психотерапии беремен-

ность наступила, так как муж отработал свои ранние травмы, связанные с родительской семьей, агрессивным отцом, несчастной матерью. Мотивация на отцовство появилась и активизировалась не в результате мотивационного тренинга и программирования, а в результате лечения собственных травм, которые не позволяли настроиться на столь серьезную цель – отцовство.

Или еще пример. Мама с детства рассказывала дочери о том, как ужасно и тяжело она рожала. При этом искренне любя дочь. Но дочь через эту любовь впитала и образ родов как травму и ужас. Даже при хорошем уровне инстинкта продолжения рода, дочь приобрела психосоматическое напряжение по поводу родов и бессознательно будет от этого защищаться, а это значит блокировать естественное течение событий и процессов, происходящих в репродуктивной системе. Это может осложнить и зачатие, и вынашивание, и рождение ребенка.

Пример из другой сферы. Мальчик видит с детства разлад отношений родителей, ссоры, драки, ненависть друг к другу, развод. В его собственном поведении по отношению к женщинам это скажется как тревога и недоверие к женщинам, ожидание от них опасности и страдания, особенно если зачинщиком скандалов с отцом была мать. Будучи от природы темпераментным, он в своем взрослом поведении может иметь блокировку на уровне рефлексов в системе репродукции, которая может сказаться или на его сексуальном поведении, или на способности строить отношения с женщиной, или на уровне репродуктивных функций (в зависимости от глубины эмоциональной травмы, полученной от развода и разлада отношений родителей).

Получается, что блокировка может идти и со стороны инстинкта, и со стороны рефлекса (боль, травма), но чаще со стороны травматичного перенесенного опыта, который фиксируется в подсознании как раз благодаря участию силы инстинктов и рефлексов. Психосоматический блок может быть глубоко вытеснен с помощью защитных механизмов инстинкта самосохранения, но он не перестанет существовать и будет бомбой замедленного действия, будет ждать своего часа взорваться (осложнит работу органов и систем, а может и разрушит их, когда эти органы будут в активной фазе).

Логическая цепочка причинных связей «инстинкт-рефлекс–потребность» может работать как в одну, так и в другую сторону.

Подсознание может опираться на все звенья этой цепочки, чтобы или блокировать, или разблокировать ресурсы инстинктов для сохранения жизни. (Роль и структура и суть подсознания хорошо освещена в ресурсной психотерапии. Н. П. Коваленко, 2022).

Так например, некоторые опытные врачи называют бесплодие генерализованым дезадаптивным синдромом (А. Д. Попов) [5].

Т. е. бесплодие наступает, чтобы сохранить жизнь женщины, так как в силу активных процессов дезадаптации, она может погибнуть (или не выдержать напряжения) при рождении ребенка. Чтобы женщину лечить от такого бесплодия, нужно комплексно оценить ее возможности и сначала восстановить баланс именно инстинктивной сферы – источников питания энергией всего организма и репродуктивной системы, в частности.

Иногда в нашей практике получалось именно так восстановить способность к репродукции – сначала восстановить силу инстинктов, а потом уже и лечение органов становилось возможным. Но чаще дезадаптация в ситуации бесплодия является всеобъемлющей и организм именно так и выживает, не способный отвечать за новую жизнь. Опустошение инстинкта продолжения рода происходит именно потому, что вся его сила идет на компенсацию потерь других ресурсных зон и все силы и уходят на самосохранение и компенсацию травм.

Инстинктопатия с точки зрения ресурсного подхода – это блокирование инстинктивных зон, обеспечивающих жизнедеятельность человека. В результате инстинкты слабо выражены и не дают достаточного силового обеспечения(питания) функциям и системам организма. Рефлекторные связи ослаблены, эмоциональные связи отягощены патогенными переживаниями, человек не может взять на себя ответственность за свою жизнь. Это некий коллапс, из которого иногда нет выхода. В таком случае бесплодие – это так же инстинктопатия.

Осложнение репродуктивной сферы может проявляется и при состоявшейся беременности, так, например, описан целый ряд психосоциальных факторов развития депрессивных расстройств в период беременности особое значение имеют нарушения семейных отношений. Даже при достаточно гармоничных отношениях супругов семья, ожидающая рождения ребёнка, стоит на пороге серьёзных изменений, её функционирование становится неста-

бильным. Происходит смена жизненного цикла семьи: меняется ее структура, появляются новые функции, что, в свою очередь, влияет на психическое состояние беременной женщины. В то же время, изменения, которые происходят в организме женщины, ее психике, во многом определяют психологическую обстановку в семье, характер семейных взаимоотношений (О. А. Колесникова).

К сожалению, в большинстве случаев несмотря на высокую распространенность депрессивных расстройств у беременных женщин, в большем количестве случаев они не диагностируются.

Исследования показывают, что частота развития невротических депрессивных расстройств у женщин в период беременности составляет 20–30%. В процессе изучения клинических особенностей депрессивных расстройств у женщин в период беременности установлено, что аффективные нарушения имеют преимущественно невротический характер патологии и протекают в рамках расстройств адаптации. Т. е. дезадаптация разного рода в период беременности имеет место быть.

Основными синдромами невротических депрессивных расстройств у женщин в период беременности являются: депрессивный, тревожно-депрессивный и депрессивный с явлениями навязчивости. Это приводит часто к таким осложнениям течения беременности как ранний токсикоз и угроза выкидыша. Беременным женщинам с невротическими депрессивными расстройствами, по сравнению с условно здоровыми женщинами, свойственны такие характеристики личности как замкнутость, недоверчивость, самокритичность; им присуще стремление скрывать отрицательные эмоции, потребность в эмоциональной поддержке и близости. Для них характерно тревожно-депрессивное отношение к себе, к супругу и близким. С таким комплектом осложнений сложно прогнозировать успешное материнство, дающее женщине удовлетворение.

Отношения с собственными родителями женщины с невротическими депрессивными расстройствами чаще оценивают как неудовлетворительные, что напрямую связано с нарушениями в системе взаимоотношений в родительской семье. Такая ситуация требует применения методов ресурсной психотерапии, так как эмоциональная травма, проблема семьи будет транслироваться на последующий период жизни женщины (материнство) и повлияет на становление психосоматического здоровья ребенка. У женщин без при-

знаков депрессии (контрольная группа) чаще удовлетворительные или хорошие отношения с родителями и прямо взаимосвязаны с возможностью сформировать устойчивую Доминанту материнства.

Беременные с невротическими депрессивными расстройствами, по сравнению с условно здоровыми женщинами, реже удовлетворены семейным функционированием. Для их семей характерен хаотичный тип уровня семейной адаптации, который отличается противоречием между желанием больше участвовать в решении семейных проблем, осуществлять функцию контроля и стремлением к передаче домашних обязанностей другим членам семьи, к снижению своей ответственности. Так же характерно наличие обид и претензий по отношению к родителям. Что свидетельствует так же и о несформированной Доминанте материнства.

В процессе проведения ресурсной модели психотерапии у беременных женщин с невротическими депрессивными расстройствами были отмечены положительные изменения клинических показателей в виде редукции депрессивной симптоматики, а также формирование положительного отношения к беременности, предстоящим родам, материнству и близким.

Среди патогенетических факторов развития невротических депрессивных расстройств у женщин в период беременности важную роль играют нарушения отношения к себе как к матери, нарушения супружеских отношений и отношений с собственной матерью. Часто для их семей характерны неблагополучные уровни семейной сплоченности и адаптации, что приводит к нарушению функционирования семейной системы, что доказывает, семья не является ресурсной зоной, а наоборот является источником отягощения и напряжения.

В процессе применения ресурсной модели психотерапии на основе системного подхода происходит положительные изменения в системе отношений и клиническое улучшение состояния пациента. Таким образом, семья может быть источником ресурсов и опорой, а может быть обременяющим обстоятельством и формировать многие проблемные зоны, требующие психокоррекции и психотерапии. Мы применяем ресурсную психотерапию, в которой сочетаются методы работы над установками (мировоззрением) и над эмоциональной сферой, повышая качество эмоциональных переживаний, развивая программы инстинкта гармонии.

Если этого не делать, то инстинкт продолжения рода в такой системе не играет роль источника ресурсов, а скорее подпитывает патогенные эмоциональные связи. Это может привести семейную систему в состояние угасания и деструкции, что может в дальнейшем вылиться в проявление, например, невынашивания или психогенного бесплодия у потомков. Угасшая сила инстинкта не питает рефлексы и соответственно – органы, не дает им силы и функция угасает.

Список литературы

1. Ухтомский, А. А. Учение об Инстинктах / А. А. Ухтомский. – 2005.

2. Гарбузов, В. И. Теория инстинктов / В. И. Гарбузов. – Санкт-Петербург: Сотис, 2000.

3. Коваленко, Н. П. Перинатальная психология / Н. П. Коваленко. – Санкт-Петербург: Петрополис, 2015.

4. Коваленко, Н. П. Ресурсная терапия / Н. П. Коваленко. – Санкт-Петербург: Петрополис, 2023.

5. Попов, А. Д. Метаболический синдром в период беременности и родов / А. Д. Попов. – Пермь, 2009.

Плистик О.
музыкант, голосотерапевт,
автор Интегративной голосотерапии
г. Санкт-Петербург, Россия

ИНТЕГРАТИВНАЯ ГОЛОСОТЕРАПИЯ О СМЫСЛАХ И ЦЕННОСТЯХ

Аннотация: *в статье изложен интегративный подход в голосотерапии и показаны важные смыслы и ценности, на которые опирается этот подход. Голос как внутренняя суть.*

Ключевые слова: *голосовая терапия, интегративные процессы.*

Мне бы хотелось здесь затронуть некоторые смысловые и даже философские основы авторского интегративного подхода в голосотерапии, потому что именно личная философия определяет лицо практики. В данном случае, метода Интегративная голосовая терапия. И, возможно, мои коллеги голосовые терапевты найдут что-то общее в наших основах.

Итак, первый вопрос. Что есть человек? Что есть человек в мире?

Для меня и мир, и вся вселенная, и человек есть звук. То есть это комплекс вибраций, который в наилучшем своём проявлении

является музыкой. Да-да, для меня всё вокруг это музыка, и человек в моём кабинете – тоже музыка. И я – музыка. И любое явление жизни также является вибрационной последовательностью, или музыкой.

Именно поэтому ключевым вопросом метода ИГТ (Интегративная голосовая терапия) стал вопрос: «Как это звучит? Как звучит твоё состояние? Как звучит этот период твоей жизни? Как для тебя звучит этот человек? Как звучит этот процесс? Как звучит твоя нога? Как звучат твои отношения с партнёром?» и т. д.

Обычно, рассматривая то или иное явление, мы пытаемся о нем рассказать словами, объяснить. Либо описать метафорически, образно (и это уже ближе к звуку). В арт-терапии мы можем видеть, как на те же вопросы ответ даётся с помощью рисунка, глины, танца, цвета, движения, музыки.

Что именно нам даёт голос в данном случае? Во-первых, голос всегда «под рукой». И даже если у нас нет возможности выдавать звук наружу, мы всегда можем внутренним слухом услышать внутренний звук. Нам не нужны специальные условия (бумага, краски, глина, пространство для движения, музыкальный инструмент).

Во-вторых, звук голоса является в десятки раз более богатым «скрином» любого явления, чем слово. Помните знаменитую фразу Тютчева «мысль изречённая есть ложь?» Мысль не есть ложь в полной мере, но слово всегда меньше, чем явление. Запихивая себя, отношения, процессы в узкую коробочку слов мы обрубаем огромное количество дополнительных под-смыслов и оттенков. А когда просто звучим без слов – в этом гораздо больше может быть правды. Порой неожиданной, потому что словами иначе бы получилось.

В-третьих, звук как одна из самых ранних модальностей человеческого развития (слух/голос и обоняние – это самые древние наши сенсорные этажи) в мгновение ока переносит нас, как на лифте, в такие уровни бессознательного, куда словами мы бы никогда не дошли, либо шли многие и многие месяцы, а порой и годы.

Например, стоит вам начать напевать какую-то мелодию или услышать/издать звук, похожий на то, что был когда-то (например, в раннем детстве), и вы уже там, мгновенно, без специальных «подготовительных процедур».

То есть, голос (звук) «обходят» наш привычный контролирующий ум с его защитами и напрямую попадают куда-то очень

глубоко внутрь. Где самая суть процесса слышна. Поэтому искренность и честность звука несоизмерима со словами. В этом дар звука. И «опасность» звука: быстро, глубоко и честно посмотреть внутрь себя нужно решиться.

«Не держи в себе» – этот простой и юмористичный посыл, сказанный главным героем в известном мультике «Шрек», является одним из фундаментальных принципов ИГТ. Когда мы «держим в себе», мы складируем множество не выраженного, не высказанного, остановленного движения. Это накапливает внутри огромное напряжение и усталость. «Прозвучивая» по чуть-чуть в течение дня – всё подряд – мы не даём застаиваться внутреннему пространству и напряжение не скапливается.

Мы подходим ко второму философскому вопросу. Что есть ГОЛОС ЧЕЛОВЕКА?

Обычно при вопросе о собственном голосе люди говорят про «инструмент проявления», или что-то беспокоящее или отвергаемое («нет голоса», «ком в горле», «противный голос»). В википедии находим определение голоса (лат. vox) как «способность человека издавать звуки при разговоре или пении». То есть голос – это нечто для издавания звуков.

Если мы посмотрим на логопедию, фонопедию, фониатрию, и традиционную вокальную педагогику, мы везде обнаружим «инструментальное» отношение к голосу. Голос – это инструмент, который нужно развивать, или настраивать, или чинить. Это хорошо, и я никак не умаляю ценность такого взгляда. И всё же, как психотерапевт и музыкант я предлагаю другой ракурс. И он проявляется в одной из ключевых практик метода ИГТ – практике «Я – голос».

Скажите себе лишь на мгновение: Я – ГОЛОС. Что изменится в ощущениях? Когда студенты моих учебных программ делают эту практику, она вызывает бурю чувств, а для многих становится краеугольной во взгляде на себя и свои отношения с голосом.

Мы все привыкли к некоторому объектному отношению к себе, и от себя к другим. Для нас мы в мире и всё, что вокруг нас в мире – это объекты внимания и взаимодействия. Тело – это то, что мы кормим, лечим, тренируем, одеваем. Дети, партнёры, друзья, коллеги, просто люди. Это отношение, которое в философии Мартина Бубера определено как «Я – ОНО». Я и что-то другое/кто-то другой.

Очень редко, в какие-то моменты озарения мы можем спонтанно выйти на отношение «Я – ТЫ». Представьте себе такую картину: вы идёте по лесу, и вдруг у вас возникает желание подойти к дереву и коснуться его. И вот вы подходите и прикасаетесь к дереву. И в какой-то момент у вас чёткое ощущение: дерево тоже касается вас в этот момент!

И это совсем другое отношение и чувство. Мы больше не разделены, я и мир – это одно целое, и мир со мной разговаривает. Другой человек – это не объект, а тонкие струны души, которые трогают мои струны, и мы вместе созвучны в пространстве момента, который тоже звучит. Это уже моя звуковая интерпретация идеи Бубера, как вы понимаете.

Что же тогда ГОЛОС? Это живое существо, живая суть, духовная и одновременно материальная субстанция, которая хочет диалога. И в таком диалогическом взаимодействии у нас уже совсем другие УШИ, мы иначе слышим. Не качества для развития и исправления (напряжение связок, мышечный тонус, задранная позиция, гнусавый тембр, тихий звук или что-то подобное), а голос внутренней сути.

Голос отражает все внутренние процессы человека на физическом, эмоциональном, ментальном и духовном уровне. И, возможно, ещё на каких-то уровнях, которые мы пока даже определять не научились. Голос – это мгновенный синтезирующий ретранслятор сути явления – человека, события, процесса.

И в диалоге присутствуют как минимум два голоса: это Я-голос, и Ты-голос. Когда мы вырабатываем в себе такое качество слушания, то оно всё меняет. Мир начинает с нами разговаривать голосами других людей и голосами событий, голосами леса, воды, голосами произведений искусства и духовных пространств. И, главное, мы тоже начинаем разговаривать с миром!

Так мы приходим к одной из фундаментальных идей ИГТ – идеи об основном тоне, который несет в себе каждый человек и каждое явление в мире. Подобно тому, как у инструментов, имеющих строй, есть основной тон, так и у человека, у его души есть основной тон, неизменный и ясный, который как камертон настраивает весь внутренний «звукоряд» проявлений, действий, смыслов.

И этот «основной тон» не нота музыкальной гаммы. Это символическое пространство, которое мы можем раскрыть постепен-

но, но, возможно, оно не воспроизводимо человеческим голосовым аппаратом.

При таком векторе внимания становится понятным, что голосовая психотерапия (по крайней мере, в моей версии) это нечто большее, чем налаживание качеств самого голоса, и даже если работа идёт с голосовой психосоматикой, то в конечном итоге мы идём в сторону Голоса внутренней сути, как ключевому внутреннему явлению. Всё остальное – следствие утраты контакта с этим основным тоном.

Таким образом, ИГТ э– то синтетический метод, в котором доминирует экзистенциальный, даже духовный аспект как центральный смысл психотерапевтической работы. Голос – это экзистенциальная данность человека, такая как жизнь, любовь, одиночество, смерть, душа. Поэтому человек, живущий с убеждением «у меня нет голоса» для меня человек, не имеющий доступа к своему основному тону, то есть находящийся внутри себя далеко от СЕБЯ.

И когда подобное убеждение слетает и рассыпается в процессе работы и человек вдруг впервые слышит себя как он/она есть, без попытки что-то наладить, оценить или исправить, случается ЧУДО. Проявляется ГОЛОС. Сначала довольно слабо, еле заметно, как нежный росток под снегом. И всё же, живой, вибрирующий, мощный своей жизненной сутью.

Список литературы

1. Бубер, М. Я и Ты / М. Бубер. – Лондон: Penguin books, 2023.

2. Пирозерская, Н. От интуиции к знанию / Н. Пирозерская. – Санкт-Петербург, 2009.

3. Плистик, О. Точка покоя / О. Плистик. – Екатеринбург: Ridero, 2023.

4. Коваленко, Н. П. Ресурсная голосотерапия / Н. П. Коваленко. – Санкт-Петербург: Петрополис, 2023.

Тен А.А.
член Ассоциации развития
перинатальной психологии и медицины
Тен Е.
член Ассоциации развития
перинатальной психологии и медицины

Институт восточной медицины и коррекции
г. Москва, Россия

ИНТЕГРАЦИЯ ЭЛЕМЕНТОВ ВОСТОЧНОЙ МЕДИЦИНЫ В РЕСУРСНУЮ ТЕРАПИЮ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Аннотация: *в условиях роста числа психосоматических расстройств, обусловленного увеличением воздействия стрессовых и неблагоприятных факторов окружающей среды, возрастает актуальность поиска эффективных и комплексных терапевтических подходов. В работе проводится анализ методов ресурсной терапии с интеграцией элементов восточной медицины и их эффективности в коррекции психосоматических пасстройств. Описаны механизмы влияния, включая модуляцию вегетативной нервной системы и снижение уровня тревожности.*

Ключевые слова: *стресс, психосоматические расстройства, ресурсная терапия, традиционная китайская медицина, хронические болевые синдромы, интегративные методы.*

Возрастающая распространённость психосоматических расстройств в современном обществе тесно связана с влиянием хронического стресса и возрастающей социальной дестабилизацией. Данные факторы способствуют развитию как функциональных соматических нарушений, так и дезадаптации психоэмоционального состояния. Что требует комплексного подхода к личности и необходимости поиска новых терапевтических решений. В данном случае перспективным направлением представляется использование методов ресурсной терапии с интеграцией элементов восточной медицины. Данный подход способствует активации внутренних адаптационных механизмов, восстановлению вегетативного баланса и усилению устойчивости личности. Это позволит расширить диапазон методов немедикаментозной коррекции и

может существенно повлиять на расширение спектра доступных специалистам стратегий для восстановления соматического и психологического здоровья населения.

Цель исследования – разработать и оценить эффективность гибкой адаптивной терапевтической модели, сочетающей принципы ресурсной терапии Н. П. Коваленко и методы традиционной восточной медицины, с последующей оценкой её эффективности в перспективы.

Для достижения этой цели необходимо рассмотреть основные методы ресурсной терапии, оценить их эффективность, исследовать возможности интеграции восточных практик в данном подходе и проанализировать их совместное влияние на психоэмоциональное состояние клиентов.

Телесно-ориентированная терапия является значимым направлением психотерапии, основанным на взаимосвязи тела и психики. Этот подход присутствовал в работах В. Райха, который утверждал, что эмоциональные переживания фиксируются в теле в виде мышечного панциря и способствуют психоэмоциональным нарушениям. Современные телесно-ориентированные методы, такие как биоэнергетический анализ А. Лоуэна, развивают эти идеи, предлагая техники для высвобождения подавленных эмоций через работу с телом. Ключевые принципы этого подхода соответствуют и понятиям ресурсной терапии: внимание к дыханию, движению и чувствованию тела.

В соответствии с подходом ресурсной терапии профессора Н. П. Коваленко, психосоматические расстройства представляют собой систему, в которой невозможно определить точную границу между телесными и эмоциональными проявлениями недомогания. В основе патологии лежит сочетание эмоциональных состояний, дисфункция вегетативной нервной системы, хроническая усталость, накопленный стресс и нарушение суточных биологических ритмов, инстинктопатия. Также следует учитывать, что на разных стадиях заболевания может доминировать та или иная дисфункция – от эмоциональной лабильности на ранних этапах до выраженных соматических симптомов в хронической фазе. Исследования в сфере психосоматических соотношений длительное время сосредоточены на изучении степени влияния различных эмоций на процесс возникновения заболеваний, степени выраженности симптомокомплексов и перспективы выздоровления. В частности,

доказано, что клиенты с хроническими формами психоэмоциональных расстройств часто имеют повышенный уровень кортизола в крови, что является устойчивым биохимическим маркером активации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси и длительного стресса. Это подтверждает гипотезу о значительной роли длительного психоэмоционального напряжения в патогенезе таких заболеваний. Например, исследования показали, что концентрация кортизола в сыворотке крови у клиентов с аффективными расстройствами до начала фармакотерапии статистически значимо выше, чем у психически здоровых лиц, что указывает на усиление активности гипоталамо-гипофизарно-адреналовой оси в условиях психотравмирующей ситуации [1]. Такое глубокое понимание патогенеза подчёркивает важность и необходимость комплексной терапии с помощью немедикаментозных методов, поддерживающих саморегуляцию организма.

Хорошо, в данном случае зарекомендовала себя работа с внутренними состояниями и активация позитивных ресурсов с использованием методов ресурсной терапии. Терапевтический подход основан на развитии у клиентов интроспективных навыков, таких как мониторинг соматических ощущений и аффективных реакций. В процессе терапии одним из ключевых аспектов является способность клиента отслеживать свои ощущения и динамику эмоционального состояния, развивать и закреплять положительные переживания, трансформируя внутренние процессы через взаимодействие с вегетативной системой. Это подчёркивает значимость осознания и выражения эмоций в процессе терапии и может существенно повлиять на эмоциональное состояние, формирование устойчивых паттернов позитивного эмоционального реагирования и снизить выраженность психосоматических заболеваний.

Стоит также отметить, что описанные принципы работы находят параллели в исторически сложившихся системах холистического подхода к здоровью. Несмотря на различие терминологии, можно отметить сходство: в практике традиционной восточной медицины и в ряде современных психотерапевтических методов ключевое значение придаётся поддержанию внутреннего баланса, гармонизации взаимодействия ментальных и телесных процессов, а также активации природных механизмов восстановления и саморегуляции. Такой интегративный, целостный подход способствует сближению современных научных концепций и многове-

ковых традиций, усиливая эффективность вмешательств в сфере психосоматической терапии.

Восточная медицина основывается на философских принципах гармонии, а также на концепции пяти первоэлементов и течении энергетических каналов, определяющих взаимосвязь между внутренними органами и физиологическими процессами организма. Центральное значение в восточном подходе придаётся поддержанию энергетического и эмоционального баланса, нарушение которого рассматривается как причина развития различного рода заболеваний. К основным оздоровительным методам в восточной медицине, исходя из её философии, относятся акупунктура, массаж активных точек, моксотерапия и прогревание, фитотерапия, оздоровительная гимнастика цигун и медитация. Современные клинические исследования подтверждают потенциал этих методов, указывая, что, способствуя высвобождению эндорфинов, акупунктура помогает снизить уровень тревожности и улучшает эмоциональное состояние, а дыхательные и медитативные практики повышают стрессоустойчивость и саморегуляцию организма.

Согласно данным Американской ассоциации телесно-ориентированной терапии, 78% клиентов отмечают улучшение семейных отношений после применения телесных методов, что подчёркивает их эффективность. Вместе с тем, научная валидность и объективные границы применения восточной медицины требуют дальнейшего изучения, а интеграция традиционных методов должна базироваться на принципах доказательной медицины. Однако, объединение восточного подхода и ресурсной терапии предоставляет клиентам возможность не только справляться с симптомами, но и качественно повышать свой уровень жизни. В данном случае консультирование играет ключевую роль в формировании долгосрочного терапевтического альянса между клиентом и специалистом.

На этапе консультирования производится оценка физического и психоэмоционального состояния клиента, уточнение ожиданий в зависимости от поставленных целей, анализируется система социальной поддержки. Диагностируется ресурсный профиль пациента. В процессе осмотра уделяется особое внимание разъяснению потенциальных рисков и преимуществ, а также обсуждению альтернативных вариантов терапии. Разработка терапевтической стратегии включает в себя определение критериев эффективности на каждом

этапе лечения. Также, консультирование обеспечивает поддержание конфиденциальности, безопасность и уважительное отношение к автономии личности клиента. При возникающей необходимости в процессе терапии может потребоваться взаимодействие с другими специалистами, для достижения оптимального результата.

В результате проведённых исследований и анализа имеющихся вышеупомянутых данных в рамках настоящего исследования была создана уникальная методика, получившая название «Остеоакупунктура». Она представляет собой органичный синтез принципов восточной медицины и психологических методик. В основе этого метода лежит работа с психоэмоциональным и духовным состоянием человека путём влияния на тело через систему меридианов, стимуляцию определённых точек и техники, способствующие саморегуляции сознания.

В рамках применения ресурсно-ориентированной терапии с использованием методик восточной медицины рассмотрен клинический случай женщины средних лет, длительно страдающей от хронической боли в спине. Применяемые ранее способы лечения, включая приём лекарственных препаратов и сеансы массажа, давали только кратковременное улучшение состояния, не устраняя причины жалоб. Проведённая диагностика с опорой на принципы корейской и китайской медицины позволила выявить чрезмерное напряжение в энергетических каналах, соответствующих тонкому кишечнику и печени. Согласно восточной традиции, меридиан тонкого кишечника ассоциируется с процессом дифференциации значимого и несущественного, как поля личных принципов, а также с аккумуляцией скрытых эмоциональных реакций – таких как гнев, внутренний протест, непреклонность, возмущение несправедливостью. Что касается меридиана печени, то он тесно связан с планированием и течением эмоциональных процессов; его дисбаланс часто проявляется через стрессовые переживания и подавленное раздражение. В ходе беседы с испытуемой, удалось установить, что она пребывает в состоянии длительного психоэмоционального напряжения, обусловленного её профессиональной деятельностью. Конфликты с руководством и внутренние противоречия относительно будущего места работы приводили к хронизации стрессовых реакций в организме. Женщина испытывала значительную привязанность к своей профессиональной ро-

ли и неуверенность в принятии решения о смене места работы, что усугубляло внутренний конфликт.

Терапевтическая работа включала подбор акупунктурных точек на конечностях, направленных на регуляцию указанных меридианов, а также использование микроигл и тейпирование для деликатной стимуляции энергетических каналов. Дополнительно применялись элементы вербальной поддержки: дыхание, а также были применены словесные формулы саморегуляции, помогающие осознанно выразить и проработать подавляемые эмоции. На момент следующей консультации было зафиксировано заметное уменьшение болевых ощущений и улучшение эмоционального фона. Женщина отметила снижение уровня конфликтности и смогла по-новому взглянуть на сложившуюся ситуацию, осознав, что основной причиной её дискомфорта была не готовность идти на компромисс, а не внешние факторы. Выражение лица стало спокойным и умиротворенным, повысился уровень социализации.

Данный пример наглядно демонстрирует, как психоэмоциональные противоречия могут проявляться через физические симптомы, и подчёркивает эффективность комбинированного применения ресурсной терапии и восточных медицинских практик для восстановления гармонии между психическим и физическим состоянием человека. Воздействие на определённые акупунктурные точки позволяет трансформировать эмоциональные реакции посредством регуляции вегетативной системы, что способствует уменьшению проявлений психосоматических расстройств.

В другом клиническом случае коррекционной работы с мужчиной средних лет, занимающего должность менеджера, был зафиксирован комплекс жалоб, включавший постоянную усталость, нарушение сна и эпизоды сжимающей боли в области груди. Он отмечал зависимость своего самочувствия от уровня стресса на работе: жалобы усиливались в периоды повышенной нагрузки и ответственных проектов. Важно отметить, что пациент уже проходил традиционное лечение у терапевта и кардиолога, в ходе которого не были выявлены органические нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы и других внутренних органов. Применение стандартных медикаментозных схем и физиотерапии не принесло значимого облегчения – улучшения были кратковременными и нестойкими. В связи с этим было принято решение о

дополнительной диагностике с применением принципов восточной медицины.

Проведённая диагностика с опорой на принципы восточной медицины выявила нарушение баланса в меридиане сердца, который традиционно ассоциируется с управлением эмоциональным состоянием, способностью испытывать радость и находить личностный смысл в событиях жизни. Соматический компонент проявился в виде напряжения в области грудной клетки, периодических ощущений «давления», усиливающихся на фоне волнения или усталости. Дополнительная психологическая диагностика выявила высокий уровень профессионального стресса, связанный с неспособностью устанавливать личные границы в рабочем коллективе, регулярными конфликтами с коллегами и страхом потерять работу. Устойчивая тенденция к избеганию прямого выражения собственных потребностей и накопление обиды способствовали формированию психосоматических симптомов и снижению общей жизненной удовлетворенности. Таким образом, данный случай демонстрирует тесную взаимосвязь между психоэмоциональными нагрузками, дисбалансом в системе энергетических меридианов и развитием типичных психосоматических нарушений, требующих интегративного терапевтического вмешательства.

В процессе терапии использовались методы, нацеленные на восстановление баланса в меридиане сердца, включая воздействие на соответствующие точки акупунктуры на запястьях и стопах. Параллельно клиент осваивал дыхательные техники и приёмы психологической саморегуляции, что помогло ему осознанно разобраться с внутренними противоречиями. Во время сеансов особое внимание уделялось проговариванию установок, которые помогали принять собственные решения и избавиться от эмоциональных блоков. Спустя неделю после начала терапии клиент отметил значительные изменения: исчезновение чувства усталости, нормализацию сна и полное устранение болевого синдрома в груди. Кроме того, наблюдалось улучшение качества жизни: клиент научился делегировать рабочие задачи, снизился уровень внутреннего напряжения, появилось время для индивидуальных интересов и хобби. Данный клинический случай ярко иллюстрирует не только эффективность комплексного подхода, интегрирующего акупунктурные и психотерапевтические методы, в решении психосоматических проблем, но и даёт представление о значительном сокращении времени

наступления терапевтического эффекта. Воздействие на биологически активные точки меридиана сердца способствовало восстановлению эмоционального баланса, активации процессов саморегуляции, что, в свою очередь, благоприятно сказалось на психологическом состоянии и общем самочувствии клиента.

За последний год применение данного практического подхода продемонстрировало устойчивые положительные результаты и отчетливую положительную динамику в состоянии клиентов. В связи с этим, хотелось обратить внимание на то, что перспектива включения восточных методик в арсенал инструментов терапии обещает значительно обогатить подходы к профилактике и терапии психосоматических расстройств.

Повышение интереса к немедикаментозным и комплексным подходам, а также накопление научных данных о безопасности и результативности таких методов, как акупунктура, медитация и дыхательные практики, создают предпосылки для их более широкого использования в системе профилактики и оздоровления населения. В ряде стран Восточной Азии подобные методики уже получили официальное признание и стали неотъемлемой частью системы оказания медицинской помощи. В то же время в западных странах активно развиваются междисциплинарные научные проекты и проводятся пилотные программы, цель которых – интегрировать восточные практики в психотерапевтическую и соматическую медицину.

Внедрение данных подходов требует стандартизации протоколов, междисциплинарного сотрудничества специалистов, повышения уровня образовательных программ и дальнейших исследований по доказательной базе эффективности. Подобный комплексный подход позволит не только расширить арсенал терапевтических инструментов, но и разработать персонализированные стратегии лечения, учитывающие индивидуальные особенности каждого клиента. Это особенно важно в свете того, что проблема хронических психосоматических заболеваний продолжает набирать обороты. Перспективы применения этих стратегий связаны не только с большей эффективностью и профилактикой рецидивов, но и с укреплением биопсихосоциальной парадигмы современной медицины. Тем не менее, чтобы эти направления получили должное развитие, необходимо добиться их официального признания на институциональном уровне, существенно пополнить базу научных

доказательств их эффективности, повысить квалификацию специалистов и разработать стандарты оказания интегративной помощи.

Список литературы

1. Тезисы XVI Съезда психиатров России: Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы» // Министерство здравоохранения РФ, Российское общество психиатров, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева [и др.]. – Санкт-Петербург: Альта Астра, 2015. – URL: https://vital.lib.tsu.ru/vital/access/services/Download/vtls:000577814/SOURCE1

2. Восстановительная терапия больных бронхиальной астмой: в фокусе дыхательная гимнастика с экспираторным сопротивлением / С. Н. Алексеенко, Э. В. Чурюкина, О. П. Уханова [и др.] // РМЖ. Медицинское обозрение. – 2024. – Том 8. № 3. – С. 143–149.

3. Белялов, Ф. И. Достижения, проблемы и перспективы психосоматической медицины / Ф. И. Белялов // Психосоматические и соматоформные расстройства в современной клинической практике: сборник материалов II межрегиональной конференции. – Иркутск, 2006. – С. 10–13.

4. Дугаржапов, Т. Минздрав РФ дает «зеленый свет» восточной медицине / Т. Дугаржапов // Новая Бурятия. – 2018. – № 6. – С. 8.

5. Коваленко, Н. П. Ресурсная терапия (в семейном консультировании) / Н. П. Коваленко. – Санкт-Петербург: Петрополис, 2022.

6. URL: https://fcm-berlin.de/wp-content/uploads/2023/09/Update_Homepage RUSSISCH_Prof.Bigalke.pdf (дата обращения: 01.09.2025)

7. Эффективность иглоукалывания при тревожном расстройстве: систематический обзор и метаанализ рандомизированных контролируемых исследований / Xy. Yang, Nb. Yang, Ff. Huang [etc] // Энн Ген Психиатрия. – 2021. – No. 20, 9.

8. Коваленко Н. П. Активизация психологических ресурсов в психотерапии аддиктивных и невротических расстройств / Н. П. Коваленко // Сборник статей АРППМ. – Санкт-Петербург: Издательство БГИ, 2025.

9. Лукьянченко, Н. В. Психотехническая методика снижения негативных эмоциональных переживаний и высокой тревожности / Н. В. Лукьянченко.

10. Центр восточной медицины: интеграция традиционной медицины и практического здравоохранения / А. К. Михеева, А. И. Бартанов, Б. С. Сариева, Е. А. Бартанова // Практика. – 2011. – № 1 (1).

11. Мосунова, К. А. Применение медитаций и арт-терапевтических практик для гармонизации психоэмоционального состояния / К. А. Мосунова // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. – 2025. – Том 14. № 4А. – С. 70–75.

12. Парцерняк, С. А. Психологическая помощь в аспекте интегративного подхода к диагностике и лечению заболеваний / С. А. Парцерняк // Материалы к проекту «VI Научно-практическая конференция «Комплексная помощь в образовании и здравоохранении». – Санкт-Петербург, 2016. – URL: http://psy.su/psyche/projects/1928/

13. Тумасова, Е. Р. Процессы интеграции в области психотерапевтической практики / Е. Р. Тумасова // Системная интеграция в здравоохранении. – 2017. – № 5 (35). – URL: www.sys-int.ru

Соломина В.Г.
психолог НКО
Ассоциации развития перинатальной
психологии и медицины
«Здоровая семья»
г. Новосибирск, Россия

ПРИМЕНЕНИЕ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОГО КОМПЛЕКТА РЕСУРСНОЙ ТЕРАПИИ В СЕМЕЙНОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ

Аннотация: *в статье описывается результаты применения психодиагностического комплекса ресурсной терапии (Коваленко Н. П.) в семейном консультировании, возможности диагностического комплекса в выявлении психосоматических отягощений в семейных отношениях.*

Ключевые слова: *ресурсы человека, перинатальная травма, инстинктопатия, психосоматическое отягощение.*

В настоящее время особенно актуальна тема поддержания человека в устойчивом ресурсном состоянии. Ситуация в мире, нестабильность в стране, избыток негативной информации СМИ и в социальных сетях, дефицит общения создают негативный эмоциональный фон настроения. Ежедневные попытки ввести человека в панику еще больше снижают иммунитет, длительное действие стресса переходит в хроническую форму, накапливается дистресс, снижение способности организма адаптироваться, самовосстанавливаться – все это приводит к потере здоровья. Управлять контролировать эмоции человеку становится все сложнее.

Особенно большие нагрузки на психику испытывают беременные, молодые семьи с детьми, пожилые люди, страдающие тяже-

лыми хроническими и онкологическими заболеваниями. Ресурсный подход в консультировании становится очень актуальной методикой современной психотерапии. Ресурсная терапия молодая, динамично развивающаяся методика. Благодаря клиническим наработкам врачей и психологов АРППМ, таланту, энергии автора – ученого, профессора Н. П. Коваленко, постоянно дополняется новыми важными наработками, методологиями, идеями. к конкретному психосоматическому осложнению.

Наше исследование по теме: «Применение ресурсной диагностики в семейном консультировании» проходило под руководством профессора Н. П. Коваленко на базе БГУ (факультет Психологии) и посвящена изучению эффективности Ресурсной диагностики (РД). Целью исследования было выявление причин психосоматического отягощения (ПСО). Практическая часть посвящена изучению и анализу особенностей диагностики показателей терапевтической группы с разными психосоматическими отягощениями (ПСО). В данной дипломной работе выявили общие закономерности показателей диагностики у лиц с конкретной психосоматической патологией. Было составлен и описан план ресурсной терапии каждого пациента с учетом особенностей личности, ресурсного состояния на момент исследования.

Цель исследования.

1. Практически применить диагностическую программу РТ разных категорий пациентов на примере конкретной терапевтической группы из 6 человек.

2. Проанализировать результаты диагностики и выявить общие тенденции, влияющие на причины психосоматической патологии двух групп пациентов с разными ПСО.

1. Группа: женщины с диагнозом бесплодие (3 чел.).

2. Группа: женщины с детьми до 5лет в ситуации развода (3 чел.).

3. Разработать план ресурсной терапии для пациента на примере одного участника группы.

4. По результатам исследования сделать выводы о возможности и особенностях диагностики и применения методики РТ в практике семейного консультирования.

1. Описание группы №1 Женщины ПСО «Бесплодие».

Возраст 32–38 л. 3 человека.

Согласно принципам РТ (ресурсной терапии), бесплодие может быть результатом инстинктопатии, перинатальной травмы, несформированной доминанты материнства (или невротичной ДМ). Это может проявляться как активизация 1ИСС (инстинкт самосохранения) во спасение женщины от накопленных эмоциональных травм и наследственных и хронических заболеваний. Психогенное Бесплодие требует, прежде всего, терапию травматичного опыта и активизацию ресурсного потенциала. Так же необходима активизация ресурсов в семейной системе и мужа, и женщины. В Ресурсной терапии работаем и с генетической памятью, компенсируя потери ресурсов. Согласно этим принципам, мною проведена полная диагностика группы из 13х человек с диагнозом Бесплодие по методике профессора Н. П. Коваленко.

Для примера приведем некоторые параметры участницы группы №1. ПСО «Бесплодие». Возраст 32–38л. Диагнозы поликистоз яичников и вторичное бесплодие.

Результат теста ПП-РП (перинатальная память – ресурсный потенциал) выявил наличие шлейфа травмы рождения, основная причина потери базовых ресурсов.

Подобный результат и у 7 участниц экспериментальной группы.

Формирование здоровых стратегии материнства зависит от первичного эмоционального опыта в родной семье, сформированности семейных ценностей. Причина низких показателей у испытуемых по инстинкту гармонии – это по тесту ИП-РП наличие жесткоких или неэмоциональных отношений в семье, неудовлетворенность воспитанием и взаимоотношениями с родителями.

Особенность испытуемых – физическая слабость, тревожность, неуверенность – результат травмы рождения.

Выводы. Можем предположить, основной причиной потери ресурсов базовых инстинктов (2ИПР – инстинкт продолжения рода) репродукции и формирования бесплодия в данной группе – это наличие перинатальной травмы. ПЭСС (патогенные эмоции в семейной системе) в период взросления усиливают формирование ПСО (психосоматического отягощения), приводят к разбалансированию психофизиологии.

Основные причины ПСО в данной группе являются: неосознанность, незрелая концепция личности, недостаток любви, травматичный эмоциональный опыт в детстве и в период взросле-

ния, накопленные ПЭСС привели к снижению качества эмоционального фона и кризису семьи, снижению самооценки (лидерского инстинкта), осложнению формирования зрелой родительской роли.

В нашем исследовании подробно описаны результаты диагностики в каждой группе. По результатам исследования составили программу восстановления Ресурсов поэтапно в течении 1 года.

Таблица

План ресурсной терапии

Группа №1 «Бесплодие»	Группа №2 «Разводы»
1. Ресурсная-АРТ терапия. Цель: Инициация ресурсов ИР1, 2, 4, 5. Начать терапию с 5ЛИ, укрепить самооценку, Я-концепцию. Пройти полный курс РТ, отработать ПСБ в обл. груди. Я-Мама, Я-папа (дедушка). 2. Инсталляции. Цель восстановить утраченные ресурсы, компенсировать зоны напряжения ПСБ в области груди Я-Мама, Я-папа (дедушка). 3. Дыхательная терапия. 4. Голосотерапия 5. Рефлексотерапия. Тренинги расслабления. 6. Ресурсные тренинги для формирования навыков управления эмоциями	1. Ресурсная-АРТ терапия. Цель: Инициация ресурсов ИР3, 5, 6, 7. Начать терапию с 3ИГ и 5ЛИ, укрепить самооценку. Пройти полный курс РТ, отработать ПСБ в обл. груди. Я-Мама, Я-папа, поднять уровень всех ресурсов для адаптации и кризиса семьи. Через творчество активировать 3ИГ. 2. Инсталляции. Цель поднять уровень самоценности, компенсировать зоны напряжения ПСБ в области груди Я-Мама, Я-папа. Сублимировать напряжение в раскрытие ресурсов для улучшения самоощущения, улучшения динамики отношений в ситуации развода. 3. Дыхательная терапия. 4. Голосотерапия 5. Рефлексотерапия. Тренинги расслабления. 6. Ресурсные тренинги для формирования навыков управления эмоциями

Выводы.

Модель диагностики Ресурсной терапии позволяет эффективно.

1. Рассмотреть общую картину возможностей адаптации человека, учитывая индивидуальные особенности, текущие обстоятельства.

2. Найти причину сбоя всей системы психосоматики конкретного ПСО.

3. Выявить локализацию самой острой проблемной зоны, ПСБ (психосоматический блок).

4. Составить план РТ для перенастройки всей системы с помощью индивидуального подбора методик РТ.

Цель РТ помочь адаптировать организм человека и его личность к новым задачам и успешной реализации в новых ролях (супружество, родительство и др.). Выявленные перепады показателей в профиле инстинктов, инстинктопатия в обеих группах, приводят к значительному снижению качества эмоциональной сферы, создают сложности коммуникаций, ведут к конфликтам в семье, снижению репродуктивных потенциала и разводам. Поэтому ресурсодефицит важно и полезно своевременно обнаружить и восполнять, в том числе с помощью авторских методик ресурсной терапии профессора Н. П. Коваленко.

Применение модели инстинктов как ресурсов (Н. П. Коваленко) помогает видеть не только патологию и ограничения человека, а его возможности и перспективы развития. При таком подходе к болезни и дисфункции мы опираемся на новое мировоззрение, позитивно ориентированное по отношению к клиенту, подтверждающее его уникальность и неограниченные возможности. Занимаясь общим развитием больного, развивая его ресурсный потенциал, формируется новая реальность, новые силы, новые концепции, которые помогают человеку не только совладать со сложным периодом жизни и его проблемами, но и конструктивно его перестраивать.

Работа с ресурсами – перспективное направление развития психотерапии, которое может применяться в разных клинических и профилактических программах.

Список литературы

1. Гарбузов, В. И. Концепция инстинктов / В. И. Гарбузов. – Санкт-Петербург: Сотис, 2000.

2. Гроф, С. За пределами мозга / С. Гроф. – Москва, 1993.

3. Захаров, А. И. Происхождение детских неврозов и психотерапия / А. И. Захаров. – Москва: Эксмо-Пресс, 2000.

4. Коваленко, Н. П. Перинатальная психология и психотерапия / Н. П. Коваленко // Сборник статей РАППМ. – Санкт-Петербург, 2008.

5. Коваленко, Н. П. Здоровье семьи – здоровье общества с позиции Перинатальной психологии / Н. П. Коваленко. – Санкт-Петербург, 2010.

6. Коваленко-Маджуга, Н. П. Перинатальная психология / Н. П. Коваленко-Маджуга. – Санкт-Петербург: Петрополис, 2010.

7. Коваленко, Н. П. Ресурсная терапия / Н. П. Коваленко. – Санкт-Петербург, 2022.
8. Коваленко, Н. П. Ресурсная арт-терапия / Н. П. Коваленко. – Санкт-Петербург, 2016.
9. Коваленко, Н. П. Ресурсный тренинг / Н. П. Коваленко. – Санкт-Петербург, 2012.
10. Ухтомский, А. А. Доминанта / А. А. Ухтомский. – Санкт-Петербург: Питер, 2019.

Тур Е.Ю.
врач, психосоматолог
Северо-Западный государственный медицинский
университет им. И.И. Мечникова
г. Санкт-Петербург, Россия

ВЛИЯНИЕ ТРАВМИРУЮЩЕГО ДЕТСКОГО ОПЫТА НА ФОРМИРОВАНИЕ ДЕПРЕССИВНОГО ЛИЧНОСТНОГО РАДИКАЛА У ВЗРОСЛЫХ ЖЕНЩИН

Аннотация: *в статье представлен анализ влияния травмирующего детского опыта на формирование депрессивного личностного радикала у взрослых женщин. На выборке была изучена взаимосвязь между неблагоприятными детскими событиями (по шкале ACE–IQ), особенностями перинатального опыта, выраженностью инстинктивных доминант и уровнем депрессии (по шкале HADS). Корреляционный анализ (Спирмен) показал, что сексуальное насилие, эмоциональное пренебрежение и коллективное насилие ассоциированы с повышением уровня депрессивной симптоматики. В то же время исследовательский, альтруистический и доминирующий инстинкты, а также благополучные перинатальные показатели выступают защитными факторами. Выделены три условных типа реагирования на травму: «блокада исследовательской активности», «гипертрофия витального контроля» и «коллапс моральной регуляции». Результаты подчёркивают значение комплексного подхода к изучению депрессивной уязвимости и открывают перспективы для разработки психотерапевтических программ, учитывающих роль раннего опыта и ресурсного потенциала личности.*

Ключевые слова: *травмирующий детский опыт, депрессивный личностный радикал, инстинктивные доминанты, перинатальный опыт, депрессия, психотерапия.*

Введение.

Травмирующий детский опыт (ТДО) является одним из ключевых предикторов формирования широкого спектра психических нарушений. Международные исследования (Felitti et al., 1998; Hughes et al., 2017; WHO, 2016) показали, что кумулятивный эффект ТДО достоверно связан с повышением риска депрессии и тревожных расстройств. В отечественной психологии предложен конструкт «депрессивного личностного радикала» (ДЛР), отражающий устойчивый личностный паттерн с доминированием витальной тревоги и самообвиняющих тенденций.

Цель настоящего исследования заключалась в выявлении взаимосвязей между травмирующим детским опытом, перинатальными факторами, особенностями инстинктивного профиля и выраженностью депрессивного личностного радикала у женщин. Полученные результаты должны способствовать углублённому пониманию механизмов формирования депрессивной уязвимости, а также расширить теоретические и практические основания для разработки психотерапевтических и профилактических программ, направленных на коррекцию последствий ТДО и укрепление ресурсного потенциала личности.

Обзор литературы.

Эпидемиологические исследования ACE показали, что накопленный ТДО повышает риск депрессии и соматических заболеваний во взрослом возрасте. Метаанализы подтверждают дозозависимую связь между количеством пережитых неблагоприятных событий и выраженностью симптоматики (Hughes et al., 2017). Важным фоном является перинатальный опыт, формирующий параметры стрессоустойчивости и эмоциональной регуляции (Barker, 2004). В отечественных исследованиях (Коваленко, 2015) показано, что неблагоприятные перинатальные условия снижают ресурсный потенциал личности.

При этом депрессия в контексте детской травматизации занимает особое место, так как сочетает в себе эмоциональные, когнитивные и соматические проявления. Международные исследования показывают, что лица с историей ТДО имеют в 2–3 раза более высокие показатели по шкалам депрессии, а также более выра-

женные тенденции к хроническому течению заболевания (Widom et al., 2007). В отечественной литературе также подчёркивается, что эмоциональное и физическое насилие, а также пренебрежение основными потребностями в детстве формируют предпосылки для нарушения аффективной регуляции, что в свою очередь повышает риск развития депрессивной симптоматики (Александровский, 2012; Бочаров и др., 2020).

Дополнительным модератором выступают инстинктивные профили: исследовательский и альтруистический инстинкты ассоциируются с когнитивной гибкостью и эмпатией, выполняя защитную функцию, тогда как их снижение повышает уязвимость к депрессии. Влияние ТДО на деформацию инстинктивных программ подтверждается данными о том, что насилие и пренебрежение ограничивают развитие исследовательской активности, свободы и альтруизма.

Обобщая данные литературы, можно выделить несколько ключевых положений. Во-первых, неблагоприятный детский опыт достоверно связан с развитием депрессивной симптоматики, однако выраженность этой связи варьирует в зависимости от совокупности индивидуальных и биографических факторов. Во-вторых, перинатальный опыт является важным фоном, который может усиливать или ослаблять последствия ТДО, формируя базовую стресс-реактивность личности. В-третьих, инстинктивные профили играют роль вегетативных и поведенческих модераторов, способных определять направление и глубину последствий травматизации. Несмотря на растущий интерес к данной проблематике, в отечественных исследованиях отсутствует системный анализ этих взаимосвязей, что и определяет необходимость настоящего исследования.

Материалы и методы.

Объектом исследования выступили женщины с наличием травмирующего детского опыта различной выраженности. Предметом исследования являлись взаимосвязи между показателями неблагоприятного детского опыта, особенностями перинатального развития, инстинктивными доминантами и уровнем депрессивной симптоматики.

В исследовании приняли участие женщины в возрасте от 20 до 55 лет. Использовались методики:

- ACE–IQ (оценка неблагоприятного детского опыта);
- HADS (оценка тревожно-депрессивной симптоматики);
- тест «Перинатальный опыт – ресурсный потенциал» (Н. П. Коваленко);
- тест «Инстинктивный профиль/ресурсный потенциал» (Н. П. Коваленко);
- тест «Доминанты материнства» (Н. П. Коваленко).

Статистический анализ выполнялся с использованием корреляции Спирмена. Значимость устанавливали при $p \leq 0,05$ и $p \leq 0,01$. Для визуализации данных применялись тепловые карты и диаграммы рассеяния.

Таким образом, применённый комплекс методик и методов анализа обеспечил многоплановое изучение объекта исследования, что позволило сопоставить показатели травмирующего детского опыта, перинатальных факторов, инстинктивных профилей и депрессивной симптоматики, а также выявить их взаимосвязи в рамках единой модели формирования депрессивного личностного радикала у женщин.

Результаты исследования.

Анализ полученных данных показал наличие ряда статистически значимых взаимосвязей между показателями неблагоприятного детского опыта, выраженностью депрессивной симптоматики, особенностями перинатального опыта и инстинктивными профилями личности. Установлена отрицательная корреляция между возрастом и уровнем депрессии ($\rho = –0,262$; $p \leq 0,01$). Это указывает на снижение депрессивной симптоматики по мере взросления и накопления опыта совладания.

Среди инстинктивных доминант отрицательные корреляции с уровнем депрессии выявлены для:

- исследовательского инстинкта ($\rho = –0,324$; $p \leq 0,01$);
- альтруистического и гармонизирующего ($\rho = –0,224$; $p \leq 0,05$);
- инстинкта доминирования ($\rho = –0,237$; $p \leq 0,01$).

Более высокая выраженность этих инстинктов ассоциировалась с меньшей уязвимостью к депрессии. Все четыре блока перинатального опыта показали отрицательные связи с депрессией (ρ от –0,201 до –0,298; $p \leq 0,05$–$0,01$), что подтверждает их роль в формировании стрессоустойчивости.

Положительные ассоциации выявлены для сексуального насилия ($\rho = 0{,}216$; $p \leq 0{,}05$), эмоционального пренебрежения ($\rho = 0{,}179$; $p \leq 0{,}05$) и коллективного насилия ($\rho = 0{,}205$; $p \leq 0{,}05$).

Интегративный анализ выделил три условных типа реагирования:

- «блокада исследовательской активности» (снижение исследовательского инстинкта и высокая депрессия),
- «гипертрофия витального контроля» (усиление самосохранения на фоне физического насилия),
- «коллапс моральной регуляции» (снижение альтруистической доминанты при буллинге и эмоциональном пренебрежении).

Интегративный анализ корреляционных матриц позволил выделить несколько устойчивых психоэмоциональных кластеров. В частности, выявлен кластер гипербдительности, включающий показатели витального самосохранения и сексуального насилия, кластер эмоционального дефицита, объединяющий эмоциональное пренебрежение и снижение альтруистической доминанты, а также кластер когнитивного торможения, в котором подавление исследовательского инстинкта сопряжено с семейной аддиктивностью.

Сопоставление индивидуальных профилей позволило провести условную типологизацию стратегий реагирования на травматический опыт. Было выделено три типа: «блокада исследовательской активности», характеризующаяся снижением исследовательского инстинкта и высокой депрессией; «гипертрофия витального контроля», связанная с усилением инстинкта самосохранения на фоне физического насилия; «коллапс моральной регуляции», проявляющийся в подавлении альтруистических и гармонизирующих тенденций у жертв буллинга и эмоционального пренебрежения.

Таким образом, результаты исследования подтвердили, что депрессивный личностный радикал у женщин формируется в результате сложного взаимодействия между неблагоприятным детским опытом, перинатальными факторами и инстинктивными доминантами. При этом перинатальные ресурсы и выраженность исследовательского, альтруистического и доминирующего инстинктов выполняют защитную функцию, тогда как сексуальное насилие, эмоциональное пренебрежение и социальная агрессия усиливают риск формирования депрессивной уязвимости.

Обсуждение результатов.

Результаты подтверждают, что ТДО является значимым фактором депрессивной уязвимости, однако его влияние опосредуется

перинатальными факторами и инстинктивными доминантами. Исследовательский и альтруистический инстинкты выступают психобиологическим буфером, обеспечивающим когнитивную гибкость и эмпатию. Перинатальный опыт задаёт фундамент стрессоустойчивости. Неблагоприятные события, напротив, усиливают гипербдительность и деформируют социальные программы, способствуя закреплению депрессивных паттернов.

Сравнение с международными данными показывает общие закономерности и специфику отечественных исследований: в российской выборке глубже изучено значение перинатальных факторов. Ограничениями исследования являются ретроспективный характер оценки ТДО и ограниченность выборки только женщинами.

Таким образом, обсуждение результатов позволяет утверждать, что депрессивный личностный радикал формируется как итог сложного взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов, где перинатальный опыт и инстинктивные доминанты играют роль модераторов последствий детских травм. Это подтверждает многоуровневую природу депрессивной уязвимости и открывает новые перспективы для интеграции психотерапевтических подходов, ориентированных на ресурсы личности и переработку травматического опыта.

Заключение.

Проведённое исследование позволило подтвердить значимую роль травмирующего детского опыта в формировании депрессивного личностного радикала у взрослых женщин и выявить дополнительные модераторы этой взаимосвязи. Установлено, что такие формы ТДО, как сексуальное насилие, эмоциональное пренебрежение и коллективное насилие, ассоциированы с более высоким уровнем депрессивной симптоматики. В то же время выявлено, что выраженность исследовательского, альтруистического и доминирующего инстинктов, а также благополучный перинатальный опыт выполняют защитную функцию, снижая предрасположенность к депрессивным проявлениям.

Интегративный анализ позволил выделить типологические профили реагирования на травматический опыт («блокада исследовательской активности», «гипертрофия витального контроля», «коллапс моральной регуляции»), что даёт возможность описывать депрессивный личностный радикал не только в терминах

симптоматики, но и через призму устойчивых когнитивно-аффективных и поведенческих паттернов.

Научная новизна работы заключается в том, что впервые в отечественной выборке женщин проведён комплексный анализ взаимодействия трёх ключевых факторов – неблагоприятного детского опыта, перинатальных условий и инстинктивных доминант – в формировании депрессивной уязвимости. Это позволяет рассматривать депрессивный личностный радикал как продукт многоуровневого взаимодействия биологических, психологических и социальных детерминант.

Практическая значимость исследования состоит в том, что полученные данные могут быть использованы при разработке психотерапевтических и профилактических программ, направленных на снижение последствий ТДО. Наиболее перспективными направлениями видятся методы, укрепляющие исследовательскую и альтруистическую активность, техники поведенческой активации и восстановления эмпатии, а также подходы, учитывающие роль перинатальных факторов в формировании стрессоустойчивости.

Перспективы дальнейших исследований связаны с расширением выборки за счёт включения мужчин и других возрастных когорт, использованием лонгитюдных дизайнов, а также интеграцией биопсихологических методов (нейровизуализации, гормональных маркеров стресса) для более детальной реконструкции механизмов формирования депрессивного личностного радикала.

Таким образом, результаты исследования подтверждают актуальность многоуровневого анализа факторов депрессивной уязвимости и задают основу для развития персонализированных программ психотерапевтической помощи женщинам с историей травмирующего детского опыта.

Список литературы

1. Коваленко, Н. П. Ресурсная терапия / Н. П. Коваленко. – Санкт-Петербург: Петрополис, 2023. – 265 с.

2. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study / V. J. Felitti, R. F. Anda, D. Nordenberg [etc.] // American Journal of Preventive Medicine. – 1998. – No. 14(4). – Pp. 245–258.

3. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis / K. Hughes, M. A. Bellis, K. A. Hardcastle [etc.] // BMC Public Health. – 2017. – No. 17(1). – Pp. 1–12.

4. The impact of adverse childhood experiences on health, mental health, and parenting / E. M. Webster, S. West, H. McGowan [etc.] // Journal of Applied Research on Children: Informing Policy for Children at Risk. – 2022. – No. 13(1). – Pp. 1–15.

5. Barker, D. J. P. Fetal origins of coronary heart disease / D. J. P. Barker // BMJ. – 1995. – No. 311(6998). – Pp. 171–174.

6. The fascinating theory of fetal programming of adult diseases / G. Faa, C. Gerosa, D. Fanni [etc.] // European Journal of Clinical Investigation. – 2024. – No. 54(3). – Pp. 13509.

7. Kim, D. R. Prenatal programming of mental illness: current understanding of relationship and mechanisms / D. R. Kim, T. L. Bale, C. N. Epperson // Current Psychiatry Reports. – 2015. – No. 17(9). – Pp. 1–12.

8. Perinatal maternal mental health, fetal programming and child development / A. J. Lewis, M. P. Austin, M. Garland [etc.] // Healthcare (Basel). – 2015. – No. 3(4). – Pp. 1212–1227.

9. Su, Y. Developmental origins of depression – a systematic review / Y. Su // Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 2021. – No. 62(3).

10. Glover, V. Prenatal stress and the programming of the HPA axis / V. Glover, T. G. O'Connor // Neuroscience & Biobehavioral Reviews. – 2002. – No. 26(1). – Pp. 113–128.

11. Shonkoff, J. P. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress / J. P. Shonkoff, A. S. Garner // Pediatrics. – 2012. – No. 129(1). – Pp. 232–246.

Пашаева Т.
канд. психол. наук,
директор уентра «Логос»
г. Баку, Азербайджанская Республика

К ВОПРОСУ О ВКЛАДЕ ПСИХОЛОГО-СОЦИАЛЬНОГО ЦЕНТРА «ЛОГОС» В РАЗВИТИЕ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ КУЛЬТУРЫ АЗЕРБАЙДЖАНА В РАКУРСЕ СОВРЕМЕННЫХ РЕАЛИЙ

Аннотация: *Центр Логос – ведущий психологический центр Азербайджана, имеющий сеть своих подразделений в городах Азербайджана для реализации психолого-социальных программ; осуществляющий, просветительскую и консультативную деятельность.*

Ключевые слова: *методология консультирования, социальные проекты, просвещение населения, научные и методические разработки.*

С марта 2014 года Психологический и речевой центр «Логос» предоставляет услуги народу Азербайджана, заботится о психологическом, педагогическом и логопедическом здоровье населения, завоевав доверие и уважение людей благодаря просветительской деятельности и благотворительным марафонам психологической помощи.

Миссия центра: обеспечение психологического здоровья населения страны и расширение процесса психологического просвещения.

Цель центра: предоставление услуг в области психологии в соответствии с мировыми стандартами, распространение просветительской деятельности в самые отдалённые регионы Азербайджана, увеличение количества филиалов в регионах, превращение центра в ведущий образовательный центр страны по подготовке кадров, а также открытие представительств за рубежом.

Направления деятельности: Услуги для психологического здоровья.

Предоставление психологических и логопедических услуг для всех возрастных групп без ограничений.

Предлагаемые услуги – консультации специалистов: Психолог, Логопед, Педагог, Сенсорная интеграция, Лечебная гимнастика, Лечебный массаж, Тесты на интеллект, внимание и развитие, ВАК-терапия, Арт-терапия, Рефлексология, Программа для лечения заикания, Подготовка к школе, Инклюзивное образование.

Образовательно-методическая деятельность: подготовка и развитие квалифицированных кадров, обучение новым методикам, а также организация курсов повышения квалификации в местных и зарубежных образовательных учреждениях.

Издательская деятельность: издание журналов, книг, учебных материалов и методических пособий, которые играют исключительную роль в просвещении специалистов и родителей.

Международное сотрудничество: психологический и речевой центр «Логос» уделяет большое внимание международному сотрудничеству и ведёт последовательную работу в этом направлении. В центр приглашаются известные профессионалы из

Турецкой Республики и Российской Федерации, обладающие богатым опытом в области психологии. Их тренинги по актуальным психологическим темам полезны не только для сотрудников «Логоса», но и для врачей, работающих в больницах республики, преподавателей университетов и школ, а также психологов.

Центр сотрудничает с Ассоциацией перинатальной психологии и медицины, Ассоциацией позитивной психотерапии, Международным университетом фундаментального образования, Научно-исследовательским институтом имени В. М. Бехтерева (Санкт-Петербург), Институтом перинатальной психологии и ресурсной психотерапии (Санкт-Петербург), Международной академией семьи, Академией повышения квалификации работников образования (Москва), редакцией «Национального психологического журнала» МГУ имени Ломоносова и редакцией газеты «Школьный психолог» (Москва).

Психологический и Логопедический Центр «Логос» с 2014 года предоставляет населению услуги в области психологии, педагогики и логопедии. В Баку центр имеет филиалы в районах Гянджлик, Йени Ясамал, Ахмедли, 28 Мая, Хырдалан, а в регионах – филиалы в Сумгайыте, Гяндже, Барде, Ленкорани и Кубе, где работают профессиональные, высококвалифицированные специалисты, занимающиеся коррекционной деятельностью.

С момента основания центр заслужил признание среди населения и активно работает в области психологического, логопедического и педагогического обучения. В рамках сотрудничества с местными и зарубежными учебными заведениями центр регулярно организует масштабные конференции, мероприятия, учебно-методические тренинги, а также программы стажировки для студентов вузов.

Главной целью центра является обеспечение психологического здоровья населения страны и расширение процесса психологического просвещения. С первых лет своей деятельности центр организовывает бесплатные поездки в регионы, где население нуждается в психологической поддержке, проводя бесплатные консультации и тренинги с участием профессиональной команды специалистов.

Объединяя разнообразные услуги в одном месте, Психологический и Логопедический Центр «Логос» создает удобные условия для обратившихся и предлагает качественные услуги в следующих направлениях: психолог, логопед, педагог, сенсорная интеграция,

рефлексология, программа лечения заикания, лечебная гимнастика, лечебный массаж, подготовка к школе, инклюзивное образование, тесты на развитие интеллекта, биоакустическая коррекция, нейрофидбек и другие.

Центр также занимается выпуском журналов, книг, печатных материалов, а также разработкой и продажей соответствующих учебных пособий, играя исключительную роль в процессе просвещения специалистов и родителей в области психологии.

«Логос» придает большое значение международному сотрудничеству и ведет активную работу в этом направлении. В центр приглашаются всемирно известные профессиональные специалисты из Турецкой Республики и Российской Федерации, обладающие богатым опытом в области психологии. Их тренинги по актуальным темам посещают не только сотрудники «Логоса», но и врачи, преподаватели вузов и школ, а также психологи, работающие в республике.

Центр сотрудничает с Ассоциацией Позитивной Психотерапии, Международным Университетом Фундаментального Образования, Научно-Исследовательским Центром Невропсихологической Психиатрии имени В. М. Бехтерева, Институтом Перинатальной Психологии и Ресурсной Психотерапии Санкт-Петербурга, Международной Академией Семьи, Балтийским гуманитарным институтом, Академией Повышения Квалификации и Переподготовки Педагогических Кадров Москвы, редакцией «Национального психологического журнала» МГУ имени Ломоносова и редакцией газеты «Школьный психолог», издаваемой в Москве.

Оставаясь верным традициям просвещения, «Логос» не забывает о благотворительности. Во всех филиалах центра регулярно проводятся бесплатные диагностики для детей из малообеспеченных семей. В регионах организуются бесплатные акции для всех, кто нуждается в психологической поддержке, независимо от возраста. От бесплатных консультаций, проводимых в таких районах, как Шамкир, Казах, Товуз, Акстафа, Шеки, Габала, Хачмаз, Ленкорань, Зардаб, Барда, Агдам, Нефтчала и других, уже получили пользу сотни людей. Также для школьных психологов, работников здравоохранения и образования организуются семинары и конференции на актуальные психологические темы.

В настоящее время (2025) роль психологического центра Логос в социально психологическом пространстве Баку и других городов велика и многогранна, об этом свидетельствуют отзывы участников образовательных и просветительских программ. За весь период работы с 2014 года «ЛОГОС» провел более 300 мероприятий, около 100 обучающих программ, проконсультировал около 2000 граждан Азерюбайджана в разных городах страны.

Миссия центра – это квалифицированная своевременная поддержка граждан в сложных социально-экономических условиях. А также – повышение статуса центра в обществе как организации, оказывающей квалифицированные профессиональные психологические и коррекционные услуги.

Коллектив центра – около 50 человек. Это высокие профессионалы, постоянно повышающие свою квалификацию. Центр пользуется популярностью и уважением среди населения.

Научно-методическое обеспечение центра Логос – на высоком современном уровне. Все специалисты постоянно проходят супервизию у специалистов более высокого ранга, имеющих ученую степень (Эльмира Мирзоева, Тарана Пашаева). За время работы центра его коллектив не раз удостаивался высокой оценки от администрации Баку и других городов.

Научно- организационная работа центра достигла стабильного эффективного уровня, сам центр может считаться – Методическим центром психологических услуг в г.Баку и Азербайджане.

Список литературы

1. Елизаров, А. Н. Основы индивидуального и семейного психологического консультирования / А. Н. Елизаров. – Москва: Ось-89, 2003, – 336 с.

2. Коваленко, Н. П. Психологический практикум / Н. П. Коваленко. – Санкт-Петербург: Изд-во ИПТП, 2005.

3. Коваленко, Н. П. Ресурсный тренинг / Н. П. Коваленко. – Санкт-Петербург: Изд-во Петрополис, 2014. – 165 с.

4. Материалы конференций, симпозиумов, конгрессов с участием специалисты центра «Логос».

5. Материалы методических разработок центра «Логос».

ЧАСТЬ 3. РЕСУРСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Лоусон Арман
д-р. мед. наук, профессор
кафедры факультетской терапии
им. профессора В. А. Вольдмана
Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет
г. Санкт-Петербург, Россия
Коваленко Н.П.
д-р. психол. наук, профессор
директор НКО Ассоциация развития
перинатальной психологии и медицины
г. Санкт-Петербург, Россия
Брессо Т.И.
канд. психол. наук, доцент
Ассоциации развития перинатальной
психологии и медицины
г. Санкт-Петербург
г. Москва, Россия

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В СФЕРЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Аннотация: *в статье раскрываются причины травматизации при рождении и реабилитация ребёнка с диагнозом ДЦП.*

Ключевые слова: *родовая травма, ресурсная перинатальная психотерапия, индивидуальный подход при коррекции состояния ребенка с ДЦП и его родителей.*

Этические аспекты в сфере реабилитации детей, страдающих детским церебральным параличом, находятся в тесной взаимосвязи с патогенетическими механизмами заболевания, психоэмоциональными характеристиками ребёнка и его ближайшего окружения, а также с объективной необходимостью комплексной социальной интеграции детей с церебральным параличом.

Известно, что ДЦП – это патология, которая имеет множество причин, среди которых – патологии вынашивания, родовая травма, которую получает ребёнок в процессе тяжёлых дисфункциональных родов. Бывают случаи, когда ребёнок травмируется из-за оплошностей персонала родильного отделения, но чаще в результате неподготовленности женщины к родам и материнству, не умения владеть собой в период схваток, – дискоординация поведения и эмоций. Это может осложнить прохождение схваточного периода – остановить схватки, что негативно влияет на ребёнка. В Перинатальной психологии с 1999 года доказано, что подготовленная к родам мать рожает более мягко и успешно и ребёнок не получает травматизации. Однако травматичность родового процесса с каждым годом все выше у большего количества женщин и вместе с этим растёт и количество детей с врождённой патологией, так же и с ДЦП. Так же следует подчеркнуть, что не только родовая травма может причиной ДЦП, а и другие факторы: здоровья матери и отца (инфекции), наличие генетических заболеваний в семье и пр. Эти причины их компенсация лежат в плоскости медицины.

В НКО «Ассоциация развития перинатальной психологии медицины» разработаны методики, помогающие избежать осложнений в родах у матери и ребёнка. Мы больше 20 лет проводим исследования и собираем фактологический материал о подготовленных и неподготовленных родах, и разрабатываем методики компенсации травматичного рождения ребёнка.

Ребёнок с диагнозом ДЦП – особый, травмированный ребёнок и для его коррекции и адаптации разработано уже немало методик и программ. Состав программ зависит от теоретических и практических аспектов индивидуализации подходов.

В современном образовательном и коррекционном пространстве работа с детьми требует не только применения стандартных методик коррекции и развития, но и их тщательной индивидуализации. Это обусловлено необходимостью учёта уникальных психофизиологических особенностей каждого ребёнка, что позволяет оптимизировать процесс обучения и воспитания, а также минимизировать возможные негативные последствия.

Индивидуализация подходов предполагает использование как индивидуальных, так и групповых методов работы. Индивидуальные занятия направлены на развитие специфических когнитивных

и личностных способностей ребёнка, позволяя максимально раскрыть его потенциал. В свою очередь, групповые методы способствуют социализации, формированию коммуникативных навыков и развитию навыков сотрудничества.

Особое место в арсенале современных образовательных и коррекционных технологий занимают игровые и арт-терапевтические методы. Эти подходы не только способствуют укреплению психического здоровья ребёнка, но и повышают его мотивацию к обучению. Игровая терапия, в частности, позволяет создать эмоционально комфортную среду, в которой ребёнок может свободно выражать свои чувства и переживания, что способствует более эффективному решению психологических проблем. В нашей практике мы опираемся на модель Ресурсной арт-терапии (Коваленко Н. П.), которая с 2000 года применялась для работы с беременными женщинами и с 2010 года применяется для работы с детьми и их семейным окружением. Методика даёт убедительные результаты, особенно если включить в работу и ребёнка, и родителей.

Одним из ключевых аспектов индивидуализации подходов является учёт эмоционального состояния ребёнка. Эмоциональное благополучие является фундаментальным фактором, влияющим на все аспекты развития личности. Разработка и реализация стратегии психологической поддержки, направленной на укрепление уверенности ребёнка в собственных силах, является неотъемлемой частью комплексного подхода к его развитию. Например, в ресурсной терапии (Коваленко Н. П.) предлагаются занятия по голосотерапии и совместного пения ресурсных семейных песен, которые написаны именно с целью коррекции эмоциональных взаимосвязей в семье и дают долговременный позитивный эффект. Причём песни подбираются каждой семье индивидуально в зависимости от ситуации в семье. Здесь же может быть применены метод музыкально-акустиеского воздействия на ребенка, которые разработаны и применяются в клинике Прогноз в Санкт-Петербурге.

Таким образом, индивидуализация подходов в работе с детьми представляет собой сложный и многогранный процесс, требующий глубоких знаний и профессиональных навыков в области психологии, педагогики и коррекционной работы. Только комплексный и дифференцированный подход позволяет обеспечить

полноценное развитие каждого ребёнка, учитывая его уникальные особенности и потребности.

Важной частью и условием получения коррекционного эффекта является работа с родителями, которая строится с учетом психолого-педагогических запросов родителей. Поэтому в контексте коррекционно-развивающей работы с детьми, имеющими особые образовательные потребности, ключевую роль играет взаимодействие с их семьями. Данный процесс требует глубокого понимания психоэмоциональных особенностей как самого ребёнка, так и его родителей.

Рассмотрим основные направления и методы работы с родителями в контексте формирования гармоничной семейной среды, способствующей полноценному развитию ребёнка. Формирование установки безусловного принятия ребёнка и его особенностей родителями является основополагающим фактором его социальной адаптации и личностного становления. Реакция отрицания или непринятия особенностей ребёнка может привести к развитию у него комплекса неполноценности, повышенной тревожности и дезадаптивного поведения, что на фоне ДЦП может привести к усилению патогенных форм поведения и проявления эмоций. В связи с этим, первостепенной задачей специалистов является формирование у родителей установки на безусловное принятие ребёнка, что предполагает осознание и принятие всех его индивидуальных особенностей, а также учёт ограничений, накладываемых заболеванием.

Для этого в наших программах мы предлагаем родителям участвовать в коррекционных группах по работе с патогенными эмоциями (гнев, обида, раздражение, тревога, усталость, выгорание). Программа включает следующее.

1. Тренинг эмоциональной компетентности.
2. Тренинг эмоционального самовыражения.
3. Творческий тренинг – сублимация накопленных травматичных переживаний.

Так же важна коррекция дисфункциональных родительских установок и стилей воспитания. В ряде случаев у родителей могут наблюдаться дисфункциональные установки, такие как гиперопека, гипоопека или авторитарный стиль воспитания, которые не соответствуют потребностям ребёнка. В таких ситуациях необходима коррекционная работа, направленная на изменение роди-

тельских установок и повышение их компетентности в вопросах воспитания детей с особыми образовательными потребностями. Это может включать в себя индивидуальные консультации, групповые тренинги, а также использование методов когнитивно-поведенческой терапии, методов ресурсной терапии.

Важным в ресурсной терапии является создание эмоционально поддерживающей среды, формирование атмосферы взаимопонимания и эмоциональной поддержки. Это и является важным условием успешной интеграции ребёнка в семейную среду. Это предполагает активное вовлечение родителей в процесс коррекционно-развивающего обучения, информирование их о достижениях и трудностях ребёнка, а также предоставление им инструментов для эффективного взаимодействия с ним. В результате, родители получают возможность более адекватно оценивать возможности ребёнка и строить свои ожидания в соответствии с его реальными способностями.

Таким образом, работа с родителями детей с особыми образовательными потребностями представляет собой сложный и многогранный процесс, требующий комплексного подхода и профессиональной компетенции специалистов. Только при условии формирования гармоничных семейных отношений и адекватного восприятия родителями особенностей ребёнка возможно достижение положительных результатов в его развитии и социальной адаптации.

Социальное взаимодействие и интеграция детей с детским церебральным параличом.

В контексте социального взаимодействия и интеграции детей с детским церебральным параличом (ДЦП) необходимо учитывать ряд специфических барьеров, которые ограничивают их полноценное участие в социальной жизни. В частности, такие дети сталкиваются с трудностями в осуществлении физических упражнений и спортивных мероприятий, что обусловлено их моторными дефицитами. Кроме того, для обеспечения их потребностей требуется создание специальных условий, таких как установка пандусов, адаптация мебели и посуды, что не всегда возможно в стандартной образовательной среде.

Для преодоления этих барьеров необходимо внедрение инклюзивных образовательных программ, а также развитие доступной инфраструктуры. Инклюзивное образование способствует инте-

грации детей с ДЦП в общеобразовательные учреждения, что позволяет им получать качественное образование в условиях, максимально приближенных к их сверстникам. В то же время, создание доступной инфраструктуры обеспечивает физическую доступность образовательных и социальных учреждений, что является ключевым фактором успешной интеграции.

При взаимодействии с детьми с ДЦП важно учитывать не только физические, но и социальные барьеры. Нарушения поведения у таких детей могут вызывать различные реакции со стороны окружающих, включая стыд, смех, гнев и страх. Эти реакции могут быть обусловлены недостаточным пониманием и осведомленностью о природе и особенностях ДЦП. Поэтому необходимо проводить просветительскую работу среди общественности, направленную на формирование толерантного и уважительного отношения к детям с инвалидностью.

Особое внимание следует уделить поддержке родителей детей с ДЦП. Родители играют ключевую роль в социализации своих детей, и их эмоциональное состояние и уровень поддержки напрямую влияют на успешность интеграции ребёнка в общество.

Важно предоставлять родителям доступ к консультативной помощи, психологическим и педагогическим ресурсам, которые помогут им справиться с трудностями и обеспечить своим детям оптимальные условия для развития.

Таким образом, успешная интеграция детей с ДЦП в общество требует комплексного подхода, включающего создание доступной среды, внедрение инклюзивных образовательных программ и проведение просветительской и коррекционной работы среди родителей, а также информационной работы среди общественности. Только при условии комплексного решения этих задач можно обеспечить полноценную социальную адаптацию и развитие детей с ДЦП.

Список литературы

1. Коваленко, Н. П. Перинатальная психология / Н. П. Коваленко. – Санкт-Петербург: Петрополис, 2010.

2. Коваленко, Н. П. В добрый путь к успешным родам! / Н. П. Коваленко. – Санкт-Петербург: Петрополис, 2005.

3. Абрамченко, В. В. Перинатальная медицина / В. В. Абрамченко. – Санкт-Петербург: Сотис, 2000.

4. Захаров, А. И. Происхождение детских неврозов и психотерапия / А. И. Захаров. – Москва: Апрель-Пресс, 2000.

Тен Е.Н.
член Ассоциации развития
перинатальной психологии и медицины
Тен А.
член Ассоциации развития
перинатальной психологии и медицины

Балтийский Гуманитарный Институт
г. Санкт-Петербург, Россия

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ

Аннотация: *исцеление от телесных и душевных недугов может быть достигнуто путём устранения породивших их психологических и других сопутствующих причин. Представленная статья посвящена социально значимому вопросу необходимости внимания к институту семьи, как основному источнику формирования здорового реагирования личности на изменения жизненного сценария.*

Ключевые слова: *семья, стресс, психосоматические расстройства, психотравмы, воспитание.*

Двадцать первый век характеризуется повышенным уровнем агрессии, депрессии и тревожно-фобических расстройств среди населения. Наиболее заметным это стало проявляться среди сообщества, проживающего в мегаполисах. Данный факт ошеломляет, если учесть, что современные жители представляют собой совокупность представителей с самыми высокими показателями комфорта и обеспеченности, а также продолжительности жизни и технологических возможностей в поддержании физического и психического здоровья на всем протяжении человеческой истории. Тем не менее, несмотря на видимые благоприятные условия, наблюдается рост показателей невротических расстройств.

Что является фактором, формирующим пассивно-агрессивное расстройство личности, или создающей деструктивные модели неуспешного копинг-поведения? Возможно ли представить, что местом формирования является семья, или же она транслирует общесоциальную направленность?

Современный институт семьи развивается и трансформируется согласно требованиям эпохи и необходимости адаптироваться к новому стилю жизни. Эти изменения могут быть агрегированы в соответствии с социокультурными тенденциями общества. Всвязи с кардинальными изменениями в образе жизни, ускорением ее темпа и мировыми событиями, произошедшими в последние годы, актуализируется задача исследования, комплексного подхода к диагностике и коррекции данного явления в рамках социальных и семейных взаимоотношений. Вопрос проблематики семейных отношений привлек внимание не только специалистов в области психологии и психиатрии, но также ученых из различных дисциплин, включая врачей различной специализации, тренеров, остеопатов, кинезиологов, дефектологов, логопедов, социальных работников, педагогов и представителей других профессий. Это свидетельствует о том, насколько широкий спектр профессионалов сталкивается с вопросами, связанными с изменениями в общественной динамике, включая уменьшение коэффициента рождаемости, усложнение межличностных отношений, увеличение числа разводов и, как следствие, распространение неполных семей.

Что же их объединило в прицельном фокусе на изучение семейного образования? Поиски ответов на важный вопрос: «Где берет истоки новая Чума XXI века – психосоматика»? Или в сферу интереса попал более серьезный и сложный вопрос. Многочисленные исследования показывают, что каждая семья имеет сугубо индивидуальный стиль и модели реагирования, особенно когда дело касается насущных проблем. Последствия критических событий для некоторых индивидов проявляются в виде затруднительных ситуаций, представленных повышением уровня конфликтности, трудностями в быту, склонностью к заболеваниям, а также могут вызвать дезинтеграцию семейных союзов. В то время как для других – кризисные моменты могут стать фактором объединения, повышения общей эффективности и продуктивности семейной группы.

На чем же основываются упомянутые феномены? Поведение человека представляет собой проявление символизма и ритуализации. Возникает ошибочное впечатление, будто бы глубокие инстинкты являются отдаленным от нас пережитком прошлого. Подразумевается, что в результате длительного эволюционного

процесса человечество поднялось выше своих собственных инстинктов. Однако данное утверждение не соответствует действительности. Физиологическая природа человека такова, что она транслирует символические сообщения подсознания, независимо от уровня интеллектуального развития. Разум, Душа и тело человека формируют неразрывное единство. В результате психологического дисбаланса часто возникают физические недуги, а нарушение состояния тела оказывает воздействие на психическое благополучие. В современной, чрезвычайно интенсивной жизни, у человека появилось множество психосоматических расстройств, которые можно устранить, лишь понимая телесный «язык» его психики. Где как не в семье осуществляется обучение ребёнка привычкам поведения, выражению телесности, обращаясь к его привязанностям и страхам, общаясь с ним вербально, невербально и подавая ему примеры для подражания?

«Теория психоанализа также глубоко поколебала привычные представления о «нормальном» человеческом поведении, мотивации и научении. Она послужила стимулом, под действием которого люди стали переоценивать свою позицию в отношении всех аспектов существования, особенно того, что касается приёмов правильного воспитания детей. Эта теория косвенно побуждает родителей предоставлять своему ребёнку полную свободу, дабы избежать отклонений в его психическом развитии» [5, с. 28]. Американский психолог, психотерапевт Вирджиния Сатир предполагает, что внедрение таких принципов семейного воспитания вынуждает менять стиль взаимодействия с детьми на более демократичный, где ребенок получает право голоса при решении вопросов, касающихся его собственной жизни. Такой подход приводит к серьезным последствиям. Именно на этой фазе приобретает своё грозное значение понятие психосоматика. Благодаря таким изменениям в семидесятых годах XX в. в нашей стране появилось понятие «семейного диагноза». Семейный диагноз – это выявление в жизнедеятельности определённой семьи тех нарушений, которые способствуют возникновению и сохранению у одного или нескольких её членов нервно-психических расстройств или сложностей в ведении повседневной жизни.

Итерация опыта собственных семейных взаимодействий служит эффективным фундаментом для передачи четких и последо-

вательных сообщений собственным потомкам. Направляя процесс воспитания детей, родители осуществляют передачу знаний посредством мимики, слов и жестов, демонстрируя конкретными примерами. Эти действия предполагают формирование, закрепление и передачу образцов эмоционального и поведенческого реагирования от представителей одного поколения представителям другого. В случае недостаточной самоидентификации и подверженности стрессу родители могут исказить или неправильно интерпретировать внешние события, внося хаос в систему воспитания. В таком случае происходит явление, которое можно охарактеризовать как патологическое семейное наследование.

Патологическое наследование ничто иное как длительно сохраняющиеся или регулярно повторяющиеся дискомфортные состояния проявляются в ряде телесных ощущений. Эти проявления считаются психосоматическим эквивалентом психологических проблем, которые на телесном уровне представляют собой результат застоя негативных эмоций. В соответствии с теорией Фрейда о психосоматическом механизме развития физических заболеваний, невротические состояния происходят вследствие интенсивного эмоционального возбуждения или психотравмы. Это возбуждение, по мнению Фрейда, приводит подсознание к соматическим расстройствам, которое противостоит сознанию в стремлении достижения целей. Подобная деятельность подсознания может проявляться в «наказании» сознания, повторяя упреки и указания, внушенные в детстве, а также в «мщении» сознанию, пересоздавая негативные установки окружающих, переданные в более зрелом возрасте. В этом контексте активизируются механизмы «предсознательной» цензуры, призванные обеспечить защиту Эго и обеспечивать оправдание собственных ошибок сознания. Кроме того, данный механизм цензуры скрывает от сознания неприемлемые желания и эмоции, считаемые последними нежелательными и подлежащими вытеснению [1].

Порождённая в семье модель телесного и психического реагирования требует внимания и уникального экологического подхода для адаптации человека к современным реалиям жизни и формированию жизнеустойчивого общества. Так же благодаря изучению психологических особенностей семей и её членов, возможно разработать программы и методы оказания психологической помощи

и физической коррекции уже имеющихся проявленных нарушений. Изучение проблемы формирования психосоматического реагирования является поводом для личностно-ориентированных специалистов перестроить принципы рассмотрения особенностей подхода к диагностике и оптимизации телесной и психической коррекции. Одним из лучших экологичных решений на сегодняшний день представляются методы подхода перинатальной психологии и психотерапии в комплексе междисциплинарного сотрудничества. Как мы видим, профилактика и воспитание в рамках ресурсно-ориентированного подхода, а также оптимизация решений с использованием компетенций специалистов смежных областей представляют собой наилучшие методы предотвращения катастрофы современного общества.

Список литературы

1. Сандомирский, М. Е. Психосоматика и телесная психотерапия: практическое руководство / М. Е. Сандомирски. – Москва: Класс, 2005. – 592 с.

2. Коваленко, Н. П. Ресурсная терапия / Н. П. Коваленко. – Санкт-Петербург: Петрополис ,2023. – 260 с.

3. Эйдемиллер, Э. Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия: учебное пособие для системы послевузовского образования врачей / Э. Г. Эйдемиллер, И. В. Добряков, И. М. Никольская. – Санкт-Петербург: Речь, 2007. – 341 с.

4. Янг, Л. Химия любви. Научный взгляд на любовь, секс и влечение / Л. Янг, Б. Александр; пер. с англ. – Москва: Синдбад, 2014. – 349 с.

5. Психосоматика и психотерапия: исцеление души и тела / Г. В. Старшенбаум. – Москва: Изд-во Института психотерапии, 2005. – 489 с.

6. Алгоритмы диагностики тревожных расстройств невротического уровня (панического, генерализованного тревожного и тревожно-фобических расстройств): методические рекомендации / НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева; авторы-сост. Т. А. Караваева, А. В. Васильева, Е. Б. Мизинова [и др.]. – Санкт-Петербург, 2018. – 40 с.

7. Коваленко, Н. П**.** Ресурсный тренинг / Н. П. Коваленко. – Санкт-Петербург: Петрополис, 2015. – 207 с.

8. Семья и просветительство – грани взаимодействия: материалы международного форума (Санкт-Петербург, 15–17 мая 2014 года) / под общ. ред. Н. П. Коваленко. – Санкт-Петербург, 2014. – 255 с.

Козлов В.А.
канд. мед. наук, доцент
Санкт-Петербургский университет МВД РФ
г. Санкт-Петербург, Россия
Лоусон Арман
д-р. мед. наук, профессор
кафедра факультетской терапии
им. профессора В.А. Вольдмана
Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет
г. Санкт-Петербург, Россия
Гальцев Ю.В.
д-р. мед. наук, профессор
кафедра факультетской терапии
им. профессора В.А. Вольдмана
Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет
г. Санкт-Петербург, Россия

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Аннотация: *в статье дается обзор основ судебной психиатрии, необходимый работникам судебно-следственных органов для принятия своевременного и правильного решения в случаях назначения судебно-психиатрической экспертизы и аргументированной оценки экспертного документа.*

Ключевые слова: *экспертиза, психические заболевания.*

В основе правового положения экспертов в нашей стране лежит их независимость от сторон в судебном процессе. Независимость судебных психиатров от сторон в судебном процессе обеспечивается тем, что экспертиза в нашей стране находится полностью в ведении органов здравоохранения и не оплачивается заинтересованной стороной. Вместе с тем такая независимость подчеркивает необходимость строгого согласования всех правил и норм психиатрического освидетельствования и всех положений статей УК, УПК, ГПК, Гражданского кодекса, которые касаются проведения экспертизы.

В этой связи психиатры, проводящие судебно-психиатрические экспертизы, должны не только обладать должной профессиональной квалификацией, но и знать свои права и обязанности, специально оговоренные в соответствующих статьях кодексов, а также ориентироваться в правовых положениях, которые охраняют интересы лиц, подвергаемых судебно-психиатрическому освидетельствованию. Для согласованных действий по организации и проведению судебно-психиатрической экспертизы разработаны специальные межведомственные инструкции Министерства здравоохранения. Прокуратуры, Верховного суда, Министерства юстиции и Министерства внутренних дел.

В соответствии с уголовно-процессуальным и гражданским процессуальным законодательством, Инструкцией о производстве судебно-психиатрической экспертизы она выполняется по постановлению следователя, прокурора, органа дознания, по определению суда. Ходатайствовать о назначении экспертизы по уголовным делам могут обвиняемый, потерпевший, их законные представители, защитник с момента участия в деле, обвинитель в судебном заседании. В гражданском процессе имеют право ходатайствовать о назначении экспертизы истец, ответчик, их представители и прокурор, если последний участвует в деле. При возбуждении дела о признании гражданина недееспособным судебно-психиатрическая экспертиза является обязательной независимо от заявленных ходатайств.

Одним из формальных оснований для назначения экспертизы являются сведения о лечении подэкспертного в прошлом впсихиатрических больницах или о том, что он состоит на учете в психоневрологическом диспансере. Такое же значение имеют данные трудовой и военно-психиатрической экспертизы об инвалидности или негодности к военной службе по состоянию психического здоровья. Сведения о высокой частоте психических заболеваний среди родственников, об обучении во вспомогательной школе, о явных странностях поведения, о попытках самоубийства также должны приниматься во внимание. Но эти сведения должны быть достаточно подтверждены справками из психиатрических учреждений, характеристиками и другими документами, чтобы стать реальным поводом к назначению экспертизы.

Имеют значение сведения о перенесенных в прошлом заболеваниях головного мозга (энцефалит, менингит), травмах черепа,

если они сопровождались психическими нарушениями, вызвали ухудшение успеваемости в учебе или снижение трудоспособности. Свидетели по делу могут высказывать по собственной инициативе сомнение в психической полноценности обвиняемого.

Психологическая непонятность, крайняя демонстративность общественно опасного действия бывают первыми признаками психического заболевания. Некоторые формы поведения могут производить впечатление психической неполноценности обвиняемого. То же относится ик особой жестокости, проявляемой преступниками при совершении преступлений. Эти признаки сами по себе не могут служить доказательством психического расстройства. Данные о странности поведения, об особой жестокости и без мотивности преступления дают веские основания следователю назначить судебно-психиатрическую экспертизу. Экспертиза может установить связь этих данных с болезненным расстройством психики и дать заключение о невменяемости. Если преступник признается вменяемым, то особенности его поведения и правонарушения оцениваются не как результат болезненности психики, а как особенности личности преступника и суд дает этому соответствующую оценку.

Не только странное, нелепое поведение в следственном изоляторе, в зале судебного заседания или в местах лишения свободы могут быть поводом для направления на экспертизу. Во время допросов подследственных могут выявиться другие признаки психической несостоятельности (неспособность правильно осмысливать вопросы, отвечать по их существу, пассивное и безучастное отношение к совершенному деянию). Все это должно давать повод следователю к направлению на экспертизу. Признаки болезненного расстройства психики обвиняемого могут внезапно выявиться на любом этапе уголовного процесса, что и определяет время направления на судебно-психиатрическую экспертизу.

Судебно-психиатрическим экспертом может быть только лицо, имеющее звание врача и прошедшее специализацию по психиатрии. Кроме того, эксперт должен быть объективен, не иметь личной заинтересованность в результатах экспертизы. Обладая специальными познаниями и практическим опытом в области психиатрии, эксперт призван помочь следствию и суду выяснить те фактические обстоятельства по делу, которые не могут быть уста-

новлены без экспертизы. Знакомясь с доказательствами по делу, эксперт своими разъяснениями и выводами помогает следствию и суду установить, имеет ли он дело с психически больным или психически здоровым человеком, каков характер психического заболевания, если оно имеется.

Проведение судебно-психиатрической экспертизы, как правило, поручается постоянным судебно-психиатрическим комиссиям, которые работают на базе психоневрологических диспансеров или психиатрических больниц. Состав этих комиссий утверждается приказом обл(гор)здравотдела области или города, где они создаются. Кроме того, следователь и суд могут сами определить персональный состав экспертной комиссии или поручить Министерству здравоохранения образовать такую комиссию. Следователь и суд могут также поручить проведение судебно-психиатрической экспертизы любым врачам, имеющим специализацию по психиатрии. И, наконец, наиболее сложные, в том числе повторные, экспертизы могут быть поручены Государственному научному центру социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского.

Экспертиза, как правило, проводится комиссионно в составе не менее трех психиатров (докладчика, члена и председателя комиссии). В сложных и наиболее ответственных случаях комиссия обычно состоит из большего числа членов. Проведение экспертизы двумя или одним психиатром допускается лишь как исключение при объективной невозможности обеспечить полный состав комиссии.

В соответствии с действующей Инструкцией о производстве судебно-психиатрической экспертизы и на основе сложившейся практики экспертиза осуществляется в следующих видах:

– экспертиза в кабинете следователя;
– амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза;
– стационарная судебно-психиатрическая экспертиза;
– экспертиза в судебном заседании;
– заочная (и как частный вид посмертная) судебно-психиатрическая экспертиза.

Экспертиза в кабинете следователя. Этот вид судебного освидетельствования в практике носит характер консультации, так как обычно проводится при однократном осмотре обследуемого одним психиатром. При экспертизе в кабинете следователя нет возможности провести обследование даже в той мере, в какой оно

осуществляется при амбулаторной экспертизе, и поэтому обычно не выносится заключение о вменяемости (невменяемости). Психиатр дает заключение по интересующим следователя вопросам (о психическом состоянии лица в данное время, о необходимости проведения ему экспертизы определенного вида (амбулаторной или стационарной), о возможности подвергать обследуемого по состоянию его психического здоровья допросам и другим следственным действиям. При психиатрической консультации в отличие от экспертизы заключение имеет предположительный характер. Конечно, часто психиатр приходит к определенным выводам по поставленным ему вопросам и в кабинете следователя. Так, он может вынести заключение, что обвиняемый или подозреваемый не нуждается в экспертизе ввиду отсутствия каких-либо признаков психического расстройства. При явном психическом заболевании он может посоветовать провести лишь амбулаторную или стационарную судебно-психиатрическую экспертизу.

Помещение в лечебно-психиатрическое учреждение обвиняемого или подозреваемого, не содержащегося под стражей, производится с санкции прокурора.

Стационарная экспертиза необходима в случаях длительного клинического наблюдения с лабораторными исследованиями, при трудностях диагностики психического заболевания.

Для проведения стационарной экспертизы в психиатрических больницах Минздрава создаются судебно-психиатрические отделения или выделяются специальные палаты в общих отделениях. Судебно-психиатрические отделения организуются для лиц, не содержащихся под стражей, и реже охраняемые силами и средствами органов МВД для лиц, содержащихся под стражей. В них помещают только обвиняемых и осужденных. Гражданские истцы и ответчики, а также потерпевшие и свидетели для стационарной экспертизы направляются в общие отделения психиатрических больниц.

Стационарное обследование не должно продолжатьсяболее 30 дней. Если за этот срок дать окончательное заключение о психическом состоянии и вменяемости обследуемого невозможно, то экспертная комиссия выносит решение о необходимости продления срока обследования, направляя это решение в письменном виде органу, назначившему экспертизу.

На каждого обследуемого заводится история болезни. Во время стационарной экспертизы нецелесообразно разрешать какие-либо действия органов следствия с обследуемыми. Допросы, предъявление каких-либо документов, имеющих отношение к уголовному делу, не допускается, так как это нарушает контакт врачей с подэкспертным.

Экспертиза в судебном заседании. Необходимость экспертизы в суде возникает при различных обстоятельствах. Её проведение суд может определить обвиняемым, которые ранее не подвергались экспертному освидетельствованию, и сомнение в их психической полноценности впервые возникло во время судебного рассмотрения дела.

Чаще всего экспертов-психиатров вызывают на судебные заседания в отношении лиц, прошедших экспертизу с вынесением окончательного заключения. Вызов эксперта бывает связан с сомнением суда в правильности заключения, необходимостью разъяснения тех или иных положений экспертного заключения, получением неизвестных экспертам данных, которые, по мнению суда, могут иметь значение, и, наконец, изменением психического состояния и поведения обвиняемого.

Экспертов-психиатров вызывают в суд также по делам о невменяемых при направлении их на принудительное лечение. При этом суду может потребоваться согласование с экспертом мер медицинского характера, а также необходимость оценки общественной опасности больного.

На судебном заседании заключение по поставленным вопросам эксперт представляет суду в письменном виде.

Согласно процессуальному законодательству, эксперт имеет право с разрешения следователя и суда знакомиться с материалами уголовного дела, необходимыми для экспертного заключения. Следователь или суд, назначивший экспертизу, обязан предоставить эксперту необходимые материалы. Предоставляемые в распоряжение экспертов-психиатров следствием или судом сведения являются объективными фактическими данными. Эти данные включают медицинскую документацию (подробные выписки из истории болезни, их копии или подлинники), протоколы свидетельских показаний, характеристики с места работы и жительства,

а иногда и письменная продукция обследуемого (например, его дневники, записи, сочинения и т. д.).

Эксперт-психиатр в случае необходимости может ходатайствовать о предоставлении ему дополнительных сведений. Их можно получить прежде всего путем допроса свидетелей о психическом состоянии и поведении данного лица до правонарушения, в момент его совершения и в дальнейшем. Иногда экспертам приходится формулировать вопросы, которые следователь должен задавать свидетелю для уточнения состояния обвиняемого.

При назначении экспертизы обвиняемому перед экспертами психиатрами, как правило, ставятся следующие вопросы.

1. Страдает ли он каким-либо психическим расстройством и если страдает, то мог ли он осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо он мог руководить ими при совершении деяния, т. е. вменяем ли он?

2. Следственные органы и суд могут интересовать время начала заболевания, состояние психического здоровья обследуемого в различные периоды его жизни, а не только в момент совершения преступления.

3. При совершении невменяемым больным общественно-опасного действия вскоре после выписки из психиатрической больницы может возникнуть сомнение в правомерности и своевременности его выписки.

Согласно УПК, эксперт несет ответственность за отказ или уклонение от дачи заключения в судебном заседании либо при производстве предварительного следствия или дознания. Если экспертам для решения поставленных перед ними вопросов необходимы дополнительные материалы дела (опросы свидетелей, характеристики, медицинские документы и др.) или специальные обследования и консультации узких специалистов (например, нейрохирургов, сексопатологов), без которых невозможно дать экспертное заключение, то экспертная комиссия может использовать эти обстоятельства как объективную причину временного отказа от дачи заключения. В таких случаях следственно-судебные органы обязаны обеспечить экспертов всеми необходимыми данными и консультациями.

В ряде случаев для получения дополнительных данных бывает необходимым опрос родственников подэкспертного самим психи-

атром. Профессиональный врачебный опрос может выявить ряд важных для диагностики обстоятельств. Но на такую беседу врач должен получить официальное разрешение следственно-судебных органов, и в таких случаях родственники к экспертам вызываются через органы. Беседуя с родственниками, психиатр ни в коем случае не должен делать нравоучительных высказываний по поводу неправильного воспитания сына или дочери.

Эксперт не имеет права разглашать данные предварительного следствия без разрешения следователя, о чем его предупреждает ст. 310 УК РФ.

Заключение экспертной судебно-психиатрической комиссии оформляется актом экспертизы; его структура и принцип составления регламентированы УПК, Приказом Министерства здравоохранения «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения» и Приложениями к приказу.

Акт судебно-психиатрической экспертизы является одним из источников доказательств по делу. Приводимые фактические данные должны быть максимально точными и сопровождаться указанием, откуда они почерпнуты (из материалов дела, со слов обследуемого, из медицинской документации). Содержание акта должно быть понятно не только специалистам-психиатрам, но и судебно-следственным работникам. Он должен включать не только выводы о диагнозе и судебно-психиатрической оценке, но и обоснование этих выводов.

Акт судебно-психиатрической экспертизы состоит из введения, сведений о прошлой жизни обследуемого, истории настоящего заболевания (если таковое имеется), описания физического, неврологического и психического состояния (включая результаты лабораторных исследований) и заключительной части. Последняя состоит из выводов и их обоснования.

Судебный психиатр должен дать судебно-следственным органам заключение с научно обоснованными выводами:

1) о вменяемости подозреваемых, обвиняемых, подсудимых, в отношении которых у органов дознания, следствия и суда возникло сомнение вих психическом здоровье и в необходимости применения мер медицинского характера в отношении лиц, признанных невменяемыми;

2) о психическом состоянии свидетелей и потерпевших, их способности правильно воспринимать, запоминать и воспроизводить обстоятельства, имеющие значение для дела, в случаях, когда у органов следствия и суда возникают сомнения в психической полноценности указанных лиц;

3) о психическом состоянии истцов, ответчиков, а также лиц, в отношении которых решается вопрос о дееспособности. Заключение экспертов подлежит оценке следственных органов и суда, которые анализируют судебно-психиатрический акт на предмет его информативности, а также полноту и достоверность изложенных в нем фактов. В результате заключение может быть принято ими или отвергнуто. Несогласие с экспертизой следственные органы должны мотивировать и конкретно обосновать в постановлении или определении.

В соответствии с УПК в случае недостаточной ясности или неполноты экспертного заключения по отдельным вопросам возможен допрос экспертов, давших заключение. Возможно также назначение дополнительной экспертизы, которая может быть поручена тем же самым или другим экспертам. Если имеются существенные сомнения по поводу экспертного заключения, особенно в отношении вменяемости, то неизбежна повторная экспертиза, которая проводится комиссией экспертов в новом составе.

В заключение отметим, что знание основ судебной психиатрии необходимо работникам судебно-следственных органов для принятия своевременного и правильного решения в случаях назначения судебно-психиатрической экспертизы и аргументированной оценки экспертного документа.

Почти 90 лет тому назад известный русский юрист П.С. Пороховщиков написал, что эксперты бывают:

а) сведущие и добросовестные;

б) добросовестные и несведущие;

в) сведущие и недобросовестные.

Он советовал во избежание роковой ошибки анализировать заключение психиатрической экспертизы по следующим критериям:

1) удовлетворяет ли экспертиза требованиям логического умозаключения;

2) нет ли в фактах, принимаемых экспертом в основание его выводов, взаимного противоречия или противоречия с другими фактами;

3) не переходит ли эксперт за границы своей науки в чужую область специальных знаний или в общие рассуждения;

4) предлагает ли эксперт суду научные выводы или высказывает свое суждение о виновности подсудимого.

Актуальность этих советов сохраняется до настоящего времени.

Список литературы

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020).

2. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. от 24.04.2024).

3. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 № 174-ФЗ (ред. от 07.08.2023).

4. Федеральный закон «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ (ред. от 11.06.2021).

5. Датий, А. В. Судебная медицина и психиатрия: учебник / А. В. Датий. – Москва: Инфра-М, 2019. – 309 с.

6. Жариков, Н. М. Судебная психиатрия: учебник для вузов / Н. М. Жариков, Г. В. Морозов, Д. Ф. Хритинин. – Москва: Юрайт, 2018. – 560 с.

7. Руководство по судебной психиатрии / под ред. Т. В. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича, А. А. Ткаченко. – Москва: ЗАО «Юстицинформ», 2008. – 1150 с.

8. Козлов, В. А. Судебная психиатрия: учебный комплекс / В. А. Козлов. – Санкт-Петербург: Изд-во Р. Асланова «Юридический центр Пресс», 2004. – 227 с.

9. Коханов, В. П. Психиатрия катастроф: учебное пособие / В. П. Коханов, И. Ф. Дьяконов. – Москва: Медицинское информационное агентство, 2018. – 447 с.

10. Никишова, М. Б. Депрессии и неврозы: учебное пособие / М. Б. Никишова. – Москва: Прометей, 2018. – 136 с.

11. Россинская, Е. Р. Судебная экспертиза в гражданском, арбитражном, административном и уголовном процессе / Е. Р. Россинская. – Москва: Инфра-М, 2018. – 495 с.

Козлов В.А.
канд. мед. наук, доцент
Санкт-Петербургский университет МВД РФ
г. Санкт-Петербург, Россия
Лоусон Арман
д-р. мед. наук, профессор
кафедра факультетской терапии
им. профессора В.А. Вольдмана
Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет
г. Санкт-Петербург, Россия
Гальцев Ю.В.
д-р. мед. наук, профессор
кафедра факультетской терапии
им. профессора В.А. Вольдмана
Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет
г. Санкт-Петербург, Россия

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНОГО ПСИХОЗА

Аннотация: *в статье делается анализ хронических психических заболеваний, которые составляют самую большую группу состояний, при которых назначается судебно-психиатрическое обследование больного с проведением судебно-психиатрической экспертизы (чаще всего стационарной).*

Ключевые слова: *маниакально-депрессивный психоз, циркуляторный психоз, маниакально-меланхолический психоз, МДП.*

Хронические психические заболевания могут протекать непрерывно с постепенным нарастанием психического дефекта и появлением специфического слабоумия или проявляются в виде приступов, которые перемежаются состоянием улучшения (ремиссии) с сохранностью психических функций в эти периоды.

Маниакально-депрессивный психоз (циркуляторный психоз, маниакально-меланхолический психоз, МДП) относительно редко встречается в судебно-психиатрической экспертной практике.

В типичных случаях он выражается в чередовании маниакальных и депрессивных состояний, протекающих в виде болезненных фаз с периодами нормальной психической деятельности между ними.

В его происхождении большое значение приобретает наследственность и конституция человека. Возникает это заболевание как аутохтонно, так и под влиянием экзогений, психогений, чаще весной или осенью. Эти времена года вообще характерны для обострения психических заболеваний.

Распространённость данного заболевания среди населения сильно колеблется по данным различных авторов (от 0,07 до 7%). Заболевают чаще женщины в возрасте 35–45 лет. В анамнезе у таких лиц обнаруживаются на «амбулаторном» уровне нередко стёртые аффективные расстройства. При этом заболевании фазы сменяют друг друга и длятся до 5–6 месяцев. У пожилых людей МДП носит затяжной характер.

Маниакальная фаза психоза – характеризуется тремя основными признаками:

- повышенным настроением;
- ускоренным течением психических процессов;
- психомоторным возбуждением.

Маниакальное возбуждение (чаще в вечернее время) отличается ярко выраженным повышенным настроением, возникающим без видимой причины, что накладывает отпечаток на поведение таких больных: все события они воспринимают с радостью, всем довольны. При ясном сознании и полной ориентировке больные непрерывно находятся в движении, на одном месте не сидят, суетятся, во всё вмешиваются, так или иначе откликаются на происходящее вокруг, излишне болтливы, без устали говорят, громко смеются, поют, танцуют, обнаруживают хорошую наблюдательность, делают меткие замечания, склонны к шуткам, бывают остроумны, хвастливы, переоценивают свои силы и способности, считают себя гениальными, носятся с разными планами и проектами грандиозного характера. Именно в это время возможны их неоправданные финансовые растраты, незаконные сделки, дача и получение взяток. Для них типичны хвастовство и альтруизм, что создаёт у этих больных массу дел, которые сопровождаются дезорганизацией и на работе, и дома.

Нетерпимость и раздражительность могут подталкивать их к поступкам, которые нередко истолковываются как хулиганские. В это время усиливаются сексуальные влечения, что может зачастую побуждает больных к встречам с асоциальными людьми, конфликтам и даже правонарушениям. Для них очень характерны разговоры эротического содержания, эротический юмор и эротические танцы. Мимика у таких лиц в это время подвижная, выразительная, глаза блестящие, лицо всегда возбуждённое, раскрасневшееся.

Находясь в маниакальном состоянии, больные в поисках новых впечатлений переезжают с места на место.

При маниакальном состоянии у больных переоценка собственной личности достигает иногда выраженной степени и носит характер бредовых идей величия, богатства, высокого социального происхождения, реформаторства, которые обычно не содержат нелепых утверждений, а относятся к области возможного и высказываются ими как бы шутя. Эти бредовые идеи нестойки, и при подробных расспросах они могут даже отказаться от них. Иногда возбуждение таких лиц достигает крайней степени, и они становятся особенно агрессивными и неистовыми.

Мышление в этой фазе у них ускоренное, ассоциативные процессы облегчены, и нередко такие лица говорят стихами, прибаутками, рифмуют свои высказывания. Их ответы многословны. На каждое слово собеседника они отвечают целой тирадой. Преобладают ассоциации по созвучию и в меньшей степени по внутреннему смыслу, переходы от одной фразы к другой поверхностны и облегчены.

Нередко мышление приобретает настолько ускоренный характер, что больные оказываются не в состоянии последовательно изложить свои мысли, в результате чего одна мысль как бы наскакивает на другую, речь становится торопливой и почти бессвязной. Это так называемая «скачка мыслей». Вести планомерную беседу с такими лицами оказывается практически невозможно. Нередко у них обостряется память, но их внимание неустойчиво и легко отвлекаемо. В период маниакальной фазы больные спят мало и беспокойно. У них наблюдается падение веса тела. В период же выздоровления вес тела, как правило, нормализуется.

Депрессивная (меланхолическая) фаза МДП по клиническим признакам и поведению противоположна маниакальной.

Для этой фазы характерны подавленное настроение, замедленность интеллектуальных процессов и психомоторная заторможенность. Она начинается с появления вегетативных расстройств, плохого сна, необоснованной тревоги. В предрассветное и утреннее время отмечают вялость, разбитость, неопределённые опасения, неуверенность, тягостные предчувствия, невозможность сосредоточиться. Появляются рассеянность и забывчивость, работоспособность снижается. Больные в состоянии депрессии жалуются на плохое настроение, тоску, тревогу, физическое недомогание, общую слабость, головные боли, повышенную утомляемость, плохой аппетит.

Чрезвычайно характерным и отличным от других депрессивных состояний являются идеи самообвинения, самоуничтожения, греховности и идеи ипохондрического характера. Больным кажется, что с ними и с их семьями должно произойти какое-то несчастье, причиной которому – они, грешники, никчёмные люди, которые не в состоянии справиться с привычной работой. При этом они приписывают себе ряд преступлений, вспоминают незначительные эпизоды из своей жизни, рассматривают последние в качестве тяжких общественных проступков, считая себя провинившимися перед семьёй и обществом, недостойными внимания и заботы. Лица в этой фазе заболевания отказываются от еды, наносят себе телесные повреждения, покушаются на самоубийство, а иногда убивают близких родных с целью избавить их от якобы грозящих мучений. Это так называемое расширенное самоубийство.

Чтобы осуществить своё намерение, ослабить надзор в больнице или наблюдение за ними в семье, больные нередко диссимулируют, скрывают болезненные переживания. Выйдя же из больницы, они кончают жизнь самоубийством, проявляя при этом большую изобретательность.

Течение психических процессов у таких лиц заторможено, мышление и речь замедлены, говорят они тихим голосом, выражение лица скорбное, осанка сгорбленная, движения сведены к минимуму. Состояние заторможенности может привести их к полной неподвижности, когда больные лежат в «позе эмбриона».

В депрессивной фазе так же, как и в маниакальной, наблюдается ряд функциональных изменений со стороны сердечнососудистой системы, появляется сухость во рту, возможны запоры.

Длительности маниакальных и депрессивных фаз различны. Обычно каждый приступ длится несколько месяцев и больше. Светлые промежутки бывают более длительные, чем болезненные фазы. Чередование болезненных фаз и светлых промежутков не у всех больных одинаково.

Течение МДП благоприятно в том смысле, что болезненная фаза рано или поздно заканчивается интермиссией. Очень важно, что к заметному снижению интеллекта приступы болезни не ведут. Так же, как и до заболевания, у больных сохраняется критическое отношение к своему состоянию и окружающей действительности.

В то же время следует подчеркнуть, что возникновению болезненного состояния и отдельных его фаз нередко предшествуют психические переживания и соматические заболевания.

Посттравматические поражения головного мозга (травматическая болезнь) – довольно частая патология в современной повседневной жизни. Её проявления во многом зависят от ситуации и условий жизнедеятельности. При этом психологическая симптоматика представлена разнообразными эмоционально-волевыми и интеллектуально-мнестическими нарушениями, заметно сказывающимися на поведении лиц, перенёсших черепно-мозговую травму.

Травмы головного мозга наблюдаются в быту и спорте, на транспорте и производстве, особенно часто при несчастных случаях, во время катастроф и вооружённых конфликтов при ушибах взрывной волной или в результате ранения черепа и головного мозга; различными предметами, осколками снарядов и пулями.

Травмы головного мозга делятся в зависимости от тяжести на лёгкие, не оставляющие никаких последствий, и тяжёлые – с глубокими психическими расстройствами, а по характеру самой травмы – на открытые и закрытые.

Открытые травмы сопровождаются нарушением целости костей черепа, вещества мозга и его оболочек.

При закрытых травмах целостность черепа не нарушается, но головной мозг, а также его сосудистая система, ударяясь о внут-

реннюю поверхность черепной коробки, повреждаются. Закрытые травмы мозга делятся на сотрясения и ушибы.

Психические нарушения могут возникнуть непосредственно после получения черепно-мозговой травмы, то есть в остром периоде; по прошествии острого периода – позднем, а иногда и в отдалённом периоде – через несколько месяцев и даже лет.

В остром периоде черепно-мозговой травмы наступает шок с глубокими расстройствами мозгового кровообращения, дыхания, обмена веществ и потерей сознания. Травмированные лица в таком состоянии обычно лежат без движения с резко побледневшей кожей, покрыты липким потом, пульс слабый, зрачки расширены и не реагируют или слабо реагируют на свет. Шок может длиться от нескольких минут до нескольких суток и может закончиться смертью. Иногда при шоке сознание сохраняется, но наблюдается угнетённость и полная безучастность больных к окружающему. При улучшении состояния исчезают оглушение, появляются просветления сознания, но такие лица ещё некоторое время остаются вялыми, апатичными, жалуются на головные бои, у них наблюдается расстройство сна. В описанном состоянии обычно наблюдаются неврологические патологические симптомы.

Перечисленная выше и характерная для острого периода симптоматика через несколько дней или недель может исчезнуть, но может и сохраняться длительное время и выражаться в невротических проявлениях, астении, повышенной утомляемости, головных болях, забывчивости и даже в стойких органических симптомах.

В позднем периоде черепно-мозговой травмы иногда может наблюдаться бурно протекающий кратковременный травматический психоз, сопровождающийся возбуждением, обильными зрительными и слуховыми галлюцинациями, отрывочными идеями. Нередко психоз протекает в форме галлюцинаторно-бредового синдрома с ретроградной амнезией.

Острый и поздний периоды черепно-мозговой травмы являются предметом судебно-психиатрической экспертизы очень редко, в виде исключения, из-за тяжести состояния травмированного лица.

В отдалённом периоде черепно-мозговой травмы остаточные посттравматические поражения головного мозга по патологическим

проявлениям психических, неврологических, вегето-соматических и других симптомов принято делить на следующие виды:

- травматическая церебрастения;
- травматическая энцефалопатия;
- травматическая эпилепсия;
- травматическое слабоумие.

Травматическая церебрастения проявляется в основном в невротических симптомах, жалобах на головные боли, повышенной утомляемости, снижении психической продуктивности, невыносливости к алкоголю и т. д. грубых органических симптомов не наблюдается, хотя давление спинномозговой жидкости при пункции может оказаться повышенным.

Травматическая энцефалопатия характеризуется длительно длящимися изменениями в неврологической, психической и соматической сферах в виде тикообразных подёргиваний, дрожания головы и конечностей, афазии, нарушения речи. Такие больные также жалуются на головные боли и частые головокружения. У них возникает психическая истощаемость, повышенная утомляемость, расстройство сна, повышенная потливость, невыносимость к яркому свету и сильным звукам, к холоду и особенно к жаре, вспыльчивость, раздражительность, плохое настроение, а иногда ничем не оправданный подъём настроения и эйфория.

У лиц с травматической энцефалопатией могут наблюдаться разнообразные истерические симптомы и даже истерические припадки.

Довольно часто у лиц, перенёсших травму мозга в отдалённом периоде, может наступить патологическое развитие личности, напоминающее картину психопатий.

Травматическая эпилепсия возникает в связи с наступившими после травмы черепа грубыми изменениями в головном мозгу, в котором могут оказаться инородные тела, остаточными явлениями кровоизлияния или последствия воспалительного процесса головного мозга и его оболочек, рубцами на месте повреждения мозга. В одних случаях возникающие при этом припадки могут быть полностью сходны с припадками обычной эпилепсии, в других они носят атипичный характер и выражаются в том, что судорожные сокращения захватывают только определённую группу

мышц лица или конечностей. Однако сознание при этом нарушается, хотя и неглубоко.

Травматическое слабоумие наблюдается не у всех перенёсших черепно-мозговую травму, а только у тех, у которых она была тяжёлой и клиническое течение после травмы носило неблагоприятный характер. У таких лиц после острой черепно-мозговой травмы психическое состояние ухудшается постепенно:

- ослабляется память на настоящее и прошлое;
- снижается интеллект;
- мышление становится замедленным;
- появляется психическая истощаемость;
- утрачивается запас знаний и жизненный опыт;
- утрачивается инициатива;
- круг интересов сужается.

В то же время такие больные бывают злобными, гневными, вспыльчивыми, повышенно внушаемыми.

Судебно-психиатрическая оценка посттравматических поражений головного мозга такова:

- невменяемыми могут быть признаны только те лица, у которых в результате травмы диагностированы явления глубокого слабоумия;
- невменяемыми могут быть признаны также лица, у которых в период совершения общественно опасного деяния имело место сумеречное помрачнение сознания, наличие которого, глубина и характер определяются по установленным клиническим правилам;
- невменяемыми также могут быть признаны лица, совершившие деяние в период глубокого расстройства настроения.

Наличие припадков при отсутствии слабоумия не исключает вменяемости лиц, перенёсших травму головного мозга.

Состояние алкогольного опьянения у перенёсших черепно-мозговую травму также не является основанием для признания невменяемости, хотя травматики и склонны к пьянству, но алкогольное опьянение у них наступает быстро и протекает тяжело.

Из числа перечисленных лиц, признанных невменяемыми, в принудительном лечении в психиатрической больнице нуждаются те из них, которые обнаруживают аффективную возбудимость,

взрывчатость, агрессивность, аутоагрессивность, вандализм и частые сумеречные состояния с автоматическими действиями.

В заключение следует отметить, что при разных психических заболеваниях подходы к больным.

Требуется учитывать особенности проведения судебно-психиатрической экспертизы, а также судебно-психиатрической оценки психического состояния подэкспертного:

– в момент совершения деликта (невменяемость);

– на определенный период времени (дееспособность).

Важным является также вывод о возможности (или невозможности) отбывать наказание и в каких условиях. Если требуется лечение, то необходимо указывать – какое именно (стационарное, амбулаторное) и где.

Список литературы

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020).

2. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. от 24.04.2024).

3. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 № 174-ФЗ (ред. от 07.08.2023).

4. Федеральный закон «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ (ред. от 11.06.2021).

5. Датий, А. В. Судебная медицина и психиатрия: учебник / А. В. Датий. – Москва: Инфра-М, 2019. – 309 с.

6. Жариков, Н. М. Судебная психиатрия: учебник для вузов / Н. М. Жариков, Г. В. Морозов, Д. Ф. Хритинин. – Москва: Юрайт, 2018. – 560 с.

7. Руководство по судебной психиатрии / под ред. Т. В. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича, А. А. Ткаченко. – Москва: ЗАО «Юстицинформ», 2008. – 1150 с.

8. Козлов, В. А. Судебная психиатрия: учебный комплекс / В. А. Козлов. – Санкт-Петербург: Изд-во Р. Асланова «Юридический центр Пресс», 2004. – 227 с.

9. Коханов, В. П. Психиатрия катастроф: учебное пособие / В. П. Коханов, И. Ф. Дьяконов. – Москва: Медицинское информационное агентство, 2018. – 447 с.

10. Никишова, М. Б. Депрессии и неврозы: учебное пособие / М. Б. Никишова. – Москва: Прометей, 2018. – 136 с.

11. Россинская, Е. Р. Судебная экспертиза в гражданском, арбитражном, административном и уголовном процессе / Е. Р. Россинская. – Москва: Инфра-М, 2018. – 495 с.

Приходько А.Н.
канд. мед. наук, доцент
Санкт-Петербургский университет МВД РФ
г. Санкт-Петербург, Россия
Лоусон Арман
д-р. мед. наук, профессор
кафедра факультетской терапии
им. профессора В.А. Вольдмана
Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет
г. Санкт-Петербург, Россия
Гальцев Ю.В.
д-р. мед. наук, профессор
кафедра факультетской терапии
им. профессора В.А. Вольдмана
Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет
г. Санкт-Петербург, Россия

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ, МДП И ЭПИЛЕПСИИ

Аннотация: *хронические психические заболевания составляют самую большую группу состояний, при которых назначается судебно-психиатрическое обследование больного с проведением судебно-психиатрической экспертизы (чаще всего стационарной).*

Ключевые слова: *шизовремия, МДП, эпилепсия.*

Хронические психические заболевания могут протекать непрерывно с постепенным нарастанием психического дефекта и появлением специфического слабоумия или проявляются в виде приступов, которые перемежаются состоянием улучшения (ремиссии) с сохранностью психических функций в эти периоды.

Шизофрения – психическое заболевание не установленной этиологии, склонное к хроническому течению. Основными проявлениями заболевания являются: потеря больными социальных контактов, замкнутость, обеднение эмоций, потеря интереса к окружающему и потеря побуждений к деятельности, нарушение мышления.

Шизофрения как отдельное заболевание впервые было выделено немецким психиатром Э. Крепелином. А позднее швейцар-

ский психиатр Е. Блейлер в1911 году предложил новый термин для названия этого заболевания шизофрения (от греч. schiso расщепление, phrën душа).

Наиболее типичными при шизофрении являются интеллектуальные и эмоциональные расстройства.

Интеллектуальные расстройства проявляются в различных вариантах нарушения мышления: больные жалуются на неуправляемый поток мыслей, их закупорку. Им трудно постичь смысл прочитанного текста книг, учебников. Мышление нередко бывает расплывчатым, в высказываниях происходит как бы соскальзывание с одной темы на другую без видимой логической связи. Логическая непоследовательность в высказываниях приобретает характер речевой разорванности (шизофазия). Эмоциональные нарушения начинаются с утраты морально-этических свойств, чувства привязанности и сострадания к близким, а иногда это сопровождается неприязнью и злобностью. Снижается, а со временем и пропадает полностью интерес к любимому делу. Больные становятся неряшливыми, не соблюдают элементарного гигиенического ухода за собой. Первым признаком эмоциональных нарушений может быть возникновение замкнутости, отчужденности от близких, странности в поведении (ранее не свойственные).

Распространенность шизофрении среди населения составляет 1–2% от общего числа. Шизофрения может начаться в любом возрасте. Однако наиболее типичный возраст для начала заболевания молодой. У мужчин заболевание начинается раньше, чем у женщин. У женщин заболевание протекает более остро и более выраженнее представлена патология. Заболевание отличается хроническим течением, проявляется непрерывно или в виде приступов.

При непрерывном течении выделяют 3 варианта (злокачественный, прогрессирующий, медленно прогрессирующий). При приступообразном типе течения шизофрении выделяют 2 варианта (периодический и шубообразный, т. е. болезнь от приступа к приступу прогрессирует).

Анализируя эффективность лечения шизофрении, выясняется, что у 25%больных наступает полное исчезновение симптоматики, у 50% наблюдается хороший терапевтический эффект и у 25% больных изменения в состоянии отсутствуют.

По данным международной классификации психических и поведенческих расстройств основными формами шизофрении являются.

1. Гебефренная форма – обычно начинается в возрасте 15–20 лет и имеет плохой прогноз. Поведение больного характеризуется бесцельностью, бессмысленностью, несуразностью. Эмоции неадекватны ситуации, часто сопровождаются хихиканьем, самодовольством, манерностью, гримасами. Отчетливые нарушения мышления проявляются разорванной речью (грамматический строй речи сохранен, а логические связи грубо нарушены). Галлюцинации и бред либо отсутствуют, либо выражены в легкой степени.

2. Кататоническая форма – обязательными при этой форме являются психомоторные расстройства от состояния ступора (обездвиженность, оцепенение, отсутствие реакции на внешние раздражители) до состояния бесцельного, немотивированного возбуждения с эпизодами агрессивного поведения.

3. Параноидная шизофрения – наибольшее значение в клинической картине имеют выраженный бред и галлюцинации. Наиболее характерным является бред воздействия и преследования. Поведение, обусловленное бредовым сценарием, и поступки, спровоцированные обманами восприятия, опасны не только агрессией в отношении окружающих, но могут привести к суицидной попытке. В этом судебно-психиатрическая значимость параноидного синдрома.

4. Простая форма – развивается постепенно, медленно. Нет ни бреда, ни обманов восприятия, но неукоснительно нарастает лень (до безволия), безразличие (до апатии), обедняется речь, мимика, снижается эмоциональность. Поведение характеризуется бесцельностью, бездеятельностью, необщительностью. Отчетливо снижаются социальная, учебная и профессиональная продуктивность. Течение этой формы шизофрении наиболее злокачественное.

Установлена роль наследственной патологии в возникновении шизофрении. При шизофрении у родителей риск заболеть детям во много раз выше, чем у более далеких родственников. Вопросы профилактики шизофрении составляют одну из важнейших задач психиатрии. Первичная профилактика в настоящее время ограничивается в основном пока медико-генетическими консультациями. Специалисты информируют супругов, в роду которых были психически больные или один из супругов страдает психическим расстройством, о риске возникновения заболеваний у их будущих детей.

Судебно-психиатрическая экспертиза.

Больные шизофренией составляют значительную долю среди испытуемых, проходящих судебно-психиатрическую экспертизу

как по уголовным, так и по гражданским делам. Половина обследованных, признанных невменяемыми, обычно составляют больные шизофренией. Под влиянием бредовых и галлюцинаторных переживаний больные могут совершить уголовно наказуемые деяния против личности, например: нападать или защищаться от мнимых преследователей, устранять мнимых недоброжелателей, мешающих реализации их «эпохального научного проекта».

Больной с бредом, безуспешно пытавшийся освободиться от мнимой болезни, может совершить покушение на жизнь врачей, будучи убежденным, что врач старается ему навредить или даже его умертвить. Некоторые больные шизофренией могут совершать корыстные преступления, быть участниками криминальных группировок. Нередки случаи агрессивного поведения больных шизофренией в отношении своих близких.

Больные шизофренией, а также больные со стойкими бредовыми идеями в момент совершения преступлений признаются, как правило, невменяемыми, в связи с неспособностью осознавать фактический характер и общественную опасность совершенных действий и руководить ими, и направляются в психиатрическую больницу на принудительное лечение. К разряду исключений относятся случаи шизофрении, когда после перенесенного приступа наступает стойкая глубокая ремиссия с полной трудовой адаптацией и отсутствуют или выражены нерезко изменения личности. В таких случаях возможно признание больного вменяемым.

Среди больных, совершающих криминальные поступки, преобладают мужчины. Заболевание у них начинается сравнительно рано и отличается полиморфизмом.

Оценка дееспособности больных шизофренией определяется психическим состоянием больного, обусловливающим его возможность понимать (непонимать) значение своих действий или руководить ими. Гражданские акты, совершенные больным в психотическом состоянии, юридической силы не имеют.

Однако признание этих же больных не дееспобными с наложением опеки требует большой взвешенности и осторожности, следует учитывать социальные позиции больного, прогноз его заболевания. Известно, что многие из этой группы больных, несмотря на имеющиеся выраженные психические расстройства, продолжали работать и поддерживать установившийся стереотип семейных взаимоотношений.

К группе эндогенных психических расстройств помимо наиболее распространенных шизофрении и эпилепсии относится периодически протекающий аффективный (маниакально-депрессивный) психоз или циклофрения. В судебно-психиатрической практике это заболевание встречается нечасто, однако предполагает значительное своеобразие экспертной оценки. Прежде всего ее неоднозначность связана с фазными проявлениями болезни, между которыми могут наблюдаться периоды интермиссии, т. е. полного психического здоровья. Главными критериями в диагностике маниакально-депрессивного психоза являются спонтанность (аутохтонность) возникновения четко очерченных по времени, длительность не приводящих к дефекту личности аффективных фаз. При этом важное значение имеет наличие наследственной отягощенности, а в структуре болезненных проявлений возможность атипии как в вариантах течения, так и в самих клинических признаках.

Как показывает само название, в течении заболевания чередуются периоды маниакальных и депрессивных состояний, однако нередко встречаются периодические мании или, что значительно чаще, периодические депрессии, а также сдвоенные фазы или непрерывно чередующиеся, без светлых промежутков, разнополюсные фазы.

Увеличение количества больных, у которых диагностируется маниакально-депрессивный психоз (МДП), обусловлено значительным возрастанием частоты выявляемых депрессий. Для депрессии в рамках МДП существует термин – эндогенная, и выражается такая депрессия триадой признаков: подавленным, тоскливым настроением; замедленностью мышления и моторной (двигательной) заторможенностью. Тоска при этом всеобъемлющая, массивная, безысходная. Иногда больные локализуют ее в области сердца. Часто беспокоят упорные и своеобразные головные боли, не поддающиеся обычной болеутоляющей терапии. Однако хуже физического воспринимаются моральные страдания – утрата привычных чувств, резонанса окружающему. Больные жалуются, что не ощущают своего тела, не испытывают чувство насыщения при еде, утратили чувство принадлежности своему «я». Больных постоянно одолевают тягостные мысли о собственной никчемности, ничтожности, греховности. Характерны также идеи самообвинения и самоуничижения с высоким риском суицидального поведения.

Начальный период депрессивной фазы длится 2–3 недели и проявляется неврозоподобной симптоматикой: общей вялостью,

адинамией, отсутствием предприимчивости и инициативы, бессонницей, отсутствием аппетита, тягостными телесными ощущениями, что уже может навести на предположение о необычности такой астении, к которой вскоре присоединяются сенестопатические явления в различных участках тела. Характерным становится облик депрессивного больного: на лице сдвинутые брови с поперечной складкой между ними, на глазах слезы, хотя для классической эндогенной депрессии более характерна «сухая» тоска. Веки редко мигают, склеры суховаты. Поза согбенная, однообразная, движения крайне медлительны. Чаще больные стоят у своей койки или лежат, укрывшись с головой. Отличительными особенностями такой депрессии являются суточные колебания (при пробуждении свет не мил, во второй половине дня тяжесть депрессии разряжается), немотивированный страх, чувство остановки времени. За счет интеллектуального торможения затруднено осмысление, переключение ассоциаций, ответы на вопросы больные дают с значительной задержкой, тихим голосом, медленно, не в состоянии вести целенаправленную беседу. Вегетативными проявлениями депрессии считаются сухость слизистых и кожных покровов, запоры. Галлюцинации не являются характерными, но встречаются на высоте депрессивных переживаний и несут обвинительную тему, предрекая страшную кару и наказание.

К клиническим вариантам эндогенной депрессии относятся:

– депрессивный ступор: аффективное и моторное торможение, при котором больной тихим голосом пытается отвечать на вопросы, на лице его застывшее выражение тоски;

– возбудимая депрессия: на фоне заторможенности больной способен на депрессивный монолог;

– брюзжащая депрессия: больной не столько подавлен, сколько ворчлив, всем недоволен;

– анестетическая депрессия: нерезко выраженное торможение, однако интеллектуальная заторможенность может выражаться жалобами деперсонализационного порядка.

Встречаются также депрессии с навязчивостями и даже параноидными идеями, но они свидетельствуют об атипии и представляют для специалиста существенные трудности в дифференциальной диагностике.

Маниакальная фаза. Симптоматика маниакальной фазы представляет из себя триаду противоположных признаков: повышен-

ное настроение, ускоренное течение психических процессов, психомоторное возбуждение. Такие больные веселы, фон настроения у них повышен, они шумны, многоречивы, крайне активны, для них не существует никаких препятствий, оценка ими своих способностей повышена. Они полны физических сил и энергии, на серьезные реальные неприятности не отвечают, но порой крайне бурно реагируют на незначительные обиды и замечания, считая, что их сковывают и притесняют.

По степени выраженности маниакальные состояния могут различаться как гипомания, выраженная мания, маниакальное неистовство. Даже при невыраженных маниях такие больные бросаются в глаза из-за своей неусидчивости, крайне активной мимике, громкой быстрой речи. Они всегда в центре внимания, строят планы, часто нереализуемые, мало спят, рано просыпаются и сразу берутся за дело, которое вскоре бросают, отвлекаясь на новое. Они расточительны, склонны к переоценке своих способностей и внешних достоинств, флиртуют, вступают в случайные связи. Следует отметить, что описываемый стереотип поведения обычно не является характерным для личности пациента, поэтому заставляет заподозрить начальные проявления болезни. Ассоциации ускорены, возникают необычайно легко, хотя общая линия мысли поначалу не утрачивается, но по ходу речи всплывает масса других ассоциаций по сходству и созвучию. Больные пытаются рифмовать, патетически декламировать. Внимание крайне обострено, но отвлекаемо, при этом все попадает им «на язык». Часто они признаются, что голова необычайно четко работает, усиливается память, хотя эти ощущения субъективны и истинная гипермнезия встречается редко. Поведение маниакальных больных некритично. На высоте состояния возможно присоединение бредоподобных идей величия, реформаторства, знатного происхождения, которые возникают за счет повышения аффекта и четко с ним коррелируют. Изредка описываются элементарные зрительные, обонятельные и слуховые галлюцинации, но они преходящи, транзиторны.

Вариантами маниакального состояния являются:

– гневливая мания: при этом вместо веселости проявляются гневливость, нетерпеливость, раздражительность с бурными вспышками в обществе, вместо вязкости аффекта – экзальтированность, усиливающаяся к вечеру;

– спутанная мания: на высоте маниакального состояния наступает нарушение сознания, близкое к онейроидному с бессвязным мышлением и двигательным возбуждением;

– гипомания: невыраженное повышение аффекта, часто не приводящее к заметному нарушению адаптации и госпитализации больного.

Смешанные состояния – комбинация элементов депрессивной и маниакальной фаз – могут выражаться в виде депрессии с возбуждением; депрессии с вихрем идей; депрессии с возбуждением и вихрем идей; непродуктивной мании; акинетической мании и маниакального ступора.

Типы течения МДП:

– классический, при котором маниакальные и депрессивные фазы, чередующиеся друг с другом, перемежаются светлыми состояниями (интермиссиями);

– со сдвоенными фазами, отделенными светлыми промежутками;

– непрерывный – без светлых промежутков;

– периодические мании;

– периодические депрессии.

Смягченным вариантом МДП, достаточно распространенным среди населения, считается *циклотимия*, при которой вся симптоматика менее выражена и никогда не достигает психотического уровня. Однако характерна сезонность немотивированного колебания настроения от гипомани и до субдепрессии: приподнятого, активного с творческим подъемом и легкого упадка с отдельными навязчивостями и усталостью. Такие больные обычно сохраняют трудоспособность и не требуют госпитализации в психиатрический стационар.

Судебно-психиатрическая экспертиза.

Судебно-психиатрическая экспертиза при МДП определяет сроки возникновения и длительность фаз и интермиссий. Несмотря на хроническое течение маниакально-депрессивного психоза, этот диагноз лишь в случаях непрерывного чередования фаз, достигающих психотического уровня, или крайне затяжных фазах может служить первым из медицинских критериев невменяемости – хроническое психическое расстройство. Диагностика МДП чаще предполагает использование понятия временного психического расстройства, поскольку разрешение психотического состояния с переходом в интермиссию может позволять больному сохранить полную социальную адаптацию и трудоспособность, а в

отношении криминальных действий – полную ответственность. Таким образом, лица, совершившие противоправные деяния в период психотических фаз (как маниакальной, так и депрессивной) должны признаваться невменяемыми в отношении содеянного, тогда как противоправные действия, совершенные в межприступном периоде, оцениваются как поведение лица, способного осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Вменяемыми являются и лица с признаками циклотимии, поскольку уровень психических нарушений в этом случае не столь глубок и не исключает достаточного критического и волевого контроля за поведением, хотя в случаях, когда деликт причинно связан с аффективными нарушениями, даже не столь выраженными, возможно заключение о неполной способности испытуемого руководить своими действиями, а потому согласно ст. 22 УК РФ в отношении такого лица могут быть применены принудительные меры медицинского характера, соединенные с исполнением наказания. Во всех остальных случаях принудительное лечение должно предусматриваться с учетом психического состояния и содержания общественно опасного деяния.

Аналогично решается вопрос о фактической дееспособности больных маниакально-депрессивным психозом в гражданском процессе: наличие маниакального или депрессивного состояния исключает в момент совершения гражданского акта способность понимать значение своих действий и руководить ими, тогда как сделки и гражданские акты, совершенные в светлых промежутках болезни, оцениваются как действия лица, способного понимать значение своих действий и руководить ими.

В экспертизе потерпевших, каковыми нередко становятся лица в маниакальном состоянии вследствие их виктимного поведения, конфликтности, провоцирующей агрессию, учитывается выраженность психических расстройств, которые могут нарушать способность к адекватному восприятию окружающего и лишать потерпевшего способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания, а также понимать характер и значение совершаемых в отношении них действий и оказывать сопротивление, т.е. их состояние может определяться как беспомощное.

Эпизоды аффективных расстройств, возникающие у осужденных, требуют госпитализации в психиатрические стационары

мест лишения свободы, а при затяжном или непрерывном течении МДП могут служить основанием для освобождения от наказания с направлением на принудительное лечение в психиатрические учреждения органов здравоохранения.

Эпилепсия («падучая болезнь») – психическое заболевание, проявляющееся различными судорожными или бессудорожными припадками, психозами и специфическими изменениями личности. В качестве причин эпилепсии выступают очаговые поражения головного мозга (родовые и послеродовые травмы, асфиксия, аномалии развития плода и др.). Наследственная предрасположенность также играет большую роль в происхождении заболевания.

Симптоматика эпилепсии сложна и многообразна.

1. Судорожные приступы. Частота припадков у разных больных весьма различна, от единичных в течение жизни до нескольких припадков в сутки. Длительность припадка не превышает 5 минут. В большом судорожном припадке есть определенная фазность болезненных проявлений: внезапная утрата сознания с расслаблением мускулатуры тела и падением больного, затем фаза судорог (до 3 минут) и заключительный период припадка коматозное состояние с обездвиженностью, отсутствием реакции на окружающее и постепенным переходом в сон. Во время судорог больной нередко прикусывает язык.

2. Бессудорожные приступы или психические эквиваленты.

а) дисфории эпилептические внезапные расстройства настроения. При дисфориях чаще всего наблюдается тоска, тревога, страх со злобностью, подозрительность, готовность к разрушительным действиям против окружающих. Нередко больные жалуются на неодолимое желание убить кого-нибудь из близких или покончить с собой;

б) сумеречные помрачения сознания с бредом и галлюцинациями или без самая частая форма расстройства сознания при эпилепсии, определяется дезориентировкой в месте, времени, собственной личности и неправильным поведением. При таких состояниях возможен лунатизм. При этом во время ночного сна больные встают и бесцельно бродят по комнате, выходят на улицу, забираются на крыши, не узнают близких, затем сами ложатся спать, нередко в самом неподходящем месте;

в) эпилептические психозы. Они бывают острыми, затяжными и хроническими, протекают без помрачения сознания. Наибольшее значение в судебной психиатрии имеют бредовые формы;

г) изменения личности. Помимо судорожных расстройств, психических эквивалентов и психозов эпилепсии свойственны изменения личности с её деградацией. Это могут быть вспышки гнева по незначительному поводу, повышенная раздражительность, придирчивость, склонность к ссорам, вспышки злобы с опасными действиями против окружающих. У других, напротив, преобладает робость, боязливость, льстивость, угодливость, слащавость. Мышление вязкое, тупоподвижное. Постепенно слабеют сообразительность и память, суживается круг интересов. Может наступить эпилептическое слабоумие.

Течение эпилепсии, как правило, хроническое. Начало припадков чаще относится к детскому и подростковому возрасту. Болезненный процесс останавливается приблизительно в 5–10%случаев. Больным эпилепсией категорически противопоказано употребление спиртных напитков. Возникновение эпилепсии в раннем детском возрасте вызывает задержку умственного развития, близкую по структуре к олигофрении.

Судебно-психиатрическая оценка эпилепсии.

Судебно-психиатрическое значение эпилепсии определяется значительной распространенностью этого заболевания среди населения (1–5 на 1000) и, главное, особой тяжестью правонарушений (преимущественно против личности), совершаемых больными в различных патологических состояниях, а также трудностью клинической и экспертной оценки ряда эпилептических расстройств.

Установление диагноза эпилепсии не предопределяет однозначного экспертного решения. Более того, один и тот же больной может быть признан вменяемым в отношении преступления, совершенного в межприступном периоде, и невменяемым в отношении деяния, совершенного во время приступа психического расстройства.

Наиболее важным и трудным в судебно-психиатрической практике является распознавание скоропреходящих эпилептических расстройств. Трудность определяется прежде всего необходимостью ретроспективного воспроизведения клинической картины состояния в момент противоправных действий. Основную роль при этом играют показания свидетелей. Важны также первоначальные показания обвиняемого, данные им вскоре после содеянного. Для экспертов первостепенное значение имеют тщательно и квалифицированно собранные материалы дела, содержащие характеристику поведения больного, его внешнего вида, речевой продукции незадолго, в момент и вскоре после правонарушения.

Криминальные действия, совершенные в сумеречных состояниях, имеют ряд особенностей: внезапность, безмотивность, отсутствие умысла, отсутствие мер предосторожности, часто невероятную и бессмысленную жестокость, нанесение жертве множественных тяжелейших ранений, бесцельное изуродование и расчленение трупа. Подобный характер преступления сам по себе вызывает предположение о сумеречном помрачении сознания. Такие больные невменяемы.

Общественно опасные действия возможны во время малых припадков, а также других кратковременных эпилептических расстройств. В судебно-психиатрической практике это обычно транспортные аварии (наезды на пешеходов), поджоги, акты эксгибиционизма (обнажение половых органов в присутствии других лиц) и др. В этих случаях больных признают невменяемыми.

Лица с острыми затяжными и хроническими эпилептическими психозами должны признаваться невменяемыми, но нередко возникают трудности в распознании этих состояний.

Если правонарушение совершено в межприступном периоде, то вменяемость зависит от глубины имеющихся изменений личности. При выраженной эпилептической деградации, слабоумии больных признают невменяемыми.

Больных, признанных невменяемыми, направляют в зависимости от их психического состояния на принудительное лечение. В специализированных больницах лечат больных с частными сумеречными состояниями, с агрессивными тенденциями, а также больных с выраженной эпилептической деградацией личности. Больные без выраженных изменений психики признаются вменяемыми в отношении правонарушений, совершенных вне приступов. Таким больным в случае их осуждения рекомендуется амбулаторное лечение в исправительно-трудовых учреждениях. Эксперты-психиатры в своем заключении должны отмечать, что больной, страдающий припадками, не допускается к работе у огня, на высоте, около движущихся механизмов.

В заключение, следует отметить, что при разных психических заболеваниях подходы к больным.

Требуется учитывать особенности проведения судебно-психиатрической экспертизы, а также судебно-психиатрической оценки психического состояния подэкспертного:

– в момент совершения деликта (невменяемость);

– на определенный период времени (дееспособность).

Важным является также вывод о возможности (или невозможности) отбывать наказание и в каких условиях. Если требуется лечение, то необходимо указывать – какое именно (стационарное, амбулаторное) и где.

Список литературы

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020).

2. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 № 5487-1 (ред. от 24.04.2020).

3. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. от 24.04.2024).

4. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 № 174-ФЗ (ред. от 07.08.2023).

5. Федеральный закон «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ (ред. от 11.06.2021).

6. Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.07.1992 № 3185-1 (ред. от 30.12.2020).

7. Приказ Минздравсоцразвития РФ «Об утверждении инструкции об организации производства судебно-психиатрических экспертиз в отделениях судебно-психиатрической экспертизы государственных психиатрических учреждений» от 30.05.2005 № 370 (ред. от 16.07.2009).

8. Датий, А. В. Судебная медицина и психиатрия: учебник / А. В. Датий. – Москва: РИОР, 2009. – 309 с.

9. Жариков, Н. М. Судебная психиатрия: учебник для вузов / Н. М. Жариков, Г. В. Морозов, Д. Ф. Хритинин. – Москва: Норма, 2008. – 560 с.

10. Руководство по судебной психиатрии / под ред. Т. В. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича, А. А. Ткаченко. – Москва: Медицина, 2008. – 1150 с.

11. Козлов, В. А. Судебная психиатрия: учебный комплекс / В. А. Козлов. – Санкт-Петербург: Юридический центр Пресс, 2004. – 227 с.

12. Коханов, В. П. Психиатрия катастроф: учебное пособие / В. П. Коханов, И. Ф. Дьяконов. – Москва: Медицинское информационное агентство, 2008. – 447 с.

13. Никишова, М. Б. Депрессии и неврозы: учебное пособие / М. Б. Никишова. – Москва: Прометей, 2008. – 136 с.

14. Россинская, Е. Р. Судебная экспертиза в гражданском, арбитражном, административном и уголовном процессе: учебник / Е. Р. Россинская. – Москва: Норма, 2008. – 495 с.

Приходько А.Н.
канд. мед. наук, доцент
Санкт-Петербургский университет МВД РФ
г. Санкт-Петербург, Россия
Лоусон Арман
д-р. мед. наук, профессор
кафедра факультетской терапии
им. профессора В.А. Вольдмана
Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет
г. Санкт-Петербург, Россия
Гальцев Ю.В.
д-р. мед. наук, профессор
кафедра факультетской терапии
им. профессора В.А. Вольдмана
Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет
г. Санкт-Петербург, Россия

РЕСУРСЫ ПАМЯТИ И ИНТЕЛЛЕКТА И ИХ РАССТРОЙСТВО

Аннотация: *статья посвящена клинико-диагностическим и судебно-психиатрическим аспектам интеллектуально-мнестических расстройств, с акцентом на легкую степень умственной отсталости (дебильность). Рассмотрены основные виды нарушений памяти (амнезии, парамнезии) и интеллекта (олигофрения, деменция). На клинических примерах детально проанализированы критерии судебно-психиатрической оценки вменяемости, процессуальной дееспособности потерпевших и свидетелей, а также вопросы применения принудительных мер медицинского характера к лицам с олигофренией. Особое внимание уделено роли эмоционально-волевых нарушений в экспертной практике. Материал представляет практическую ценность для психиатров, врачей общего профиля и судебных экспертов.*

Ключевые слова: *интеллектуально-мнестические расстройства, олигофрения, судебно-психиатрическая экспертиза, вменяемость, амнезия.*

Распространенность психических заболеваний в современной популяции людей чрезвычайно высока, при этом регистрируется ежегодный рост заболеваемости психическими расстройствами. Знание симптомов и синдромов психической патологии позволяет правильно оценить уровень психических расстройств, их характер, установить диагноз, разработать индивидуальный подход к лечению, и, что немаловажно, выработать определенную тактику реабилитации таких пациентов. При изучении общей психопатологии значительное место отводится вопросам клиники и диагностики нарушений памяти и интеллекта (интеллектуально-мнестических расстройств). Обнаружение данной патологии всегда должно настораживать врача в отношении наличия у пациента тяжелого психического заболевания и подразумевать оказание ему специализированной помощи (как правило, стационарного уровня). Знание различных особенностей этих расстройств актуально для врача общего профиля в силу их широкой распространенности и частых первичных обращений таких пациентов к терапевтам, неврологам и врачам других специальностей.

Память – психический процесс накопления, хранения и использования информации, воспринятой человеком в различные периоды жизни.

Амнезия – отсутствие памяти (беспамятство), относящееся к определенным периодам времени.

Ретроградная амнезия – выпадение из памяти прошлых воспоминаний и событий, непосредственно предшествовавших развитию нарушений психической деятельности в форме помрачения сознания или бессознательного состояния. Распространяется на периоды времени от нескольких минут до многих лет.

Антероградная амнезия – утрата воспоминаний на события, относящиеся к периоду, непосредственно следующим за окончанием бессознательного состояния, помрачения сознания и некоторых других психических расстройств. Охватывает промежутки времени от минут до часов, дней, редко недель.

Антероретроградная амнезия – сочетание обоих типов амнезии – выпадение из памяти ряда событий, как предшествовавших болезненному состоянию, так и следовавших за ним.

Амнезия фиксационная – потеря способности запоминать текущие события.

Амнезия прогрессирующая –постепенно и последовательно нарастающее опустошение запасов памяти, развивающееся от запамятования событий последнего времени к запамятованию событий прошлого, в том числе и самых отдаленных, касающихся юности и детства.

Амнезия ретардированная (отставленная, запаздывающая) – запамятование событий, происходящих во время психического расстройства, в том числе и самих бывших психический расстройств. Происходит не сразу после окончания болезненного состояния, а спустя тот или иной отрезок времени. Поэтому больной сначала может многое рассказать, а позже уже не в состоянии этого сделать.

Парамнезии – обманы памяти. Наиболее важными являются псевдореминесценции и конфабуляции.

Псевдореминесценции – бывшие в действительности события, перенесенные в другие периоды времени.

Конфабуляции (ложные воспоминания) – сообщения о событиях, которых на самом деле не было.

Конфабулез – возникновение в короткие промежутки времени обильных конфабуляций, которые образуют либо один связный с последовательно развивающимся содержанием рассказ, либо несколько рассказов с разнообразным, но законченным в пределах одного рассказа содержанием.

Для точной оценки степени снижения интеллекта существуют специальные психологические методики, однако на практике обычно используют упрощенные задания, которые позволяют выявить самые грубые расстройства. Например, можно попросить найти сходство и отличие между двумя предметами, выполнить арифметические действия с двузначными числами, операции с днями недели и месяцами, объяснить смысл пословиц и поговорок, предложить простые задания на родственные связи («брат отца и отец брата – это одно и то же?») и др.

Важно обязательно поставить человека в ситуацию испытания его способностей, не полагаясь на общее впечатление от беседы, так как на снижение интеллекта указывает не утрата бытовых знаний, а расстройство абстрактного мышления. Следует оценить, что нарушено в первую очередь: предпосылки интеллекта (запоминание) или его ядерные функции (понимание).

Все нарушения интеллекта разделяются на две принципиально отличные группы: олигофрении и деменции.

Олигофрения (врожденная умственная отсталость, умственное недоразвитие, врожденное слабоумие) – группа патологических состояний, аномалий развития с врожденным или рано приобретенным нарушением познавательной деятельности преимущественно в виде интеллектуальной недостаточности.

Олигофрению в зависимости от глубины интеллектуального недоразвития принято делить на идиотию, имбецильность и дебильность.

Среди направляемых на судебно-психиатрическую экспертизу, больных с *идиотией* (наиболее глубоким врожденным слабоумием) и *имбецильностью* (тупоумием) немного.

Идиотия и имбецильность всегда обуславливают невменяемость. Эксперту-психиатру приходится иметь дело лишь с дебильными личностями.

Дебильность – легкая степень олигофрении. Такие больные с детства обнаруживают отставание в развитии, позже начинают ходить. Фразовая речь формируется к трем-четырем годам. Зачастую у них долго отмечаются дефекты речи.

В школе не могут полноценно осмыслить даже простой учебный материал, учатся плохо, остаются на второй год.

При дебильности рекомендуется обучение во вспомогательных школах.

Такие лица способны овладеть тем или иным видом труда, чаще не квалифицированного, трудовые процессы они выполняют механически, подражательно.

Интересы больных узки, они сосредоточены главным образом, на удовлетворение физиологических потребностей, развлечениях. Из книг читают сказки, смотрят в основном детские и приключенческие фильмы.

В отличии от имбецилов эти больные нередко могут обобщать полученный опыт, делать несложные умозаключения и практические выводы. В некоторых жизненных ситуациях, используя накопленный опыт, такие лица проявляют достаточную целенаправленность и активность.

Дебильность в зависимости от глубины интеллектуальной недостаточности принято делить на глубокую, умеренно выраженную и легкую.

Выделяют также *пограничную умственную отсталость* или говорят о задержке психического развития, подчеркивая обратимость, возможность компенсации интеллектуального дефекта.

В формировании пограничной умственной отсталости ведущая роль принадлежит неблагоприятным средовым факторам (неполные семьи, конфликты между родителями, родители страдали алкоголизмом).

Поэтому задержку психического развития следует рассматривать вне рамок олигофрении, как имеющую иные происхождения и исход, чем врожденная умственная отсталость.

Изменения критических способностей при дебильности различны. При легкой дебильности нередко сохраняется достаточная критическая оценка несложных ситуаций, возможных последствий своих поступков, понимание общепринятых норм поведения и требований закона.

Запоминания обычно недостаточны, но возможна хроническая механическая память (больные запоминают даты, факты, но использовать эти знания не в состоянии).

Внимание также нарушено. Речь дефектна.

Особое место среди клинических признаков дебильности занимают повышенная внушаемость и подчиняемость, вследствие чего такие лица легко подпадают под влияние других, соглашаются с любыми предложениями окружающих.

Интеллектуальная недостаточность при дебильности обычно сочетается с эмоциональными и волевыми нарушениями.

В зависимости от их выраженности выделяют "простой" тип дебильности, гиподинамический (торпидный) и гипердинамический (эретический) типы.

При «простом» типе эмоционально-волевые расстройства незначительны.

Гипердинамическому типу свойственна расторможенность, двигательное беспокойство, безмотивные аффекты.

При гиподинамическом типе отмечается общая заторможенность психических процессов.

В рамках эмоционально-волевых расстройств при дебильности нередки нарушения влечений. Могут встречаться пиромании (поджоги), реже дромомания (бродяжничество) и достаточно часто – патология сексуального влечения. Обострение этих прояв-

лений в пубертатном периоде приводит к опасным действиям или непредсказуемому поведению таких больных.

Оценка вменяемости при дебильности сложна, вместе с тем среди обвиняемых умственно отсталые встречаются нередко. Экспертный опыт говорит о том, что умственно отсталые совершают кражи, угоны транспортных средств; насильственные действия бывают реже.

При решении вопроса о вменяемости этих лиц главное место занимает выяснение интеллектуальной недостаточности, возможности ориентироваться в практических житейских делах, способности обследуемого к компенсации имеющегося дефекта, сохранности к адаптации.

Особое место принадлежит эмоционально-волевым расстройствам, которые усугубляют имеющийся дефект и мешают осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими.

Для оценки степени психических нарушений при дебильности имеют значение такие клинические признаки, как слабость суждений и особенно нарушение критики.

Кроме того, эксперт выявляет наличие и выраженность типичных для дебильности психопатологических нарушений: повышенной внушаемости и подчиненности, нарушение внимания, расстройств памяти, примитивности эмоций, импульсивности действий и т.д. Необходимо выяснить способность больного ориентироваться в конкретной ситуации, активность и целенаправленность в поступках, приспособляемость к новым условиям, способность участвовать в трудовой деятельности.

Пример №1.

Обследуемый И., 22 лет, обвиняется в изнасиловании. Наследственность не отягощена. В детстве перенес пневмонию, корь, дизентерию в тяжелой форме. Отставал в психическом развитии. Был вспыльчивым, драчливым. В школе с 8 лет, дважды оставался на повторный курс в первом классе, переведен во вспомогательную школу. На уроках неусидчив, расторможен. Дома груб, агрессивен по отношению к матери, часто убегал из дома, совершал мелкие кражи, в связи с чем состоял на учете в инспекции по делам несовершеннолетних. С четырнадцати лет находился под наблюдением психоневрологического диспансера с диагнозом: олигофрения в степени дебильности.

Окончив 6 классов вспомогательной школы, работал кровельщиком. К работе относился недобросовестно, допускал прогулы, употреблял спиртные напитки. В 20 лет женился, имеет дочь. В алкогольном опьянении совершил изнасилование гр. А.

Психическое состояние: во время беседы несколько развязан, не ощущает дистанции, раздражителен, обидчив. Сведения излагает последовательно, фиксирует внимание врача на том, что состоит на учете у психиатра. При этом старается показать себя «тяжелобольным», просит помочь ему. Словарный запас ограничен, объем знаний и представлений бедный, вместе с тем хорошо ориентируется в практических вопросах. Мышление конкретного типа, достаточно последовательное, логичное. Склонен к аггравации своей интеллектуальной ограниченности. Правонарушение не отрицает, но ссылается на запамятование некоторых своих действий, пытается уверить, что у него в период правонарушения «что-то случилось с головой». Вместе с тем сожалеет о содеянном, понимает противоправность и наказуемость своих действий, озабочен исходом дела. В отделении склонен к нарушению режима, конфликтует с медперсоналом, но при замечании легко корригирует свое поведение.

Заключение: олигофрения в степени легкой дебильности; вменяем.

Определение вменяемости-невменяемости при эмоционально-волевых расстройствах неодинаково.

Выраженные эмоционально-волевые нарушения, усугубляя интеллектуальную недостаточность, при общей отрицательной динамике и неудовлетворительной социальной адаптации свидетельствуют о глубокой дебильности и дают основания считать обследуемых невменяемыми.

Пример №2.

Обследуемый В., 23 лет, обвиняется в убийстве 3-х летнего племянника. Отец умственно отсталый, сестра больна эпилепсией. Гр. В. отставал в психическом и физическом развитии, рос тихим, замкнутым. В школе с девяти лет материал не усваивал, в первом и во втором классах оставался на второй год, в дальнейшем с трудом переходил из класса в класс. Окончив 8 классов, поступил в ПТУ, но учиться не смог, так как не справлялся с программой. В последующем не работал, в 19 лет установлена инвалидность II группы, дома помогал матери по хозяйству. Родственники характеризуют его трудолюбивым, но вспыльчивым,

злобным, иногда у него отмечались «вспышки ярости», во время которых он избивал членов семьи. В день правонарушения ожидал получения пенсии, был напряженным, злобным, бранил почтальона, который не принес деньги. В это время его 3-х летний племянник попросил хлеба и воды, в ответ на это гр. В. стал избивать ребенка руками, ногами, бил его головой о стену.

Психическое состояние: во время беседы сидит в однообразной позе, опустив голову, при обращении к нему иногда робко улыбается. Движения замедленные, угловатые, неуклюжие. Сведения о себе сообщает кратко, непоследовательно, после настойчивых расспросов, говорит простыми, короткими фразами. Речь бедна, запас общеобразовательных сведений скудный; едва читает по слогам, простые арифметические действия выполняет с ошибками, не улавливает переносного смысла пословиц и поговорок. При расспросах о правонарушении не высказывает сожаления о смерти племянника, не испытывает чувства вины, заявляет, что был очень зол на почтальона, который не принес пенсию, а племянник попался под «горячую руку». Обнаруживает повышенную внушаемость, стереотипно повторяет все, что говорят другие.

При шуме в палате, резком замечании пугается, становится растерянным, беспомощным, не может произнести ни одного слова, долго не успокаивается.

Заключение: олигофрения в степени выраженной дебильности; невменяем.

Меры медицинского характера в отношении невменяемых олигофренов должны быть дифференцированными. Следует учитывать глубину интеллектуальной недостаточности, выраженность и характер эмоционально-волевых расстройств, особенности и повторность правонарушений.

Лица с дисфорическими нарушениями склонны к повторным опасным действиям, их поведение плохо корректируется, поэтому следует рекомендовать направление таких больных на принудительное лечение в специализированные психиатрические больницы. Такие же меры следует применять в отношении дебильных личностей с расстройствами влечений, особенно сексуальных, поскольку опасные действия они зачастую совершают многократно при явном снижении способности регулировать свое поведение.

При иных типах нарушений эмоционально-волевой сферы применяют принудительное лечение в общих психиатрических больницах и иногда лечение на общих основаниях.

Показанием к прекращению или изменению вида принудительного лечения при олигофрении следует считать снижение активности, редукцию осложняющих состояние эмоционально-волевых расстройств.

Экспертиза потерпевших и свидетелей является одним из относительно частых видов судебно-психиатрического освидетельствования при олигофрении. Около половины всех таких экспертиз касаются дебильных личностей.

Особенно часто дебильные личности встречаются среди потерпевших по сексуальным делам.

Умственно отсталые девушки из-за снижения критики и усиленного полового влечения, нередко становятся жертвами сексуального посягательства, а нередко сами провоцируют его.

Способность правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания связаны с глубиной интеллектуальных расстройств и особенностями эмоционально-волевой сферы.

Глубокая дебильность предопределяет невозможность участия в судебно-следственных действиях в качестве потерпевшей. При вынесении подобного решения экспертам целесообразно указывать на беспомощное состояние таких лиц.

Легкая неосложненная дебильность обычно не препятствует выступать в качестве потерпевшей (свидетеля). Выраженные психопатоподобные нарушения с фантазированием, лживостью, расстройствами влечения обычно не позволяют правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания.

Так же расценивается состояние большинства больных с гиподинамическим вариантом дебильности, у которых отмечается патологическая повышенная внушаемость и подчиняемость. Во всех таких случаях часто бывают оговоры и самооговоры больных, их показания изменчивы, зависят от содержания, тона вопроса, влияния лиц, присутствующих во время следствия.

Судебно-психиатрическое освидетельствование свидетелей, страдающих олигофренией, встречается реже, критерии экспертной оценки аналогичны, приведенным выше.

В заключении следует отметить, что правильная оценка у человека интеллекта в норме и патологии чрезвычайно важно для врачей любой специальности. Существует множество аспектов (лечебно-диагностических, социальных, юридических), когда необходимо верно и в кратчайшие сроки установить наличие возможных нарушений в этой наиважнейшей сфере психической деятельности человека, а также решить вопрос о происхождении расстройств, их врожденном или приобретенном генезе.

Список литературы

1. Дурова, Е. В. Судебная медицина и судебная психиатрия: учебно-методическое пособие для слушателей факультета заочного обучения / Е. В. Дурова, М. С. Жигулина; ВИ МВД России. – Воронеж, 2015. – 37 с.

2. Практическое руководство по производству судебных экспертиз для экспертов и специалистов: практическое пособие / под ред. Т. В. Аверьяновой, В. Ф. Статкус. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: Юрайт, 2016. – 725 с.

3. Козлов, В. В. Основы судебно-психиатрической экспертизы: учебное пособие / В. В. Козлов, Е. Е. Новикова. – Москва: Флинта, 2012. – 184 с. – URL: http://www.knigafund.ru/books/179124 (дата обращения: 01.06.2024).

4. Величко, Н. Н. Основы судебной медицины и судебной психиатрии: учебник / Н. Н. Величко. – Москва: ИМЦ ГУК МВД России, 2002. – 324 с.

5. Ермакова, Е. В. Понятие и значение симуляции психических расстройств в уголовном судопроизводстве: учебное пособие / Е. В. Ермакова; УГУ, Ин-т права, соц. упр. и безопасности. – Ижевск, 2008. – 96 с.

6. Ковалев, Ю. В. Расстройства личности (психопатии): лекция / Ю. В. Ковалев, А. Р. Поздеев, В. Ф. Дергачев; ВИПК МВД России. – Домодедово, 2002. – 32 с.

7. Козлов, В. А. Судебная психиатрия: учебный комплекс / В. А. Козлов; под ред. В. П. Сальникова, В. Д. Исакова; МВД РФ, СПбУ. – Санкт-Петербург, 2004. – 227 с.

8. Основы психиатрии: учебное пособие / МВД РФ, СПбУ; сост. В. М. Воробьев, В. В. Гоголева, В. А. Шаповал. – Санкт-Петербург, 2008. – 260 с.

9. Судебная психиатрия: курс лекций / СПбУ МВД России; под ред. В. Д. Исакова. – Санкт-Петербург, 2011. – 78 с.

10. Судебная психиатрия: учебник / сост. Н. М. Жариков [и др.]. – 5-е изд., перераб. и доп. – Москва: Инфра-М, 2011. – 624 с.

11. Трофимов, Е. Н. Судебная психиатрия: учебное пособие / Е. Н. Трофимов; МВД РФ, ВА. – Волгоград, 2009. – 106 с.

12. Назаренко, Г. В. Принудительные меры медицинского характера: учебное пособие / Г. В. Назаренко. – Москва: Флинта, 2011. – 73 с. – URL: http://www.knigafund.ru/books/179151 (дата обращения: 01.06.2024).

Куликова Л.
нейропсихолог, логопед,
директор центра Абрис
г. Владимир, Россия

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА РЕСУРСНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРОФ. КОВАЛЕНКО Н. П. В ЦЕНТРЕ НЕЙРОПСИХОЛОГИИ И ЛОГОПЕДИИ ЛАРИСЫ КУЛИКОВОЙ «АБРИС» (г. ВЛАДИМИР)

Аннотация: *Центр «Абрис» был основан в городе Владимире в 2006 году как семейный центр нейропсихологии и логопедии для детей, подростков и взрослых. Основатель Центра – Куликова Лариса Владимировна, нейропсихолог, медицинский логопед, семейный ресурсный психотерапевт.*

Ключевые слова: *ресурсная терапия, нейропсихология, логопедия.*

С методом ресурсной психотерапии профессора Натальи Петровны Коваленко мы работаем более 10 лет. Наталья Петровна - куратор нашего Центра, обучала своему методу членов команды «Абриса» в 2017–2018 годах.

Методичесая истема Натальи Петровны Коваленко органично встроилась в работу нашего Центра. Миссия Центра – это коррекция речи и высших психических функций детей и подростков, восстановление речи у взрослых, потерпевших поражение мозговых структур в результате черепно-мозговых травм (ЧМТ), нейроинфекций, инсультов и т. д.

Речь – это самая главная часть в жизни человека. Она обеспечивает через общение нашу коммуникативны е связи в обществе. От того, как мы говорим, зависит и программа нашей жизни. Если ребёнок или взрослый говорит хорошо и красиво, умеет выстраивать своё речевое высказывание, то он будет радостен и успешен в жизни.

Все изменения в речи в положительном ключе ведут к изменениям в поведении детей, а поведенческие моменты отражаются на взаимоотношениях в семье. Семья заинтересована в динамике речевого и когнитивного развития ребенка, она мотивирует и поддерживает одновременно.

Семья, по определению Натальи Петровны, это – живая система. В работе Центра мы придерживаемся этого принципа. Поэто-

му актуальным становится направление – коррекция не только ребёнка, его речевых, поведенческих проблем или обучения, но и трансформация всей семейной системы, что происходит в основном через мать.

Известно утверждение, что ребёнок несет в себе те установки, которыми бессознательно его «наградила» мама в момент зачатия, беременности и раннего постнатального периода. Если мы исправляем речь ребёнка и его поведение, то эти изменения ведут за собой изменения в семье.

Если семья поддерживает устремления ребёнка, то она подстраивается под изменения и соглашается с тем, что нужно менять отношение к ребёнку через работу с собой, а это, в основном, речь про маму.

По данным исследований Министерства просвещения, 87% детей имеют задержки речевого и психологического развития – и это высокий показатель. Родители часто закрывают глаза на эти проблемы, перекладывают ответственность на специалистов, хотя работа в семейной системе зачастую играет решающую роль.

Поэтому в нашем Центре после обследования ребёнка на предмет нарушений речи, поведения или обучения всегда отслеживается взаимодействие матери и дитя – в какой позиции находится мать по отношению к ребенку, во взрослой или детской, как она участвует в решении проблемы, какие вопросы есть у нее самой и есть ли мотивация в изцелению ребенка.

На этапе входа в коррекционный маршрут мы предлагаем маме, которая согласилась на психотерапевтическую работу, диагностику по инстинкт-ресурсам, разработанную проф. Натальей Петровной Коваленко. Далее – диагностику перинатального периода, патогенных эмоциональных связей в ее семейной системе.

На основе полученных данных выстраиваем маршрут коррекции не только ребёнка, но и матери в психотерапевтическом подходе. Используем методы ресурсных инсталляций, арт-терапии, иногда пропевание ресурсных песен, голосение. Проходя ресурсную терапию в Центре, мама получает собственное развитие, освобождается от негативных наследственных программ, патогенных семейных штампов поведения.

Ресурсные методики Натальи Петровны помогают улучшить отношения в семье и посмотреть на терапевтический процесс работы с клиентами центра «Абрис» комплексно.

Случай из практики.

На приём в центр «Абрис» пришла мама с жалобами: ребёнок в 2 с половиной года не говорит, не ест твёрдую пищу, вместо слов он использует указательный жест, либо сопровождает этот жест мычанием.

На диагностике увидели, что мама не принимает своего сына, сравнивает его с остальными детьми, испытывает от материнства большой стресс. Женщина слишком сильно включалась во внешние оценки и принимала негативное мнение других людей о своём ребёнке как норму, потеряла веру в его изменение. Именно по этой причине, кроме обследования у медицинских специалистов, я предложила маме психотерапевтические сессии.

По результатам исследования инстинкт-ресурсов по методу Натальи Петровны Коваленко маме был предложен план психотерапевтической коррекции. В итоге, мама начала принимать своего малыша таким, каков он есть на самом деле, настроилась и почувствовала безусловную любовь к сыну и это принесло ей облегчение и появились силы на позитивное взаимодействие с ним.

У мальчика появился интерес к твёрдой пище и аппетит, потому что мама тоже стала чувствовать вкус к жизни – она полюбила своего ребёнка через себя, и уже через 2 недели малыш начал повторять слоги, восстановилось носовое дыхание. Ребёнок стал лучше спать, изменились поведенческие моменты, появилась коммуникация не только с матерью, но и с другими членами семьи.

Казалось бы, что эта проблема логопедическая, но решили мы её с помощью ресурсной терапии в комплексном подходе, в котором участвует не только ребёнок вместе со специалистами, но и сама мама, исцеляя себя, становясь целостной.

Часто дети, которые поздно начинают говорить, своим молчанием как бы просят маминой безусловной любви и принятия, качественного общения и обучения. Результата можно не добиться, если такую причину нарушения речи корректировать только логопедическими техниками.

Система ресурсной психотерапии по методу проф. Коваленко Н. П. органично вошла в деятельность нашего центра, потому что это даёт максимальный результат – быстрый и точный.

Научное электронное издание

ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ ЗДОРВОЬЕ И РЕСРУСЫ ЧЕЛОВЕКА

Сборник научных статей симпозиума

(Санкт-Петербург, 5 сентября, 2025 г.)

Научный редактор *Н. П. Коваленко*
Компьютерная верстка *Е. А. Малышева*

Подписано к использованию 17.12.2025 г.
Объем 2,05 Мб. Тираж 20 экз.
Уч. изд. л. 9,4.

Издательский дом «Среда»
428023, Чебоксары, Гражданская, 75, офис 12
+7 (8352) 655-731
info@phsreda.com
https://phsreda.com