


А.И. Колчин, Н.В. Говорин, М.М. Аксенов



**ТРАНСПЕРСОНАЛЬНАЯ
ПСИХОТЕРАПИЯ
ПРИ РАССТРОЙСТВАХ
АДАПТАЦИИ**

Министерство здравоохранения и социального развития РФ
Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
Читинская государственная медицинская академия (Чита)

Учреждение Российской академии медицинских наук Научно-исследовательский
институт психического здоровья Сибирского отделения РАМН (Томск)

А. И. Колчин, Н. В. Говорин, М. М. Аксенов

ТРАНСПЕРСОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АДАПТАЦИИ

Издательство «Иван Федоров»

Томск

2011

УДК 616.891.6:616.895.4]:615.851
ББК 64-324-325+Р357
К619

Р е ц е н з е н т ы :

А. А. Овчинников – д.м.н., профессор
заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии
факультета клинической психологии
(ГОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет)

Ю. В. Дроздовский – д.м.н., профессор
заведующий кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии
и клинической психологии
(ГОУ ВПО Омская государственная медицинская академия)

Колчин А. И., Говорин Н. В., Аксенов М. М.
К619 Трансперсональная психотерапия при расстройствах адаптации. – Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2011. – 146 с.

ISBN 978-5-91701-038-0

Монография посвящена проблеме психотерапевтической помощи больным расстройствами адаптации. Работа содержит теоретические подходы к пониманию места трансперсональной психотерапии при оказании помощи больным тревожно-депрессивными расстройствами психогенного происхождения. Авторами изучены преморбидные особенности больных и клиническая динамика в процессе проведения трансперсональной психотерапии, определены клинические и личностные предикторы эффективности терапии, установлены клиничко-нейрофизиологические корреляции по показателям биоэлектрической активности головного мозга. Раздел, посвященный клиничко-нейрофизиологическим характеристикам невротических тревожно-депрессивных расстройств при проведении трансперсональной психотерапии, подготовлен совместно с Е. Г. Элизбарян, В. В. Ахметовой. Монография адресована врачам психиатрам, психотерапевтам, нейрофизиологам, неврологам и другим специалистам, занимающимся проблемами психического здоровья.

Рисунков 23, таблиц 15, приложений 3, библиография 364 наименования.

УДК 616.891.6:616.895.4]:615.851
ББК 64-324-325+Р357

ISBN 978-5-91701-038-0

- © Колчин А. И., Говорин Н. В., Аксенов М. М., 2011
- © ГОУ ВПО Читинская ГМА Росздрава, 2011
- © НИИ психического здоровья СО РАМН, 2011
- © Оформление переплета, Аксенова М. М., 2011
- © Издательство «Иван Федоров», 2011

Список сокращений

- БПМ – базовая перинатальная матрица (по С. Грофу)
- БЭА – биологическая электрическая активность головного мозга
- ВНД – высшая нервная деятельность
- ГАМК – гамма-аминомасляная кислота
- ИСС – измененное состояние сознания
- КШСД – клиническая шкала синдрома депрессии
- МКБ – Международная классификация болезней ВОЗ
- СКО – системы конденсированного опыта
- СП – спектральный показатель
- ТДР – тревожно-депрессивное расстройство
- ТППТ – трансперсональная психотерапия
- УД – уровень депрессии
- ЦНС – центральная нервная система
- ЭЭГ – электроэнцефалография



Введение

В настоящее время в России отмечается значительный рост распространенности различных невротических расстройств [3, 20, 24, 29, 61, 74, 126, 143]. В возникновении данной патологии большая роль принадлежит стрессовым факторам; выделяется особая значимость социальных последствий депрессивных и ассоциируемых с ними нарушений [11, 28, 265, 275, 286].

Сочетание синдромов тревоги и депрессии – довольно распространенное явление среди пациентов в лечебных учреждениях общего профиля. W. H. Auden назвал современную эру «веком тревоги». В современной медицинской литературе уделяется много внимания объему, типу и влиянию тревоги [62, 82, 135, 148, 150, 153, 158, 227, 232]. Симптомы тревоги и беспокойства – наиболее распространенные психические симптомы, встречающиеся и у практически здоровых людей. По материалам многочисленных исследований (Ashton H., 2002) показано, что распространенность тревожных состояний среди мужчин составляет 2—4 %, среди женщин – 3,0—4,5 %. Тревожные расстройства составляют около 10 % от числа всех первичных случаев заболеваний, наблюдаемых в условиях общей практики, а среди тех пациентов, у которых можно диагностировать психическое расстройство, этот показатель достигает примерно одной трети.

Несмотря на значительное количество работ, посвященных клинике, дифференциальной диагностике, патогенезу, лечению и профилактике тревожно-депрессивных расстройств, многие вопросы остаются либо не исследованными, либо дискуссионными [6, 9, 34, 66, 69, 78, 249, 252, 328]. Главным образом, обращается внимание на их модальность, интенсивность, аффективные проявления, некоторые патогенетические аспекты, а также на различные варианты фармакотерапии. В значительно меньшей степени изучены механизмы психотерапевтического воздействия при невротических расстройствах, затрагивающие, главным образом, аффективную сферу. Анализ этиологических отношений при невротических тревожно-депрессивных расстройствах показал, что воздействие психотравм еще не включает в себе возможности невротического состояния: для того, чтобы они приобрели патогенность у данного конкретного больного, необходимы определенные типологические особенности нервной системы и личности [26, 59, 85, 245, 360].

В окружающей реальности встречаются обстоятельства (психотравмы), которые выглядят резко отличающимися от других,

и расцениваются как особые, выходящие за рамки. Эти состояния насыщены разнообразными эмоциями и переживаниями (страх, чувство обиды, вина, тревожность, злоба, беспомощность и т. д.). В рамках экзистенциально-гуманистического направления психотерапии эти состояния определяются как «экзистенциальный кризис» [117, 118, 119, 123].

Особого внимания заслуживает влияние измененного состояния сознания (ИСС) в условиях трансперсональной психотерапии (ТППТ) на преодоление эмоциональных трудностей, связанных с психотравмой. ТППТ в большей степени относится к экзистенциально-гуманистическому направлению и рассматривает кризис экзистенции как неизбежный поворотный пункт или критический момент, после которого развитие личности повернется в ту или иную сторону, используя возможности роста, способность к выздоровлению и дальнейшей дифференциации [45, 46, 52, 58, 89, 155, 255].

Актуальность проведенного исследования определяется во влиянии измененного состояния сознания (ИСС) в условиях трансперсональной психотерапии (ТППТ) при лечении невротических тревожно-депрессивных расстройств с учетом воздействия на вероятностные этиопатогенетические механизмы их возникновения. Кроме того, важным являлось изучение динамики аффективных расстройств невротического тревожно-депрессивного регистра на уровне клинических, психологических и нейрофизиологических аспектов.

В данной работе было выдвинуто предположение, что повторное проживание в условиях ТППТ специфических травмирующих воспоминаний, лежащих в основе тревожно-депрессивного расстройства, будет нести освобождающий эффект и свидетельствовать об эффективности указанной психотерапии.

Проведенными исследованиями были установлены клинко-динамические закономерности редукции тревожно-депрессивных нарушений посредством трансперсональной психотерапии. Отмечено, что наряду со снижением невротической симптоматики в ходе лечения происходит некоторая реструктуризация личности в сторону заметного снижения уровней фрустрации и ригидности установок. Определены половые различия в виде более быстрой редукции невротических проявлений у женщин.

Проведен анализ эффективности использования трансперсональной психотерапии в лечении пациентов с тревожно-депрессивными нарушениями в результате расстройств адапта-

ции. Разработаны рекомендации по профилактике невротических расстройств адаптации с помощью трансперсональной психотерапии.

Выявлены изменения биоэлектрической активности головного мозга в терапевтической динамике в виде повышения спектрального показателя альфа3-ритма в лобно-височных областях и снижения тета-активности в теменно-центрально-затылочных и префронтальных зонах. Определены изменения в бета-диапазоне частот (увеличение СП бета1 в лобно-височных и префронтальных и снижение бета2 в теменно-затылочных областях мозга).

Установлены корреляционные взаимосвязи между параметрами ЭЭГ и показателями патопсихологических исследований, полученными до и после лечения. Выявлены клинико-нейрофизиологические корреляты эффективности трансперсональной психотерапии.

На основе полученных данных установлено эффективное нормализующее влияние трансперсональной психотерапии на тревожно-депрессивные нарушения, а также на некоторые подструктуры невротической личности. Разработан вариант проведения группового трансперсонального психотерапевтического курса, при проведении которого можно достигнуть существенного снижения уровня невротических расстройств в сокращенные сроки лечения.

Определен прогноз эффективности трансперсональной психотерапии, предикторами которого являются снижение уровня ригидности и фрустрации, что достигается при повторном проживании в измененных состояниях сознания специфических психотравмирующих воспоминаний.

Установленные клинико-динамические закономерности и нейрофизиологические особенности тревожно-депрессивных нарушений в условиях трансперсональной психотерапии позволят углубить познания о механизмах развития невротических расстройств и особенностей их редукции, дифференцировать показания для использования данной психотерапии в устранении расстройств адаптации.

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА: ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ДИНАМИКИ И ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ (Обзор литературы)

1.1. Клинико-динамические закономерности тревожно-депрессивных расстройств (механизмы возникновения и клиническая динамика)

Невроз (новолатинское «neurosis», происходит от древнегреческого «νεῦρον» – нерв; синонимы: психоневроз, невротическое расстройство) – в клинике рассматривается как собирательное название для группы функциональных психогенных обратимых расстройств, имеющих тенденцию к затяжному течению. Клиническая картина таких расстройств характеризуется астеническими, навязчивыми и/или истерическими проявлениями, а также временным снижением умственной и физической работоспособности. Понятие «невроз» было введено в медицину в 1776 г. шотландским врачом Уильямом Кулленом. Психогенным фактором во всех случаях являются конфликты (внешние или внутренние), действие обстоятельств, вызывающих психологическую травму, либо длительное перенапряжение эмоциональной или интеллектуальной сфер психики [6, 90, 143, 159, 342].

Уточняя эти положения, Б. Д. Карвасарский (1980) рассматривает неврозы как конфликтогенные заболевания личности, возникающие в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека и проявляющиеся в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений [77, 78].

Возникновение невротических расстройств под воздействием психических травм в настоящее время является общепризнанным в медицине положением. Как показывает клинический опыт, неврозы редко возникают в результате одномоментных тяжелых психотравм. Напротив, для них типична латентная негрубая хроническая (длительная) психотравмирующая ситуация, как, например, для невротической депрессии, характеризующейся психогенно обусловленным выраженным снижением настроения в сочетании с астеническими симптомами [21, 96, 101, 136, 157, 334].

На это указывал В. А. Гиляровский (1973), отслеживая, что невротическое состояние порождается не прямой непосредственной реакцией на психотравму, а длительной переработкой ее

обстоятельств и последствий в сознании больного с невозможностью адаптации его к новым условиям. Необходимым элементом этиологии неврозов являются особые типологические особенности нервной системы больного, особый склад его характера [27, 29, 133].

Анализ этиологических отношений при невротических расстройствах показал, что воздействие психотравмы еще не включает в себе возможности невротического состояния: для того, чтобы они приобрели такую патогенность у конкретного больного, необходимы определенные типологические особенности нервной системы и личности, которые получили бы особое «звучание» под их воздействием. Указанный «интрогенный» (Иванов-Смоленский А. Г., 1974) фактор, или фактор предрасположения, необходим. Изучение этого вопроса показало, что наиболее уязвимыми в этом отношении оказываются лица с астеническими, истерическими, тревожно-мнительными и психастеническими чертами характера [98, 104, 105, 165].

Значительная роль в формировании невротических ТДР принадлежит личностной уязвимости, предрасположенности к «нервному срыву» [121]. С одной стороны, характерна выраженная лабильность настроения, сопровождающаяся аффективно окрашенными реакциями, с другой – ригидность, сдержанность, склонность к фиксации на отрицательных эмоциях. Как указывают М. Roth и С. Q. Mountjoy (1997), речь идет о лицах, которые легко приободраются, воодушевляются в связи с приятными событиями, но так же легко впадают в уныние, разочаровываются, «зацикливаются» на неудачах, неприятных жизненных коллизиях [98]. Интенсивность стрессового воздействия большей частью невелика, не многим отличается от событий обыденной жизни (семейные или служебные неурядицы, материальные затруднения и т. п.), но субъективно значима [174]. Существенная роль в ряду психогенных факторов принадлежит длительно существующим неразрешимым ситуациям, порождающим состояние фрустрации (хроническое заболевание ребенка, алкоголизм одного из супругов и связанные с этим постоянные конфликты). Среди таких ситуаций следует вычлнить вынужденную эмоциональную изоляцию (Лакосина Н. Д., 1994), т. е. невозможность выразить привязанность в связи с длительной разлукой с близкими людьми или вынужденную необходимость подавлять эмоциональные реакции в связи со сложившейся структурой семейных отношений. При этом вклад генети-

ческих факторов незначителен, поскольку среди родственников первой степени родства аффективных заболеваний, как правило, не обнаруживается [104, 105].

Патогенное воздействие не равнозначно заболеванию, оно не является этиологией до тех пор, пока, преломившись через нервную систему, не сформировало собственного патогенетического механизма [150]. Немецкая школа клинической психологии рассматривает следующие биологические факторы, ведущие к нарушению регуляции психобиологических механизмов адаптации, а впоследствии к невротическому депрессивному расстройству: генетическая диспозиция, нейробиологические дисфункции [150].

Майнрад Пере и Урс Бауманн (2003), предлагая собственную биопсихосоциальную модель генеза невротических ТДР, выделяли психосоциальные факторы, лежащие в основе нарушений механизмов адаптации. К ним относятся: стрессовые жизненные события, авersive и несуппортивные средовые условия, неблагоприятные влияния окружающей среды в процессе развития [150]. В некоторых других исследовательских подходах, например, в эволюционно-биологической либо в эволюционно-психологической концепции, особое значение придают утратам социального ранга и социальных ролей [182].

Другую релевантную фоновую информацию дают демографические факторы риска, разработанные в соответствующих эпидемиологических исследованиях. Отмечено, что распространенность ТДР у женщин существенно выше, чем у мужчин, и считается самым частым психическим расстройством, а у мужчин – это второе по частоте заболевание (после алкоголизма) [150]. То же самое справедливо и для различий в болезненности расстройствами в зависимости от возраста. Например, доказано, что у молодых людей частота ТДР значительно выше, причем частота депрессий возрастает после пубертатного периода [284].

Как указывалось выше, в последнее время наряду с влиянием острых стрессоров в общую структуру условий возникновения часто попадает и потенциальное влияние хронических психосоциальных стрессоров – повседневных долговременных перегрузок. Особое внимание при этом уделяется семейным и супружеским отношениям лиц, страдающих невротическими расстройствами; положение о том, что эти отношения часто носят дисфункциональный (напряженно-конфликтный) характер, подтверждается многочисленными эмпирическими данными [207]. Кроме

того, многие исследователи выявляют у больных с ТДР повышенный уровень профессиональных перегрузок [16, 17, 230].

Депрессия (от лат. «*depressio*» – подавление, угнетение) – психическое расстройство, характеризующееся патологически сниженным настроением, тоской, тревогой, апатией с негативной, пессимистической оценкой себя, своего положения в окружающей действительности и своего будущего. Депрессивное изменение настроения, наряду с искажением когнитивных процессов, сопровождается моторным торможением, снижением побуждений к деятельности, соматовегетативными дисфункциями. Депрессивная симптоматика негативно влияет на социальную адаптацию и качество жизни [137, 138, 156, 160]. Необходимо учитывать, что при некоторых формах депрессии (возможно, обусловленных дисфункцией серотонинергической системы) на первый план могут выступать и нарушения способности управлять тревогой и агрессивностью [12, 20, 30, 31]. В литературе представлены психофармакологические данные, где указано, что при лечении больных тревожными расстройствами эффективны препараты, оказывающие специфическое действие на серотонинергические системы нейромедиации. В то же время эти соединения могут не обладать антидепрессивными свойствами (или быть неэффективными при определенных формах депрессии). Аналогичные данные получены и при изучении лекарственных средств, ослабляющих агрессивность. Таким образом, ослабление тревожности и агрессивности может способствовать улучшению клинической картины во время депрессивного эпизода [223, 245].

Несмотря на то что тревожно-депрессивные нарушения относятся к наиболее распространенным невротическим расстройствам, круг собственно психологических и патопсихологических работ, посвященных этой теме, достаточно ограничен [71, 75]. Психологическое осмысление болезненных тревоги и депрессии наталкивается на ряд трудностей уже при попытке определения первичного аффекта. Начиная с Е. Краепелин (1923) симптомы депрессивного синдрома относятся к различным сферам и объединяют феноменологически разнородные проявления: пониженное настроение, умственно-речевое торможение и моторную заторможенность [293]. В связи с тем, что некоторые признаки имеют не абсолютное значение, возникают серьезные трудности в однозначной квалификации основного аффекта. Как правило, крайние варианты решения этого вопроса представлены «типо-

логическим» направлением, определяющимся на модальности доминирующего аффекта [65], формы проявления, степени выраженности, этиологии либо, напротив, с поиском универсальных механизмов депрессии и игнорированием ее типологической неоднородности [140, 141].

Невротическая депрессия наиболее часто развивается после или, напротив, предшествует тревожным состояниям. Тревожные и депрессивные состояния тесно взаимосвязанны. Например, о высоком уровне тревоги свидетельствует суммарный балл оценки депрессии по широко распространенной шкале депрессии М. Гамильтона [284, 285]. Кроме того, на фоне приема антидепрессантов у больных иногда наблюдается усиление тревожности, хотя симптомы депрессии при этом могут уменьшаться [282].

Существует множество клинических вариантов сочетаемости депрессивных и тревожных расстройств. Тревожность может быть одним из проявлений депрессивного синдрома, полностью исчезая после успешного разрешения депрессивного эпизода. Снижение настроения нередко является следствием затяжного состояния тревоги, а после панических приступов иногда наблюдаются непродолжительные, но тяжелые депрессивные эпизоды, представляющие собой ответную реакцию на перенесенное психическое напряжение [38, 190, 192]. Из ряда эпидемиологических исследований по вопросам коморбидности следует, что повышенная вероятность возникновения депрессий может быть следствием тревожных расстройств, обратная связь наблюдается значительно реже [190, 225, 291].

Немецкий ученый Р. Клусман в своих исследовательских работах о неврозах (2004) сообщал, что 50 % пациентов с тревожными расстройствами страдают «вторичной депрессией» [84].

Сочетание нескольких психических вариантов депрессивных состояний оказывает существенное влияние на реабилитационную тактику. Показано, что у больных с одновременно текущей невротической депрессией и тревожным расстройством повышается риск развития хронизации заболевания, снижается эффективность обычной медикаментозной терапии и ухудшается прогноз [196].

В клинике легких и умеренно выраженных расстройств депрессивного спектра, по мнению Н. Roberis (1985), проблема переносимости лечения звучит особенно актуально. Как считают С. Н. Мосолов (1995), Е. Г. Костюкова (2002), при лечении депрессий невротического уровня выраженные побочные эффекты

антидепрессивной терапии могут приводить не только к усилению социальной дезадаптации, но и к утяжелению симптоматики самой депрессии. Также отмечается высокая чувствительность больных дистимией и соматизированными депрессиями к развитию холинолитических побочных эффектов. Результаты проведенных исследований позволяют утверждать, что для таких больных характерна более тяжелая клиническая картина заболевания [170, 172], краткосрочный прогноз у них менее благоприятен [223], они чаще оказываются социально дезадаптированы [264] и хуже поддаются лечению, чем лица, страдающие только депрессией. По данным L. A. Frost, у молодых людей с этими сочетанными психическими расстройствами чаще наблюдаются и неврологические заболевания [209].

Гипотимные состояния, выступающие в клинической картине невротического тревожно-депрессивного расстройства, лишены некоторых свойств эндогенной депрессии: аффекта витальной тоски, идей самообвинения, идеаторной и моторной заторможенности. Не наблюдается и нарушений циркадного ритма в форме вечернего (реже – утреннего) улучшения настроения [88]. Депрессия больше звучит в высказываниях больных, не отражаясь существенным образом на их внешнем облике и поведении. По мере течения болезни пониженное настроение не приобретает свойств стойкой меланхолической подавленности, а напротив, подвержено значительным колебаниям, амплитуда которых тесно связана с изменениями жизненных обстоятельств. Среди клинических проявлений чаще всего, наряду со слабо дифференцированной подавленностью, выступают: расстройства сна (инициальная инсомния, прерывистый сон, раннее пробуждение); слезливость; варьирующая по интенсивности тревога; жалобы на слабость и разбитость; снижение активности; жалость к себе, нередко сочетающаяся с тенденциями к обвинению окружающих [88, 90, 260, 351].

Для указанных невротических расстройств характерны обратимость патологических нарушений, независимо от их длительности; психогенная природа заболевания, которая определяется существованием связи между клинической картиной неврозов, особенностями системы отношений, присущей личности больного, с патогенной конфликтной ситуацией; со специфичностью клинических проявлений, состоящей в доминировании эмоционально-аффективных и соматовегетативных расстройств [18, 98, 352, 358].

1.2. Нейрофизиологический аспект невротических расстройств

Нейрофизиологический аспект в изучении психогенных расстройств представляется особенно актуальным, так как психическая травматизация, являющаяся их причиной, всегда содержательна и отражает индивидуальное отношение человека к травмирующим обстоятельствам, сформированное в результате его личного и жизненного опыта. Вместе с тем психическая травма ведет к дезорганизации деятельности нервной системы и организма в целом, вызывает возникновение многообразных функциональных нарушений. Изучение нарушений нейродинамики требует использования разнообразных нейрофизиологических методик. Исследование высших психических функций, объективная диагностика нарушений и изучение их патофизиологических механизмов при невротических заболеваниях является актуальной проблемой нейрофизиологии [2, 13, 43, 73, 94].

Огромный вклад в понимание вопросов патогенеза неврозов внес И. П. Павлов, впервые в истории медицины создавший подлинно научную теорию их патогенеза. В основе ее лежат созданные им концепции типов ВНД, учение об экспериментальных неврозах и о взаимодействии корковых сигнальных систем, а также коры и подкорковых образований [144]. В соответствии с этим учением в основе невротических расстройств лежит срыв ВНД с перенапряжением внутреннего торможения, либо раздражительного процесса, либо их подвижности под влиянием психических травм и различных «перегрузок», непереносимых для данной нервной системы. Клиническая форма невротического расстройства, ее конкретная симптоматика определяется как особенностями срывной ситуации, обуславливающей перенапряжение их возбуждения, торможения или подвижности, так и типом (фенотипом) ВНД больного [130, 131, 144]. В соответствии с этим существуют и более конкретные патогенетические механизмы каждого из невротических расстройств. Так, при невротических депрессиях речь идет об общих (но не структурных) нарушениях ВНД, которые составляют ее патогенетические механизмы. Они состоят в резком, патологическом преобладании раздражительного процесса над внутренним условным торможением, что характерно для лиц, в преморбиде отличающихся безудержным холерическим или (в особо тяжелых ситуациях)

сангвиническим темпераментом. В клиническом выражении это гиперстеническая форма неврастении [72, 149].

Общепринято считать, что в основе патогенеза невротического ТДР лежит недостаток медиатора дофамина. Предполагается, что он принимает участие в регуляции функции моторной сферы, обладает психостимулирующим эффектом и отвечает за формирование определенного поведения [73, 80, 97, 204, 254].

Кроме медиаторов, при ТДР могут происходить изменения со стороны нейропептидов, а именно эндорфинов – биологически активных веществ, обладающих свойствами гормона и медиатора одновременно. Эндорфины отвечают за восприимчивость человека к болевым ощущениям [70, 73, 142, 145, 146]. Низкое содержание эндорфинов при «дистимии» объясняет плохую переносимость боли у людей, страдающих невротическими расстройствами. Также при расстройствах депрессивного спектра выявляются нарушения синаптической передачи, преимущественно относящиеся к тормозным ГАМК-ергическим системам мозга (отмечено снижение гамма-аминомасляной кислоты – ГАМК – во время депрессии) [145, 147, 162, 163]. ГАМК снижает уровень тревоги, принимает участие в регуляции потока нервных импульсов, блокируя высвобождение других медиаторов: дофамина и норадреналина. Вследствие дефицита ГАМК происходит дезорганизация взаимодействия нервных клеток, осуществляющих обработку сенсорной (экстра- и интроцептивной) информации и интеграцию моторной и регулярной активности. При этом возникают различные расстройства психической деятельности с соответствующими неврологическими и вегетативными проявлениями [147, 162, 205, 254].

Отечественный психолог А. Р. Лурия [112, 113, 116] выделял три блока, участвующих в реализации когнитивных функций: 1) *энергетический блок* – подкорково-стволовые структуры; 2) *центральные механизмы восприятия и переработки информации* – ассоциативные области мозга; 3) *блок программирования* с участием лобных долей мозга. Когнитивные нарушения могут быть связаны с дисфункцией каждого из трех структурно-функциональных блоков головного мозга [113, 114, 115]. При поражении образований, входящих в состав первого блока (специфических структур среднего и промежуточного мозга, медиобазальных отделов лобных долей), страдают активационные процессы [8, 13, 314]. В результате этого развиваются преимущественно нейродинамические нарушения, включающие нару-

шения внимания, психомоторную замедленность, модально-неспецифические нарушения памяти [39, 40, 43, 97].

Нейровизуализационные исследования поведенчески индуцированной тревоги у здоровых и лактатиндуцированной тревоги у пациентов с паническими расстройствами показали, что в возникновении нормальной и патологической тревоги может принимать участие общий путь, вовлекающий в патологический процесс височные полюса [43, 203, 287].

За последние годы теоретические представления об этиологии и патогенезе аффективных расстройств претерпели значительные изменения. Этот процесс определялся, в частности, тем, что длительное время доминировавшая моноаминовая гипотеза о природе депрессии не вполне согласовывалась с рядом клинических, фармакинетических и фармакодинамических аспектов антидепрессивной терапии [72, 73, 261]. В последнее время развиваются нейрофизиологические, нейрохимические и молекулярно-генетические методы исследования изменений структуры и функций головного мозга, что позволяет количественно измерить многие параметры прижизненной структуры и метаболизма мозга человека [14, 15, 72, 124, 149, 263]. Показано, что при депрессиях, которые в отличие от «органических» традиционно считались «функциональными» психическими расстройствами, отмечаются выраженные, причем не только ультраструктурные, но и макроморфологические повреждения нервной ткани [72, 73]. Более того, оказалось, что эти деструктивные процессы, происходящие на уровне как отдельных нервных клеток, так и ряда структур головного мозга, являются лишь частично обратимыми [70].

Комплекс явлений нейродегенерации (разрушения и гибели) и репарации (частичного восстановления) нервной ткани в современной биологической психиатрии получил наименование «нейрональная пластичность» (от англ. «neuroplasticity») [72, 73]. Термин «нейрональная пластичность» – относительно новый для психиатрии, но уже давно используется в других отраслях биологии и медицины. Например, в когнитивных нейронауках (экспериментальной нейрофизиологии, физиологии высшей нервной деятельности) этим термином обычно обозначали не столько морфологическую, сколько функциональную реорганизацию нервных сетей, лежащую в основе памяти, развивающуюся в процессе привыкания, при выработке условных рефлексов, при обучении [61,62]. Наиболее известной экспериментальной

моделью такой функциональной нейропластичности является образование условно-рефлекторной временной связи (по И. П. Павлову) и доминанта (по А. А. Ухтомскому) [72, 73]. Кроме того, длительная посттетаническая потенциация нейронов гиппокампа, т. е. повышение их чувствительности после неоднократного раздражения афферентных волокон и явление «раскачки» или «разжигания очага» (от англ. «kindling»), лежащее в основе возникновения и генерализации эпилептической активности [63, 72].

Для оценки сложных процессов ЦНС используются электрофизиологические методы [2, 41, 44, 70, 151, 152]. Одним из них является методика регистрации эндогенных потенциалов, поскольку они обусловлены собственной активностью мозга [2, 70, 254, 314]. В работах, посвященных изучению электрофизиологических коррелятов невротических депрессий, было показано, что у больных с «тоскливым» радикалом наблюдаются электрофизиологические признаки повышенного тонуса парасимпатической системы. Клинические проявления – это сужение зрачка, понижение активности сердечно-сосудистой системы, сужение бронхов, сокращение стенок кишечника, красный дермографизм и водянистый пот. Для группы больных с «тревожным» радикалом характер электрофизиологических показателей указывает на противоположный эффект – повышение тонуса симпатического отдела вегетативной системы, хотя были отмечены признаки ее функциональной недостаточности [152, 187, 188, 203, 254, 346]. Это напрямую связано с дефицитом серотонина (в большей степени), норадреналина и с дисбалансом их взаимодействия. У больных с признаками апатии, судя по электрофизиологической активности и вегетативным показателям, отмечался близкий к норме характер реагирования, но с ослаблением интенсивности [124, 142, 261].

При использовании методов топографического картирования биоэлектрической активности мозга были выделены три типа количественных ЭЭГ-паттернов при депрессии. Больные тяжелой депрессией демонстрировали более высокие индексы альфа-ритма, чем в норме; сниженное настроение с признаками раздражительности соответствовало рассогласованной биоэлектрической активности; при аффективном расстройстве органической природы чаще мог быть диагностирован атипичный ЭЭГ-паттерн. Э. Гельгорн, Дж. Луфборроу (1966), Т. С. Мельникова, А. И. Никифоров (1992) отмечали во время невротической де-

прессии дефицит торможения [124, 145, 163]. В многочисленных электрофизиологических исследованиях во время депрессии были выявлены нарушения межполушарного баланса [39, 43, 63, 70, 80]. Так, Н. Н. Брагина, Т. А. Доброхотова (1988), изучая последствия локальных поражений головного мозга, отметили, что при избирательном поражении височного отдела правого полушария у больных выявлялись «тоскливая депрессия», расстройство сна, периодические смены гипоманиакального и депрессивного состояний; при поражении левого полушария – «тревожная депрессия», уменьшение или исчезновение сновидений [80, 124].

Улучшение психонейрофизиологических характеристик больных при положительной динамике в процессе лечения отражает уменьшение степени функциональной дезинтеграции корково-подкорковых структур мозга. Предикторами эффективности проводимой терапии являются более низкий уровень тревоги, депрессии, алекситимии, меньшая выраженность вегетативных симптомов, а также более высокий уровень внимания и адаптации [12, 13, 14, 39, 204, 205, 270].

1.3. Место трансперсональной психотерапии в современном лечении невротических расстройств

Концепция эмоционального расстройства, вызванного травмой, существует более 100 лет [143, 148, 166]. Психотравмирующие ситуации насыщены разнообразными эмоциями и переживаниями, такими как страх и тревога, чувство обиды и вины, злоба и беспомощность, отчаяние и одиночество, ощущение некоего «края» жизни. Этот «край» называется *кризисом* [143, 166]. В переводе с греческого («kreses») кризис означает решение, поворотный пункт, исход. Находясь в этом состоянии, человек пребывает в угнетенном настроении, а иногда испытывает желание уйти из жизни. Однако это желание сосуществует с не менее сильным желанием жить, выжить. В результате человек чувствует себя изолированным от общества [143, 218].

Описывая (или понимая) критическую ситуацию, мы выделяем четыре основных понятия, которыми описываем критические жизненные ситуации: стресс, фрустрация, конфликт и кризис. *Стресс* (от англ. «stress» – напряжение) – это неспецифическая реакция организма на ситуацию, которая, как считает Н. Selye (1936), требует большей или меньшей перестройки организма, для того чтобы адаптироваться к изменившимся условиям. Эти

условия могут быть как внутренними (болезнь, усталость), так и внешними (резкое изменение происходящего вокруг человека). Любая жизненная ситуация вызывает стресс, но не каждая бывает критической [143, 166, 210]. Критическое состояние вызывает дистресс, который переживается как горе, истощение, сопровождающееся нарушением адаптации и контроля личности. Стресс – это неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование. В то же время выделяют представление о психологическом стрессе, который является реакцией, включающей оценку угрозы для человека и защитные процессы организма. *Фрустрация* (от лат. «frustracio» – обман, тщетное ожидание, расстройство) – состояние, для которого характерны два момента: наличие сильной мотивированности достигнуть цель и преграды, препятствующие достижению (физические, биологические, психологические, культуральные). Столкнувшись с преградой на пути к сильно желаемой цели, человек испытывает беспокойство, напряжение, ярость, враждебность, зависть, ревность. Если состояние длится долго, то характерны безразличие, апатия, утрата интереса, вина, тревога [143, 166, 167]. *Конфликт* – это всегда столкновение чего-то с чем-то, это всегда столкновение интересов и высокой значимости этих интересов. Здесь уместно вспомнить патогенетическую концепцию В. Н. Мясищева, который рассматривал личность как «ансамбль человеческих отношений», а невроз как «конфликт наиболее значимых отношений».

Так, при проведении ретроспективного анализа сплошным методом историй болезни лиц, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в учреждения здравоохранения Читы за период с 1995 по 2004 г., ситуацией, приводящей к суицидальной попытке, 41,5 % суицидентов был назван «конфликт в семье» [37].

Аффективная толерантность значительно различается от человека к человеку, и такая вариабельность может иметь несколько различных причин [98]. Аффективная толерантность включает в себя целый ряд ресурсов и действий, которые делают возможным сознательное переживание эмоций. Способность человека обращаться со своими эмоциями зависит от характера его представлений о самом себе и того способа, каким интерпретируются чувства [98]. Э. Эриксон (1967) в своих работах рассматривал кризис как неизбежный поворотный пункт, критический момент, после которого развитие личности повернется в ту или иную

сторону, используя возможности роста, способность к выздоровлению и дальнейшей дифференциации [214, 257].

А. Маслоу (1970) в своих работах указывал на то, что неврозы следует рассматривать как расстройства духа или задержку личностного роста. Говоря о неврозах, он имел в виду утрату человеком смысла существования, сомнения по поводу целей жизни, горе и злость по поводу неразделенной любви, переосмысление человеком своего жизненного пути, потерю мужества и надежд, неприятие самого себя, сознание того, что жизнь прожита напрасно, неспособность радоваться и любить [123, 257]. Он рассматривал невроз как «ощущение неполноты вочеловеченности» («психологическое здоровье» в понимании А. Маслоу), чувство ущерба, невозможности исполнения своего – человеческого – предназначения.

Как было указано выше, при некоторых формах невротической депрессии на первый план могут выступать нарушения способности управлять тревогой и агрессивностью [4, 11]. Так, в своей исследовательской работе, изданном под названием «Невротическая депрессия как маска скрытой агрессии», В. П. Колосов (1996) приводит описание исследований больных, страдающих хронической тревожной депрессией (дистимией, согласно МКБ-10), которые кроме фармакотерапии получали курсы трансперсональной психотерапии. Результаты данной психотерапии позволили выявить латентно существующие патологические эмоциональные состояния, прежде всего агрессию, обычно сочетающуюся с чувством вины и аутоагрессии [88]. Символика трансперсонального опыта обнаруживала мощный комплекс деструктивных эмоций, часто бессознательный, не связанный с какой-либо конкретной ситуацией, включавший в себя злобу, в том числе в отношении себя, негативные тенденции комплексного порядка с желанием разрушать. Подобный комплекс глубинной агрессии был обнаружен у 8 больных из 14, занятых в вышеупомянутом исследовании [88].

Психотерапевтический трансперсональный анализ позволяет выявлять глубокую эмоциональную дисгармонию личности, основным выражением которой часто является нереализованная агрессия, вероятно, как следствие хронической фрустрации, что сами больные отрицают. Депрессия же есть фасад, бессознательная форма патологической психологической защиты. Символический материал постепенно осознаётся больными, что ме-

няет систему взаимоотношений, приводя к выздоровлению [76, 86, 87, 194].

Бихевиоральные, психоаналитические, суггестивные подходы в психотерапии достигают разрешения проблем пациентов лишь на биографическом уровне и в ряде случаев бывают неэффективными. Психотерапевтические подходы, ограниченные вербальным общением с пациентом, не всегда способны достигнуть «сердцевины» проблем, лежащих в неосознанной части психики. За долгую историю психотерапии был представлен достаточный ряд моделей объяснения аффективных невротических расстройств, согласно основным направлениям психотерапии, учитывая их концепции (динамическое, когнитивно-поведенческое, экзистенциально-гуманистическое) [1, 5, 22, 85, 128, 132, 161, 185, 200, 202, 208].

Таким образом, проблема оптимизации лечения больных с невротическими ТДР сохраняет свою актуальность до настоящего времени. При этом в последние годы при оценке эффективности разработанных средств и методов терапии приобретают большее значение многомерные комплексные исследования [64, 81]. Традиционно принято считать, что психотерапия оказывает лишь воздействие на психологические, личностные и социальные факторы, обуславливающие возникновение и динамику депрессивных расстройств, но многочисленные исследования позволили изменить данные представления. Изучение такого метода, как трансперсональная психотерапия, продемонстрировало на практике принцип психобиологического единства лечебного процесса. Терапевтическое воздействие осуществляется с помощью введения больных в измененное состояние сознания (ИСС), которое в виде специфических переживаний отражает глубинные процессы, сопряженные с биографическим опытом личности. В процессе трансформации данного внутреннего опыта формируется иное отношение больного к себе, окружающему миру, собственным психологическим проблемам, что, в свою очередь, способствует выработке новых конструктивных стереотипов поведения в социуме [54, 55, 68, 87, 111, 120, 127, 128, 255, 266, 277, 280].

Техники с использованием трансформирующих возможностей ИСС представляют собой динамический процесс активизации вытесненного материала в неосознанной части психики. Разблокировка информации, сдерживаемой в эмоциональных и соматических симптомах, приводит к освобождению от телесных блоков, позволяет разрешить внутренние психологические конфлик-

ты и гармонизировать психику. Все это наиболее важно при осознанном участии пациента в процессе своего выздоровления. Сочетание указанной техники с многочисленными приемами телесно-ориентированной психотерапии значительно повышает эффективность оказания помощи пациентам, страдающим тревожно-депрессивными расстройствами [75, 87]. Подобная комбинация использовалась и в данной исследовательской работе и описана в приложении 2.

Современные знания в области исследования ИСС позволяют подвести научную базу к их лечебному эффекту. Понимание многомерности психики и ее областей, лежащих за пределами обычного сознания (биографическая, перинатальная, трансперсональная), требует создания новых подходов и методов психотерапии [7, 10, 19, 47, 48, 53, 125, 197, 247, 250]. В ИСС используются возможности организма и психики как целостной самоорганизующейся биосистемы, способной к саморегуляции, динамической активизации и переработке глубинного материала в неосознанной сфере [49, 50, 75].

Трансперсональная психотерапия (от лат. «trans» – сквозь, через; «persona» – личность и от греч. «psyche» – душа; «therapy» – лечение) – один из методов современной психотерапии, относимый, главным образом, к экзистенциально-гуманистическому направлению. Экзистенциальная феноменология характеризует природу восприятия личностью своего мира и самого себя. Это подразумевает не столько попытку описать существующие в ее опыте отдельные объекты, сколько организацию всех отдельных жизненных переживаний в контексте целостного бытия – личности в мире [50, 54, 77, 134, 199]. Исследователи ТППТ в последнее время относят ее все больше к одному из самых мощных направлений современного психоанализа, которое синтезировало в себе идеи Отто Ранка (травма рождения), аналитическую психологию К. Г. Юнга и философские идеи современной физики В. Гейзенберга и Д. Боба.

Метод ТППТ начал оформляться как самостоятельная область исследований в конце 60-х гг. XX в. в США. Основателями этого направления выступили широко известные психологи, психотерапевты и мыслители: А. Маслоу, С. Гроф, А. Уотс, Э. Сьютич, М. Мерфи, С. Криппнер и др. [46, 123, 125, 308]. Лидерами и признанными последователями современной трансперсональной психотерапии и психологии являются С. Гроф, К. Уилбер, Ч. Тарт, А. Минделл, С. Криппнер, каждый из которых развил

собственное направление исследований, методы и школу [50, 51, 56, 60, 123, 125, 308].

Большое количество ученых разных стран изучают феномен трансперсонального воздействия на психику человека с разных полюсов. Кроме медицинского (терапевтического) эффекта, интересны и важны психологический, философский, антропологический и религиозный аспекты [10, 86, 107, 169, 194]. Так, известный русский ученый-религиовед Е. А. Торчинов (2002), исходя из глубинного религиозного опыта, обосновал и развил принципиально новый психологический подход к истолкованию феномена религии как особой психологической реальности. При этом он активно использовал разработки представителей трансперсональной психологии [194, 195].

ТППТ концентрируется на преодолении эмоциональных трудностей, мешающих полноценному развитию индивида. При ней подчеркивается роль эмоциональных и межличностных факторов в развитии психопатологии и придается большое значение трансцендентному опыту. Данный подход близок к духовным дисциплинам Востока и Запада, а также основывается на современных исследованиях, посвященных ИСС. В то же время не отвергает положений психодинамической и поведенческой психотерапии [5, 22, 35, 168].

Современная глубинная психотерапия и психология в исследовании сознания во многом обязаны швейцарскому психиатру К. Г. Юнгу [215, 216]. За время всей своей систематической клинической работы К. Г. Юнг продемонстрировал, что фрейдовская модель человеческой психики слишком узка и ограничена. Юнгом были собраны убедительные сведения, показывающие, что если мы хотим познать истинную природу психики, то нам следует смотреть намного дальше личной биографии и индивидуального бессознательного [51, 215, 288, 289]. Одним из самых известных нововведений Юнга явилась концепция «коллективного бессознательного» – как огромного резервуара зародышевой информации об истории и культуре человечества, который, находясь в глубинах нашей психики, доступен для каждого из нас. «Основные динамические паттерны коллективного бессознательного оказывают воздействие как на индивидов, так и на человеческое общество в целом»; Юнг назвал их «*архетипами*» [215, 216, 288, 289].

ТППТ питают два источника. Первый из них – теоретические работы, число которых быстро увеличивается, где авторы ана-

лизируют психологические структуры ИСС, когда «Я» человека начинает проявляться автоматически, т. е. без участия сознания, и обнажаются общие элементы внешне столь различных духовных традиций Востока и Запада [56, 64, 120]. Второй основой является трансперсональная практика самого психотерапевта. Так же, как и в психоанализе, личный опыт является необходимым условием для эмпатичной и компетентной терапии [46, 199]. Основное положение ТППТ заключается в следующем. Повседневное сознание и общепринятая концепция «Я» выражают лишь некоторые аспекты значительно более сложной психики индивидуума. Более высокие уровни сознания имеют определенную психологическую структуру и можно выйти на них с помощью ИСС, а также спонтанно, благодаря «пиковым переживаниям» (peak experiences) [52, 54, 278, 279, 290, 310]. Получаемые в клинической практике данные все больше свидетельствуют о том, что ТППТ дает хорошие результаты даже в тех случаях, когда психофармакотерапия, поведенческая или психодинамическая психотерапия потерпели неудачу [19, 52, 75, 120, 303].

ТППТ изучает сознание в широком спектре его проявлений: множественность состояний сознания, духовный кризис, около-смертные переживания, развитие интуиции, творчества, высшие состояния сознания, личностные ресурсы. Данная методика опирается на целостное видение человека в перспективе его личностного роста, классическую философскую антропологию, мировые духовные традиции, разнообразные способы самопознания и психотерапии, такие как медитация, холотропное дыхание, телесно-ориентированные техники, терапия искусством, работа со сновидениями, активное воображение и самогипноз [64, 111, 120, 169].

Место и значение ТППТ в современном лечении невротических расстройств определяется тем, что она, предлагая особый взгляд на психическое здоровье и патологию, обеспечивает интегративный, многоаспектный подход к индивиду. В результате разворачивания переживаний (биографические, перинатальные, трансперсональные или все три одновременно) болезненные симптомы «проясняются» [47, 48, 236, 246, 278]. Трансперсональные (надличностные) переживания обладают терапевтическими возможностями, имеют значение для творчества, эстетического и этического развития; особую актуальность приобретает трансперсональный подход в лечении наркомании и алкоголизма как видов духовного кризиса, в психотерапии невротозов

и психологическом оздоровлении общества [46, 51]. ТППТ уделяет внимание большой и важной подгруппе необычных состояний сознания, значительно отличающейся от остальных и представляющей собою источник новых сведений о человеческой психике и в здоровом состоянии, и в условиях болезни. С. Гроф (1992) выделил эти состояния из всех остальных в особую категорию и дал им название «холотропные», что буквально означает «обращенный к цельности» (от греч. «holos» – целый, весь, «trepeiv» – движущийся к чему-либо или в направлении чего-либо) [47, 52, 54].

Феномены ИСС – это фундаментальные процессы, порождающие психологический опыт. Когда человек погружается в транс, возникают определенные феномены (проявления). В их числе регрессия в прошлое, прогрессия в будущее, наплыв воспоминаний (гипермнезия) или избирательное забывание (амнезия). По существу, феномены трансa можно рассматривать как фундаментальные психологические процессы, с помощью которых порождается и поддерживается внутренний опыт [36, 120, 127, 277, 278]. Феноменология и генезис ИСС были подробно описаны Людвигом (1966, 1968), а краткое определение предложено С. Тартом (1969): «Измененное состояние сознания для данного индивида состоит в том, что он отчетливо ощущает качественные изменения в образцах (формах) психического (mental) функционирования. Причем он чувствует не только количественные изменения, но также и то, что некоторое качество или качества его психических процессов – другие». И описание Людвига, и определение С. Тарта согласуются с понятием, введенным М. Блейером (1961) – *Bewusstseinsuerschiebung* (измененное, смещенное сознание). Людвиг (1968) перечислил факторы, которые могут вызвать состояние измененного сознания: 1) снижение внешней стимуляции и (или) моторной активности; 2) увеличение внешней стимуляции, двигательной сверхактивности и эмоционального сверхвозбуждения; 3) концентрированная и избирательная настороженность – готовность; 4) снижение готовности и падение критичности; 5) соматопсихологические состояния, такие как гипервентиляция, гипоксемия, обезвоживание, гипогликемия, лишение сна и воздействие критических температур [87, 129, 133, 169, 241].

В отечественной литературе проблема ИСС как самостоятельной темы была впервые поставлена в работе Д. Л. Спивака «Лингвистика измененных состояний сознания» лишь в 1986 г.

На сегодняшний день можно сказать, что комплекс явлений, возникающих при ИСС, можно рассматривать с любой из принимаемых позиций: нейродинамической, психологической и клинической. В этом контексте нейрофизиология, психология во всем ее многообразии, клиническая психопатология, гуманистические подходы психиатрии есть всего лишь разные способы экспликации единой проблемы измененных состояний сознания. Представление о психиатрии как об антропологической науке дает право рассматривать проблему ИСС во всех аспектах – от нейродинамического до экзистенциального, т. е. во всех антропологических измерениях, предполагающих, помимо прочего, и философский анализ. В качестве проблемы для последующего изучения в литературе выдвигается тезис о том, что адаптивная целесообразность ИСС может быть прослежена как общий знаменатель во всех аспектах проблемы [35, 46, 52, 64, 281].

Со времен Б. Малиновского и Э. Джонса, которые дискутировали о понимании Эдипова комплекса, антропологи и психиатры взирали друг на друга с немалым непониманием, вплоть до 1930-х гг., когда, как выразился Э. Сепир (1932), антропология стала признавать потребность в использовании психиатрических открытий и в сотрудничестве с психиатрами. Эта потребность образовала много пар антропологов и психиатров (или психоаналитиков). В результате этого сотрудничества событием стало целое направление – культура и личность [133, 194, 195]. С развитием в 1950-х гг. транскультуральной психиатрии психиатры стали обращаться к антропологам за консультациями по поводу сложных проблем сравнения культур [133].

По мнению Э. Бургиньона (2001), измененные состояния сознания имеют огромное значение для психотерапии, психологической антропологии, психиатрии, философии и психологии. Переживания в ИСС и наблюдения, к ним относящиеся, не могут быть объяснены внутри понятийных рамок академической психиатрии, которые ограничены послеродовой биографией и фрейдовским индивидуальным бессознательным [53, 55, 89, 198]. Чтобы найти объяснения феноменологии этих состояний и связанных с ними событий, мы нуждаемся в модели с несравненно более широкими и всеобъемлющими представлениями о человеческой психике, совершенно отличающимися от традиционных представлений о сознании. В этом смысле С. Гроф еще в начале своих исследований (работа с психоделиками) предложил гораздо более широкую картографию психики. Эта карта

в добавление к обычному (биографическому) уровню содержит две небюграфические области: околородовую (перинатальную), связанную с травмой биологического рождения, и надличностную (трансперсональную), которая отвечает за такие феномены, как происходящее отождествление себя с другими людьми, животными, растениями, явлениями и т. п. [48, 50, 53]. Последняя область является так же источником проявления как наследственной, этнической и филогенетической памяти, так и видений архетипических существ [52].

Биографическая область психики состоит из воспоминаний младенческого и детского возрастов и последующей жизни. Эта часть психики не требует подробных обсуждений, так как она достаточно хорошо изучена традиционной психиатрией, психологией и психотерапией. В свою очередь, бессознательное, как оно описывается Фрейдом, тесно связано с этой областью, так как состоит по большей части из послеродового биографического материала, который был впоследствии либо забыт, либо активно вытеснен. Однако в новой картографии описание и биографического уровня психики отнюдь не то же самое, что в традиционной [54, 55, 64]. Работа с холотропными состояниями приоткрыла некоторые стороны взаимодействия сил на биографическом уровне, которые оставались скрытыми для исследователей, использующих словесную психотерапию.

Новым, в понимании биографического уровня, было открытие С. Грофом того, что эмоционально значимые воспоминания концентрируются в бессознательном не в виде отдельных впечатлений, а как сложные функциональные комплексы. Этим скоплениям содержания памяти было дано название «системы конденсированного опыта» (СКО). СКО состоят из эмоционально нагруженных воспоминаний из разных периодов нашей жизни, которые схожи друг с другом по качеству чувства или физического ощущения, которое они разделяют [47, 54, 278]. Каждая СКО имеет базовую тему, которая проходит сквозь все слои СКО и представляет собой некий эмоциональный «общий знаменатель» этих слоев. Слои индивидуальной психики содержат в себе вариации этой базовой темы, которые имели место в предыдущие периоды жизни индивида [47, 54].

По сути, СКО есть динамический автоматизированный стереотип, возникший, в отличие от типичного стереотипа, в связи с очень быстрой эмоциональной фиксацией. СКО формируются как обычно, т. е. условно-рефлекторно (удовлетворение обыч-

ных потребностей), так и чрезмерно эмоциогенно, с действием механизма ускоренной фиксации, а поэтому не всегда адекватны дальнейшим ситуациям. Бессознательный уровень отдельного индивида содержит в себе несколько СКО. Слои отдельной СКО могут, например, содержать в себе все базовые воспоминания о накопленных в разное время переживаниях (унизительные, оскорбительные и позорящие, которые нанесли ущерб самооценке). В другой же СКО общим знаменателем может быть страх, пережитый в разнообразных скандальных и пугающих положениях, или же чувства клаустрофобии и удушения, вызываемые гнетущими и ограничивающими обстоятельствами [47, 54, 87]. Особенно важными являются СКО, содержащие воспоминания о встречах с обстоятельствами, угрожающими жизни и здоровью. В дополнение к негативным комплексам существуют также еще и комплексы, которые охватывают воспоминания о чрезвычайно приятных и даже экстатических мгновениях и ситуациях [47, 279, 280]. Общее представление о движущей силе СКО возникло в процессе психотерапевтического лечения пациентов, страдающих от тяжелых видов психопатологии, где очень важную роль играла работа с травмирующими сторонами жизни [47, 280].

Существует определенное взаимодействие движущих сил между СКО и наличным внешним миром. Внешние события жизни особым образом могут приводить в действие соответствующие СКО, и наоборот, действующие СКО вынуждают чувствовать и вести себя таким образом, чтобы условно-рефлекторно воспроизводить их базовые темы в жизни. Этот механизм отчетливо наблюдается в практической работе с переживаниями. В холотропных состояниях содержание переживания, восприятие окружающего и поведение пациента в общих чертах определяется СКО, а конкретнее – тем слоем системы, который в данный момент проявляется в сознании [47, 54, 55, 120].

Важно, что повторное проживание травматических воспоминаний в психотерапевтическом сеансе, несмотря на то что оно, как правило, является достаточно болезненным, не представляет собой повторную травматизацию. Это объясняется тем, что мы имеем дело не с точным отображением изначально травмирующей ситуации, но лишь с переживанием эмоциональной и физической реакции на него. Это важно, так как травмирующие события, которые были запечатлены в памяти, не были полностью пережиты, переработаны и приняты [47, 50, 54, 280]. Человек, сталкиваясь, в ходе ТППТ с прежней вытесненной травма-

тической ситуацией, уже является взрослым. Таким образом, содержание ИСС, вызываемое мощными видами переживания, позволяет индивиду присутствовать и действовать в двух разных наборах пространственно-временных координат. Полная возрастная регрессия позволяет пережить все чувства и физические ощущения изначального травматического происшествия с точки зрения ребенка и в то же время проанализировать и оценить эту память в терапевтических обстоятельствах зрелым взглядом взрослого человека. Участники могут испытывать переживания (в виде образов, воспоминаний, мыслей, телесных ощущений, звуков, включений обонятельной и вкусовой сфер) на биографическом, перинатальном и трансперсональном (надличностном) уровнях [51, 54, 87, 120, 277, 279].

Переработка более поздними слоями сознания травмы рождения играет важную роль в процессе практической психотерапии и самоосвоения. Переживания, порождающиеся на перинатальном уровне бессознательного, предстают в виде четырех отличных друг от друга систем (стадий), каждая из которых характеризуется особыми чувствами, физическими ощущениями и символической образностью. На каждой из стадий ребенок переживает характерный, типичный только для этой системы ряд интенсивных чувств и физических ощущений. Они оставляют глубокие бессознательные следы в психике, которые в дальнейшем будут иметь значительное влияние на жизнь индивида. С. Гроф их обозначил как «базовые перинатальные матрицы» (БПМ) – влияния, формирующие человеческое сознание в пренатальной жизни и в процессе рождения [47, 48, 53, 55, 279]. Приводим краткие описания четырех БПМ (по Грофу):

БПМ-1 – нахождение в беременной матке. Основные характеристики этой матрицы, а также вытекающие из нее образы отражают естественный симбиоз, существующий между матерью и ребенком в период его внутриутробного развития. Это создает атмосферу безопасности и защищенности.

БПМ-2 – начало процесса рождения. Биологическую основу этой матрицы составляют завершение внутриутробной жизни и столкновение с сокращениями матки, при закрытой шейке. Характеристика этой матрицы иллюстрируется памятью «об изгнании из чрева матери навстречу трудностям родового канала».

БПМ-3 – открытие шейки матки и прохождение по родовому каналу. Характеризуется «борьбой смерти и возрождения». Эта матрица чрезвычайно динамична и богата как положительными,

так и отрицательными образами. Наблюдаются переживания в виде сильной физической боли, тревоги, агрессивности, чувства возбуждения и «побудительной» энергии.

БПМ-4 – кульминация борьбы в родовом канале, сам момент рождения и ситуация после рождения. Психологически повторное переживание момента рождения принимает форму опыта смерти-возрождения. С этой матрицей связан богатый и разнообразный духовный и мифологический символизм. Опыт БПМ-4 может сопровождаться чувством торжества, победы и слияния со всем остальным миром, напоминая, таким образом, переживания единства (как при БПМ-1) [45, 47, 54, 56].

Спектр околородовых переживаний не ограничивается элементами, которые могут быть выведены из биологических и психологических процессов, сопровождающих деторождение. Перинатальная область психики представляет собой главный проход к коллективному бессознательному, к инстинктивным и уже отчасти автоматизированным «зародышам» будущей жизни, в юнговском смысле [47, 54, 56, 215]. Отождествление с ребенком, стойко выдерживающим испытание прохождения через родовой канал, очевидно, обуславливает переживания, общие для людей из иных времен и культур, разных животных, и в частности мифических образов. Как будто бы через общность с плодом, борющимся за рождение, достигается сокровеннейшая, почти мистическая связь с другими чувствующими существами, находящимися в сходном трудном положении [47, 215, 277, 280].

В холотропных состояниях сознание видоизменяется качественно и глубоко, тем не менее оно не является сильно поврежденным и ослабленным, как при органических поражениях. Как правило, здесь сохраняется полностью потенция ориентации в пространстве, времени и повседневной действительности. Холотропные состояния характеризуются волнующими изменениями восприятия во всех чувственных сферах [47, 280, 281].

В ходе ряда исследований было выявлено, что ТППТ, оказывая психокоррекционное воздействие, существенно влияет практически на все составляющие компоненты депрессивного симптомокомплекса (настроение, инсомнию, астению, тревогу, соматические проявления) [19, 75]. При этом трансперсональные переживания, входящие в конфликт с сознательной сферой, могут иметь самое разное уровневое происхождение. Как правило, это воспоминания об опыте рождения (перинатальные впечатления), прежде всего незаконченное переживания. «Защиклен-

ность» на этих (а возможно, и на иных) уровневых переживаниях и невозможность разрешающе пережить их не позволяют выйти из патологического состояния [47, 48, 54, 279]. В целом проблема регуляции эмоциональных состояний является одной из важных в психотерапии. Существует множество подходов, некоторые из них основываются на положении, что адаптация протекает на всех уровнях организации человека, но адаптация психическая является центральным звеном и ее механизмы, а следовательно, и регуляции психических состояний, лежат в интрапсихической сфере [10, 64]. ТДР так же, как фобии и другие психологические состояния, причиной своего происхождения имеют определенные функциональные образования бессознательного [75, 76]. Лечение ТДР без разрешения соответствующего функционального образования личного бессознательного чревато или неоднократным возвратом исходного статуса, или переводом страдающего в длительное тревожное и субдепрессивное состояние, или появлением у него качественно новых психосоматических проблем. Суть профессионального поиска разрешения невротических расстройств заключается в использовании имеющихся и разработке новых техник, способствующих изменениям в функциональных образованиях (СКО) бессознательно [56, 75, 197, 198]. Целенаправленно проводимые меры по редукции отрицательных аффектов в литературе часто характеризуют как «совладания с эмоциями». Эмоции можно характеризовать за счет изменения обстоятельств, их вызывающих, или за счет прямого на них влияния. Примером такого совладания, помимо методов, направленных на мысленную переоценку ситуации, на отвлечение внимания от угрожающих раздражителей, на поиск социальной поддержки (утешения), а также использования психофармакотерапии, может выступать и трансперсональная психотерапия.

Таким образом, одним из вопросов в лечении невротических ТДР, требующих дополнительных уточнений, является определение роли ТППТ. Актуальности темы способствует и то, что в объеме литературы по вопросам психотерапии невротических расстройств с помощью данного метода корреляционные связи психопатологических, клинических и нейрофизиологических данных имеют преимущественно косвенный характер. Это приводит к большому разнообразию выводов и не позволяет установить, в какой степени ИСС при ТППТ выступают в качестве предикторов выздоровления. Учитывая клинические и патогенетические

особенности невротических ТДР (церебральный механизм, лежащий в основе клинической симптоматики; изменения нейромедиаторного уровня (недостаток дофамина, эндорфинов), рассмотрения психологических концепций), мы можем отследить значение трансперсональной психотерапии в использовании функций саморегуляции ресурсов, необходимых для обращения со своими аффектами и в возможности пережить кризис (психотравмирующую ситуацию). Вместе с тем изучение клинических закономерностей ТДР в условиях ТППТ предоставит возможность разработать новые подходы к профилактике невротического поведения при психотравмирующих ситуациях.

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА И МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Согласно поставленной цели и задачам, *первым этапом* исследования было изучение клинико-патопсихологических и нейрофизиологических характеристик больных до проведения им курса трансперсональной психотерапии. Было обследовано 157 человек, которые в зависимости от наличия или отсутствия невротической симптоматики были разделены на основную и контрольную группы (табл. 1).

Таблица 1

Распределение исследуемых лиц по нозологической структуре

Группа обследованных	Расстройство адаптации + реакция по МКБ-10			
	Кратковременная депрессивная (F43.20)	Пролонгированная депрессивная (F43.21)	Смешанная тревожная и депрессивная (F43.22)	Здоровые
<i>Основная группа</i>				
Женщины (n=77) (%)	27 (35,1)	9 (11,6)	41 (53,3)	-
Мужчины (n=50) (%)	18 (36,1)	5 (9,8)	27 (54,1)	-
Итого по группе (n=127) (%)	45 (35,4)	14 (11,0)	68 (53,6)	-
<i>Контрольная группа</i>				
Женщины (n=15) (%)	-	-	-	15 (100)
Мужчины (n=15) (%)	-	-	-	15 (100)
Итого по группе (n=30) (%)	-	-	-	30 (100)

1-я группа (основная) состояла из 127 пациентов с тревожно-депрессивными нарушениями, а именно с расстройствами адаптации с кратковременными, пролонгированными и смешанными тревожными и депрессивными реакциями (F43.20, F43.21, F43.22 по МКБ-10), существенно связанными с изменением образа жизни и психогениями. Из них женщины составили 60,6 % случаев (77 чел.), мужчины – 39,4 % случаев (50 чел.), их возраст варьировал от 19 до 59 лет (в среднем составил $39,5 \pm 19,5$ года).

2-я группа (контрольная) включала 30 здоровых испытуемых, набранных для определения наличия и выраженности нарушений адаптации (эмоциональных реакций, личностных установок) до курса психотерапии и оценки состояния в динамике. Контрольная группа далее оценивалась как «личностная норма». В данную группу вошли респонденты с указанием на имеющиеся у них психотравмы в анамнезе, однако не имеющие расстройств адаптации. Группа контроля соответствовала основной группе по полу,

возрасту и другим социально-демографическим характеристикам пациентов (15 женщин – 50,0 % и 15 мужчин – 50,0 %).

Базисными критериями включения служили: 1) для обследуемых основной группы диагноза «Расстройства адаптации» с кратковременной депрессивной реакцией (F43.20); с пролонгированной депрессивной реакцией (F43.21); со смешанной тревожной и депрессивной реакцией (F43.22); возраст больных от 19 до 59 лет на момент проведения исследования; согласие обследуемых на проведение лечения и исследование; 2) для обследуемых контрольной группы – отсутствие в анамнезе невротической симптоматики.

Критериями исключения являлись диагнозы «Расстройства настроения (аффективные расстройства)» (F30—F39); диагнозы «Органическое психическое расстройство вследствие повреждения или дисфункции головного мозга» (F06).

В работе с обследуемыми соблюдались этические принципы, предъявляемые Хельсинской декларацией Всемирной медицинской ассоциации (World Medical Association Declaration of Helsinki, 1964, 2000 ред.), заключалось информированное согласие на исследование.

Из распределения больных видно, что в основной группе преобладали лица со смешанным депрессивным и тревожным расстройством. Среди них женщин было 53,3 %, мужчин – 54,1 %. Далее (по убыванию) следуют лица с расстройствами на уровне кратковременной депрессивной реакции (женщин – 35,1 %, мужчин – 36,1 %) и пролонгированной депрессивной реакцией (женщин – 11,6 %, мужчин – 9,8 %).

Т а б л и ц а 2

Распределение обследуемых лиц по полу и возрасту

Группа обследованных	Возраст (лет)			
	19—29	30—39	40—49	50—59
<i>Основная группа</i>				
Мужчины (n=50) (%)	10 (20,0)	15 (30,0)	14 (28,0)	11 (22,0)
Женщины (n=77) (%)	12 (15,5)	26 (33,8)	23 (29,9)	16 (20,8)
Итого (n=127) (%)	22 (17,3)	41 (32,3)	37 (29,1)	27 (21,3)
<i>Контрольная группа</i>				
Мужчины (n=15) (%)	4 (26,6)	5 (33,4)	3 (20,0)	3 (20,0)
Женщины (n=15) (%)	3 (20,0)	4 (26,6)	5 (33,4)	3 (20,0)
Итого (n=30) (%)	7 (23,0)	9 (29,9)	8 (26,5)	6 (20,6)

Распределение обследуемых по полу и возрасту показало (табл. 2), что наиболее часто с тревожно-депрессивными рас-

стройствами обращались лица молодого возраста (30 до 39 лет). Среди исследуемых было 60,0 % женщин, 40,0 % мужчин. Возраст пациентов колебался от 19 до 59 лет (в среднем составил $39,5 \pm 19,5$ года).

Исследовательская работа проводилась на базе психотерапевтического центра Читинской государственной медицинской академии.

Каждый обследуемый принял участие в 8 сеансах групповой трансперсональной психотерапии, в основе которой лежит погружение в измененное состояние сознания с помощью глубокого и частого (холодотропного) дыхания. Во время ИСС пациенты испытывают перинатальные, биографические и трансперсональные (надличностные) переживания. Особенности указанных проявлений во время транса выражаются в виде образов, мыслей, телесных ощущений, звуков, включений обонятельной и вкусовой сфер. Перинатальные переживания в трансах связаны со стадиями и аспектами биологического рождения, которые описаны исследователями трансперсональной психотерапии как четыре «базовые перинатальные матрицы» (БПМ 1—4 по С. Гроф [1980]). Биографический аспект трансовых феноменов проявляется в виде воспоминаний значимых моментов из жизни: психотравм, неразрешенных конфликтов, вытесненных или интегрированных событий. В концепции ТППТ определено, что эмоционально значимые ситуации, которые вытеснены на бессознательный уровень, выражаются в виде сложных функциональных комплексов. С. Гроф (1980) их обозначил как «системы конденсированного опыта» (СКО). Трансперсональный (надличностный) уровень измененного состояния сознания проявляется, как правило, в виде многочисленных визуальных образов (мифологических, мистических, исторических, социополитических, религиозных и космических архетипов).

Описание использованного психотерапевтического метода предложено в приложении 2.

Исследования проводились до, во время (первый этап исследования) и после проведения (второй этап исследования) курса ТППТ. В работе применяли комплексный подход, включающий клинико-анамнестический, экспериментально-психологический, патопсихологический, нейрофизиологический и статистический методы исследования. Клинико-анамнестический метод заключался в сборе подробных анамнестических сведений, полученных в процессе первичного (диагностического) психотерапевтического

интервью и традиционного психиатрического обследования. Была составлена формализованная карта обследования, которая включала персонографические, биографические, патопсихологические и нейрофизиологические сведения (приложение 1).

Кроме того, для объективизации результатов все исследуемые самостоятельно вели самоотчеты (дневники), где субъективно отслеживали динамику своего психического состояния как на протяжении всего времени курса психотерапии, так и после – до плановой индивидуальной психотерапевтической консультации через 3–4 месяца после терапии. В качестве процедуры обработки данных самоотчетов (дневников) был использован количественный метод контент-анализа (приложение 3).

Экспериментально-психологический метод исследования проводили до начала курса терапии, во время и через 10–15 дней после последнего (восьмого) сеанса. Использовались следующие методы: 1) методика субъективной оценки уровня тревожности и депрессии с помощью госпитальной шкалы КШСД; 2) шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS); 3) субъективная шкала депрессии Т. И. Балашовой; 4) Шкала общего клинического впечатления «улучшение состояния» (Clinical Global Impression – Global Improvement (CGI-I)) и «тяжесть состояния» (Clinical Global Impression – Severity of illness (CGI-S)).

Приводим их краткие описания.

1. *Субъективная оценка уровня тревожности и депрессии с помощью госпитальной шкалы КШСД (HADS).* Шкала была разработана А. S. Zigmond и R. P. Snaith в 1983 г., относится к субъективным тестам и предназначена для использования в общемедицинской практике для первичного выявления тревоги и депрессии у пациентов. Преимущества обсуждаемой шкалы заключаются в простоте применения и обработки, что позволяет рекомендовать ее к использованию в общесоматической практике для первичного выявления тревоги и депрессии у пациентов (скрининга). Шкала обладает высокой дискриминантной валидностью в отношении двух расстройств: тревоги и депрессии. Пункты субшкалы депрессии отобраны из списка наиболее часто встречающихся жалоб и симптомов, составлены на основе соответствующей секции стандартизованного клинического интервью Present State Examination и с учетом личного клинического опыта авторов и отражают преимущественно психологические проявления тревоги.

2. *Шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS)* – один из наиболее широко используемых инструментов клинической оценки депрессивного состояния. Была создана в 1959 г., первая версия шкалы была опубликована в Англии. Используется несколько версий шкалы (содержащих 17, 21 или 23 пункта). Оригинальная версия содержит 23 пункта, 2 из которых состоят из двух частей. Шкала обеспечивает простой способ оценки тяжести депрессии, отражает динамику изменений состояния пациента и применяется для оценки эффективности терапии [284, 285]. При интерпретации данных учитывается суммарный показатель по каждой подшкале, при этом выделяются 3 области его значений: 0—6 баллов – «отсутствие депрессивного эпизода», 7—15 баллов – «малый депрессивный эпизод», 16 баллов и выше – «большой депрессивный эпизод».

3. *Субъективная шкала депрессии*. Опросник разработан для дифференциальной диагностики депрессивных и близких к депрессии состояний. Используется в целях скрининг-диагностики при массовых исследованиях, для предварительной, доврачебной диагностики. Тест адаптирован Т. И. Балашовой [79].

В результате расчета получается уровень депрессии (УД), который колеблется от 20 до 80 баллов. Если УД не более 50 баллов, то диагностируется «состояние без депрессии». Если УД более 50 и менее 59 баллов, то делается вывод о «легкой депрессии ситуативного или невротического генеза». Показатель УД от 60 до 69 баллов интерпретируется как «субдепрессивное состояние или маскированная депрессия». «Истинное депрессивное состояние» диагностируется при УД более 70 баллов.

4. *Шкала общего клинического впечатления «улучшение состояния» (Clinical Global Impression – Global Improvement – CGI-I)*. Была создана в 1976 г. в Национальном институте психического здоровья США. Шкала отражает оценку тяжести состояния, общую степень его улучшения и степень терапевтического эффекта (улучшение значительное, выраженное, минимальное, без изменений), а также степень выраженности побочного эффекта (ухудшение значительное, выраженное, минимальное). Эффективность терапии учитывается по 7-балльной системе. Шкала «тяжесть состояния» (Clinical Global Impression – Severity of illness – CGI-S) отражает оценку тяжести состояния (норма, пограничное состояние, незначительная выраженность проявлений (mildly ill), умеренная выраженность проявлений, значительная

выраженность проявлений, состояние тяжелое, состояние очень тяжелое).

Патопсихологический метод применялся до и после курса психотерапии, использовались: 1) методика измерения уровня личностной и ситуационной тревожности по тесту Спилбергера–Ханина; 2) самооценка психических состояний (по Г. Айзенку).

Приводим их краткие описания.

1. *Методика измерения уровня личностной и ситуационной тревожности по тесту Спилбергера (США) в модификации Ю. Л. Ханина.* Данный тест является единственной методикой, позволяющей дифференцированно измерять тревожность как личностное свойство (устойчивая характеристика человека) и как состояние тревожности в данный момент (реактивная тревожность как состояние). Шкала оценки состоит из 2 частей, отдельно оценивающих реактивную (РТ, высказывания 1—20) и личностную (ЛТ, высказывания 21—40) тревожность. При интерпретации результат можно оценивать следующим образом: до 30 баллов – низкая тревожность; 31—45 – умеренная тревожность; 46 и более – высокая тревожность [79].

2. *Диагностика самооценки психических состояний (по Г. Айзенку).* Тест-опросник «Самооценка психических состояний» состоит из 4 разделов (тревожность, фрустрация, агрессивность, ригидность) с 10 пунктами-признаками в каждом. Исследуемому необходимо выразить: 2 баллами то, что к нему подходит; 1 баллом – если подходит, но не очень; 0 баллов – если совсем не подходит. Подсчитываются суммы баллов в каждой из 4 групп, по которым судят о степени выраженности состояний исследуемых [79].

Нейрофизиологический метод исследования позволял патофизиологически интерпретировать данные (с вынесением диагностического заключения) о поражениях тех или иных структур мозга и характере патологического процесса, осуществлялся с помощью анализа ЭЭГ-картирования.

Запись ЭЭГ проводили с помощью микропроцессорного электроэнцефалографа «Brainsys» (фирмы «Статокин» Россия), с использованием 16 электродов, расположенных по стандартной международной схеме 10—20 (Jasper H., 1958), в качестве референтных – объединенные ушные электроды. Применяли монополярную схему и различные биполярные схемы для уточнения локализации проявлений. Регистрацию проводили на жесткий диск с частотой дискретизации 200 Гц для дальнейшей

компьютерной обработки ЭЭГ. Продолжительность непрерывной записи составляла не менее 5 минут. Запись проводили в состоянии спокойного бодрствования при закрытых и открытых глазах. У всех больных проведена компьютерная обработка ЭЭГ с использованием системы анализа и картирования ЭЭГ «Brain-sys» (Россия), разработанной А. А. Митрофановым. Анализ включал в себя несколько этапов. Просмотр ЭЭГ-файлов (фрагменты, содержащие двигательные и окуломоторные, мышечные и другие артефакты, исключались из записей в режиме ручного редактирования ЭЭГ-файла). Затем проводили спектральный анализ ЭЭГ-методом быстрого преобразования Фурье и усреднение значений спектральной мощности на отрезке записи, включавшем в себя не менее 15 единичных эпох по 4 секунды. Данные представлялись в виде индивидуальных карт спектральной плотности (СП) и выглядели в виде абсолютных и относительных значений СП, логарифма мощности ($\ln P$) или логарифма относительной мощности ($\ln |Re P|$) в стандартных частотных диапазонах, с шагом 1 Гц. На следующем этапе проводился анализ полученных данных с усреднением по гендерным различиям. Все данные выводились в виде таблиц и файлов, подготовленных для дальнейшей статистической обработки. Электроэнцефалография является нозологически неспецифическим методом исследования [67, 70], поскольку ЭЭГ отображает собственно функциональное состояние нервной ткани, которое непосредственно не зависит от характера патологического процесса. Клинический анализ ЭЭГ дает диагностическую информацию в трех основных аспектах: констатация поражения мозга, прогноз течения заболевания, локальная диагностика поражения мозга [2, 67].

Нормальными считаются ЭЭГ, соответствующие возрасту и функциональному состоянию обследуемого по частотным, амплитудным и пространственно-временным характеристикам. Для взрослого человека – это ЭЭГ, содержащие альфа- и (или) бетаритмы, по амплитуде не превышающие соответственно 100 и 15 мкВ в зонах их физиологической максимальной выраженности [67]. Пограничными называют ЭЭГ, выходящие за указанные рамки, но не имеющие явной патологической активности. Пограничные ЭЭГ сложны для клинической интерпретации. Они не являются безусловным указанием на патологию, и их правильная оценка возможна только в контексте клинических данных или в ходе применения нестандартных методов функционального исследования

ЭЭГ и динамического наблюдения (Friedlander W. J., 1979). Патологическими называют соответственно ЭЭГ, выходящие за указанные выше границы [67].

Статистический анализ полученных в ходе исследования результатов проводили с помощью компьютерной статистической программы «Statistica 6.0». Достоверность различий определялась по t-критерию Стьюдента, U-критерию Манна–Уитни и критерию Уилкоксона. Взаимное влияние изучаемых параметров устанавливалось с использованием коэффициента ранговой корреляции по Спирмену и Пирсону.

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НЕВРОТИЧЕСКИХ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТРАНСПЕРСОНАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ (Результаты собственных исследований)

3.1. Клинические закономерности невротических тревожно-депрессивных расстройств в условиях трансперсональной психотерапии

Как правило, первичная психотерапевтическая консультация происходила за 1—2 (иногда 3) недели до группового трансперсонального процесса. Этот период рассматривался как подготовительный этап психотерапии, где осуществлялось первичное клиничко-психопатологическое, психологическое и нейрофизиологическое исследование, а также теоретическая подготовка пациентов.

На первом приеме пациенты основной группы, как правило, предъявляли жалобы на сниженное настроение, которое сопровождалось тревогой, тоской, выраженной слезливостью, вялостью, ощущением «кома в горле», иногда – физическим беспокойством. Больных беспокоили навязчивые воспоминания о происшедших психотравмирующих событиях, у некоторых отмечалась негативная оценка своей жизненной ситуации и жалость к себе с пессимистическим отношением к будущему. Состояние усиливалось сомнениями в отношении способности справиться с проблемой самостоятельно, переживаниями чувства вины и стыда; снижением активности и аппетита, соматовегетативными расстройствами; реже предъявлялись жалобы на «скрытый гнев или «ярость» (при непринятии ситуации острого горя). Больные, как правило, отмечали плохой сон с частыми пробуждениями и внутреннюю напряженность.

В каждом клиническом случае имели место психогенные ситуации, как острого, так и затяжного характера (табл. 3). Ведущими психогенными факторами являлись расставание со значимым человеком, смерть близких родственников, известие о тяжелом заболевании (своем или родственников), семейные и супружеские конфликты, перегрузки на работе. Меньшую по численности группу составили такие психогении, как утрата работы и смена места жительства.

Следует отметить, что при сборе персонографических данных и анамнеза заболевания у исследуемых основной группы были

обнаружены такие черты личностной «уязвимости», как неустойчивая самооценка и интерперсональная зависимость.

Т а б л и ц а 3

Основные выявленные психотравмирующие ситуации у пациентов основной группы

Острая психотравмирующая ситуация	Женщины (n=77)		Мужчины (n=50)	
	абс.	%	абс.	%
Расставание с любимым человеком (в том числе уход из семьи одного из супругов)	21	27,4	10	20,0
Острое горе (смерть близкого человека)	13	16,8	8	16,0
Острый семейный конфликт (в т. ч. детско-родительский)	12	15,6	8	16,0
Известие о жизненно опасном заболевании (в т. ч. ятрогении)	11	14,2	7	14,0
Конфликт с начальством (в т. ч. с потерей работы)	2	2,6	4	8,0
Смена места жительства и работы	3	3,9	-	-
<i>Хроническая психотравмирующая ситуация</i>				
Семейные и супружеские отношения (напряженно-конфликтный характер)	11	14,2	7	14,0
Профессиональные перегрузки	4	5,3	6	12,0

В характере отслеживались реакции эмоциональной окрашенности на те или иные психогении в прошлом, «заикленность» и фиксация на личностно значимых отрицательных эмоциях, были определены черты характера, свойственные астенической, психастенической и тревожно-мнительной акцентуации.

С момента начала терапии в ТППТ на первых 1—4-м сеансах наблюдались такие эмоциональные проявления, как напряженность, подавленность и повышенная раздражительность, в некоторых случаях – гневливость. Их можно было рассматривать как результат действия защитных механизмов и сопротивления, так как в начале психотерапии пациенты сталкивались с проблемой «принятия/непринятия» психотравмирующей ситуации. Кроме того, это так же было сопряжено проявлением в ИСС психологических состояний, связанных с признаками БПМ-1, БПМ-2 и БПМ-3, где трансперсонально отслеживались перинатальные переживания («ощущение нахождения в матке»; «безвыходность», «борьба между жизнью и смертью», «прохождение через родовой канал»). Таким образом, период между 3-м и 4-м сеансами можно считать переломным.

После 5-го сеанса, как правило, клинически отчетливо определялось снижение аффективного напряжения, пациенты субъективно отслеживали уменьшение слезливости. На данном этапе

группового процесса наблюдалась тенденция к искреннему общению с другими участниками группы, откровенному взаимодействию и оказанию эмоциональной поддержки. В переживаниях ИСС начинали отслеживаться проявления БПМ-4, которые характеризовались первыми осознаниями возможной «победы над тревогой», желанием «жить дальше», визуальными образами «преодоления». Пациенты субъективно отмечали подъем настроения и желание работать в терапевтической группе.

К окончанию психотерапевтического процесса (7-й и 8-й сеансы) клиническая динамика выражалась устранением аффективной напряженности и отчетливой тенденцией к раскрытию характера психотравмирующих обстоятельств. Кроме того, формировалась адаптивная форма отношения к психотравме, ее своеобразного принятия. На всех этапах исследования у больных основной группы проводилась оценка состояния с помощью шкалы Общего клинического впечатления, где была возможность определить тяжесть состояния и степень его улучшения. Оценка осуществлялась по субшкале «тяжесть состояния» (от «состояние очень тяжелое» до «норма») и по субшкале «улучшение состояния» (от «значительное ухудшение» до «значительное улучшение»). Оценка определялась по 7-балльной системе. До начала терапии выраженность заболевания по субшкале общего клинического впечатления «тяжесть состояния» (CGI-S) в основной группе соответствовала проявлениям уровня «незначительная выраженность проявлений» (mildly ill). Благодаря шкале общего клинического впечатления «улучшение состояния» (CGI-I) имелась возможность сравнить оценку тяжести психопатологических признаков основной группы в динамике ТППТ. При использовании данной шкалы были выполнены необходимые условия (клинический диагноз заболевания был уже установлен; материал исследования являлся клинически гомогенным (пациенты с тревожно-депрессивным расстройством); была обеспечена надежность шкал при оценке одним и тем же исследователем, одних и тех же случаев и в одно и то же (вечернее) время. При оценке степени тяжести отдельных симптомов и статуса больного в целом, а также их изменений в процессе ТППТ выбирались определенные временные интервалы для оценки состояния больного в динамике (после каждого сеанса психотерапии и через 3 месяца после курса ТППТ).

По шкале CGI-I у мужчин (рис. 1) после первых 2 сеансов состояние в 77,9 % случаев (39 чел.) оставалось в большей степе-

ни «без изменений», так же был выявлен в 22,1 % случаев (11 чел.) уровень – «минимальное ухудшение». В то время как у женщин (рис. 2) на начальном этапе группового трансперсонального процесса в 2,6 % случаев (2 чел.) уже были обозначены показатели «минимального улучшения», в то же время показатели «минимального ухудшения» в 37,6 % случаев (29 чел.) и «выраженного ухудшения» в 2,6 % случаев (2 чел.), чего не определялось у мужчин.

После 5-го сеанса показатель «минимальное улучшение» у мужчин был определен уже в 80,0 % случаев (40 чел.), а среди женщин – в 85,6 % случаев (66 чел.). Кроме того, у женщин на этом этапе ТППТ были определены показатели «выраженное улучшение» в 6,5 % случаев (5 чел.). Клинически это выражалось в снижении аффективного напряжения и слезливости. В групповой психотерапевтической динамике у пациентов наблюдалось стремление к более искреннему и откровенному взаимодействию.

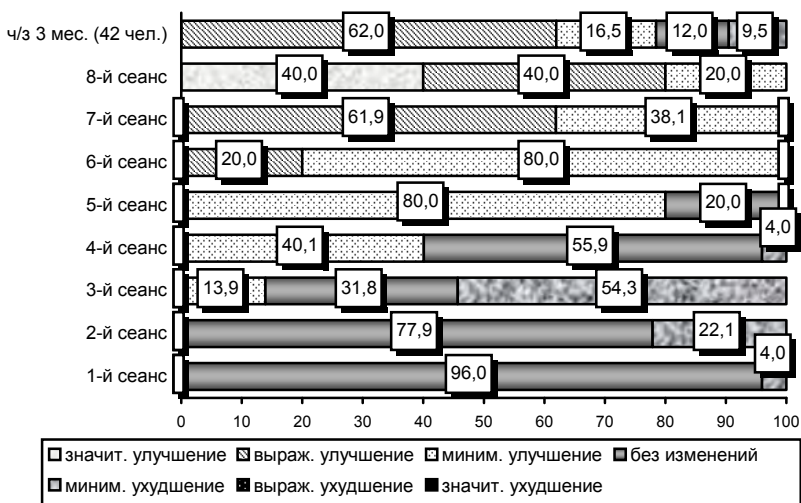


Рис. 1. Шкала общего клинического впечатления – улучшение состояния (CGI-I) у мужчин (50 чел.) (%)

К окончанию психотерапевтического процесса (7-й и 8-й сеансы) по шкале CGI-I в большей степени были выявлены показатели «выраженное улучшение» (у мужчин в 40,0 % случаев – 20 чел.; у женщин в 63,4 % случаев – 49 чел.) и «значительное

улучшение» (у мужчин в 40,0 % случаев – 20 чел.; у женщин в 24,8 % случаев – 19 чел.).

В целом под влиянием ТППТ по шкале общего клинического впечатления (CGI-S) было отмечено равномерное снижение уровня «незначительная выраженность проявлений» (mildly ill) до значения «норма» к окончанию психотерапии, данный показатель оставался на том же уровне через 3 месяца после прекращения лечения. Так, у 110 пациентов (86,6 % от основной группы), обратившихся после указанного срока (рис. 3), показатель «выраженное улучшение» был выявлен в 71,8 % случаев (79 чел.), «минимальное улучшение» – в 13,4 % (15 чел.) случаев

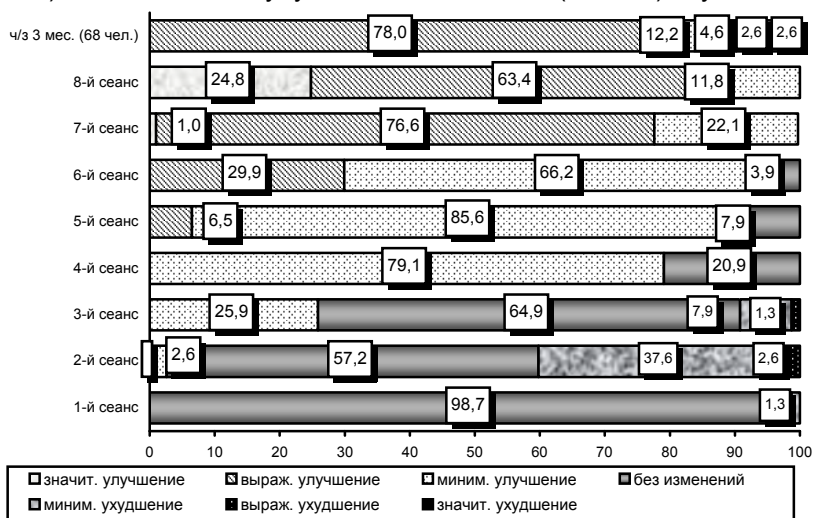


Рис. 2. Шкала общего клинического впечатления – улучшение состояния (CGI-I) у женщин (77 чел.) (%)

Следует заметить, что пациентам, у которых через 3 месяца после ТППТ были определены показатели «без изменений» (среди них 12,0 % мужчин и 4,6 % женщин), «минимальное ухудшение» (9,5 % мужчин и 2,8 % женщин) и «выраженное ухудшение» (2,8 % женщин), помимо психотерапии, было рекомендовано комбинированное лечение с использованием психофармакотерапии.

Из обследованных основной группы 13,4 % больных (17 чел.) после прохождения психотерапии на прием не явились. Как пра-

вило, ими оказались жители других городов и отдаленных районов Забайкальского края и пациенты, которые по шкале CGI-I окончили курс ТППТ с показателем «значительное улучшение состояния».

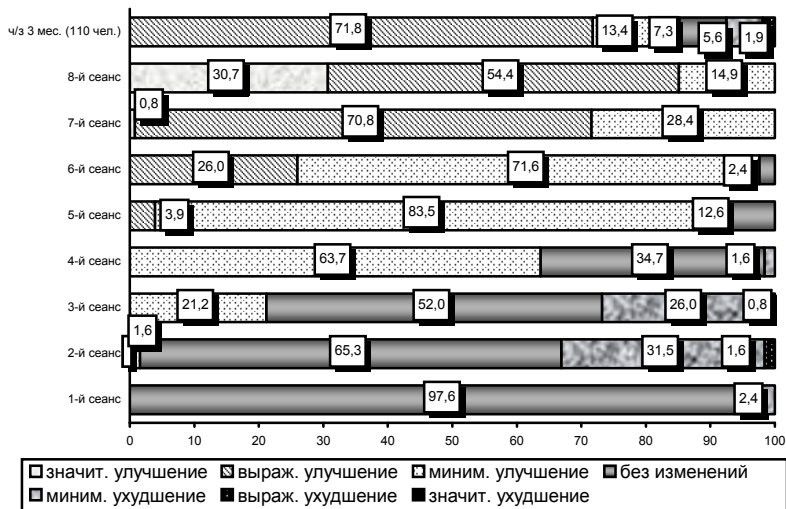


Рис. 3. Шкала общего клинического впечатления – улучшение состояния (CGI-I) в основной группе (127 чел.) (%)

Результаты экспериментально-психологического исследования дополнительно объективизировали характер регуляции психических состояний в процессе ТППТ.

В ходе первичной психологической диагностики по определению уровня тревожности и депрессии были выявлены следующие показатели.

Результаты субъективной оценки уровня тревожности и депрессии по шкале КШСД (HADS) обозначили выраженную тревогу и депрессию (табл. 4), как у мужчин, так и у женщин основной группы. Так, уровень тревожности, который превысил 11 баллов, был выявлен у 9 мужчин (17,8 % случаев), что по данной шкале соответствовало «клинически выраженной форме» тревожности, и у 14 женщин (18,1 % случаев). Всего «клинически выраженная форма» тревожности определилась у 23 исследуемых пациентов основной группы. Остальные показатели соответствовали «субклинически выраженной форме» и были обнаружены у 104 па-

циентов основной группы, из них у 41 мужчины (82,2 %) и 63 женщин (81,9 %). Показатели нормы в основной группе не определялись.

В контрольной группе показатели уровня тревожности соответствовали норме и не превышали 7 баллов у 100,0 % мужчин (15 чел.) и у 86,6 % женщин (13 чел.). В данной группе у женщин в 13,4 % случаев (2 чел.) был обозначен «субклинически выраженный» уровень тревожности.

По шкале реактивности (депрессии) в основной группе показатель «клинически выраженной» формы был установлен в основной группе у 19 мужчин (38,2 %) и у 21 женщины (27,5 %). Всего «клинически выраженная форма» депрессии определена у 40 лиц данной группы. Остальные показатели соответствовали «субклинически выраженному» уровню реактивности: у 31 мужчины (61,8 % случаев) и у 56 женщин (72,5 % случаев).

В контрольной группе показатели уровня депрессии по данному тесту соответствовали нормативным показателям и не превышали 7 баллов, как у мужчин (100,0 % случаев), так и у женщин (100,0 % случаев).

Т а б л и ц а 4

**Показатели первичной субъективной оценки
уровня тревожности и депрессии по шкале
КШСД (HADS) в основной и контрольной группах**

Показатель шкалы	Реактивность (%)			Тревожность (%)		
	клиниче- ский	субклини- ческий	норма	клиниче- ский	субклини- ческий	норма
<i>Основная группа</i>						
Уровень выраженности						
Мужчины (n=50)	38,2	61,8	-	17,8	82,2	-
Женщины (n=77)	27,5	72,5	-	18,1	81,9	-
<i>Контрольная группа</i>						
Мужчины (n=15)	-	-	100	-	-	100
Женщины (n=15)	-	-	100	-	13,4	86,6

При интерпретации данных по шкале Гамильтона (табл. 5) общий балл депрессии в основной группе соответствовал уровню «большого депрессивного эпизода» (по данной шкале) как среди мужчин, так и женщин в 100,0 % случаев. При этом показатель депрессии у женщин в среднем составил $28,6 \pm 1,5$ балла, что было достоверно выше такового у мужчин – $23,4 \pm 1,2$ балла ($p < 0,01$).

В контрольной группе общий балл депрессии соответствовал уровню «отсутствие депрессивного эпизода» по данной шкале

в 100,0 % случаев. Показатели у мужчин и женщин в контрольной группе достоверно не отличались (3,2±1,1 и 4,1±1,2 балла соответственно) ($p < 0,01$).

Таблица 5

Показатели первичной оценки уровня депрессии по клинической шкале Гамильтона (HDRS) в основной и контрольной группах

Уровень депрессии (балл)			
Основная группа			
Пол	Отсутствие депрессии	Малый депрессивный эпизод	Большой депрессивный эпизод
Мужчины (n=50)	-	-	23,4±1,2 *
Женщины (n=77)	-	-	28,6±1,5 *
Контрольная группа			
Мужчины (n=15)	3,2±1,1	-	-
Женщины (n=15)	4,1±1,2	-	-

Примечание. Статистическая значимость различий с контрольной группой обозначена: * – $p < 0,01$.

В целях предварительной диагностики и для дифференциации состояния депрессии пациентами было определено психическое состояние по субъективной шкале депрессии, адаптированной Т. И. Балашовой [164]. По полученным результатам первого исследования (табл. 6) в основной группе у наибольшего количества больных был определен показатель «субдепрессивного состояния или маскированной депрессии».

Таблица 6

Показатели уровня депрессии при первичной диагностике по тесту субъективной шкалы депрессии Балашовой (%)

Группа обследованных	Уровень депрессии (УД), баллы			
	Состояние без депрессии (20—49)	Легкая депрессия (50—59)	Субдепрессивное состояние (60—69)	Истинное депрессивное состояние (70—80)
Основная группа				
Мужчины (n=50)	-	77,9	22,1	-
Женщины (n=77)	-	44,3	53,2	2,5
Контрольная группа				
Мужчины (n=15)	100	-	-	-
Женщины (n=15)	100	-	-	-

По данному тесту это был уровень депрессии (УД) более 60 баллов. Указанный показатель был выявлен среди женщин в 53,2 % случаев (41 чел.) и в 22,1 % случаев среди мужчин. У 2 пациенток (2,5 %) был определен уровень депрессии, соответ-

вующий по шкале показателю «истинная депрессия» (более 70 баллов). Легкая депрессия «ситуативного или невротического» генеза имела место у 34 женщин (44,3 %) и у 39 мужчин (77,9 %). Депрессия по данной шкале «субдепрессивного уровня» была выражена у 11 мужчин (22,1 %). Уровень «истинного депрессивно-го» состояния среди мужчин по данному тесту не определился.

В контрольной группе как среди мужчин, так и среди женщин в 100,0 % случаев показатели по данной шкале были выявлены не выше уровня 50 баллов и отнесены к «состоянию без депрессии».

На основании этих данных был сделан вывод, что в основной группе уровень тревожности и депрессии соответствовал «субклинически» и «клинически» выраженным формам по шкале КШСД; уровень депрессии по шкале Гамильтона (HDRS) – «большому депрессивному эпизоду»; по субъективной шкале депрессии (Балашовой) – «легкому, субдепрессивному и истинному депрессивному» состоянию.

Таким образом, по результатам экспериментально-психологического исследования было определено, что все пациенты основной группы имели невротические расстройства, а именно расстройства адаптации с кратковременными, пролонгированными и смешанными тревожными и депрессивными реакциями, существенно связанными с изменением образа жизни и психогениями. Диагноз был установлен до начала трансперсональной психотерапии по клинической картине, соответствующей критериям МКБ-10, и подтвержден психологическими тестами. В ходе диагностических сеансов у исследуемых были определены черты характера, свойственные астеническому, психастеническому и тревожно-мнительному типам акцентуации. Из биографических данных было выявлено наличие психотравмирующих ситуаций (в том числе в младенчестве и детстве). Причиной обращения за психотерапевтической помощью являлась психотравмирующая ситуация, с последствиями которой пациенты не смогли психологически (в определенных случаях соматически) справиться.

По результатам экспериментально-психологической диагностики были определены признаки невротизации у всех пациентов основной группы. Об этом можно было судить по «клинически» (более 11 баллов) и «субклинически» (более 8 баллов) выраженным формам депрессии и тревожности по шкале КШСД и высокому баллу по шкале Гамильтона (более 16 баллов). По

субъективной самооценке депрессии (по Балашовой) уровень превысил 50 баллов, что соответствовало «легкой депрессии ситуативного или невротического генеза», «субдепрессивному» (более 60 баллов) и в 2,5 % случаев (среди женщин) «истинному депрессивному состоянию» (более 70 баллов). Наиболее высокий уровень депрессии по результатам этих тестов был зафиксирован у женщин, что в соответствии с результатами многих исследований соответствует статистике [79]. Так, по шкале Гамильтона балл депрессии у женщин в среднем достигал значения $28,6 \pm 1,5$ балла, что соответствовало состоянию «большого депрессивного эпизода» по данной шкале (у мужчин зафиксировано значение $23,4 \pm 1,2$ балла). Показатель субъективной шкалы депрессии в большей степени был определен на «субдепрессивном» уровне и составил у женщин 53,2 % случаев, у мужчин – 22,1 %. Именно у женщин в 2,5 % случаев по этому тесту был определен уровень «истинной депрессии».

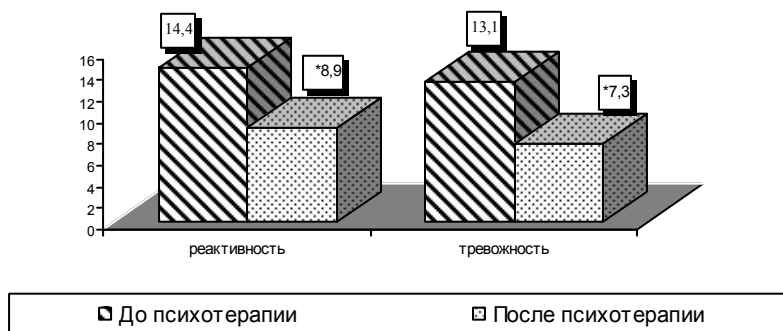


Рис. 4. Клинически выраженная форма реактивности и тревожности у женщин по шкале КШСД (балл)

Примечание. * Статистическая значимость оценивалась ниже $p < 0,01$.

Результаты второго экспериментально-психологического исследования лиц с тревожно-депрессивными расстройствами, прошедших курс ТППТ, достаточно ярко проиллюстрировали, как происходила регуляция психических состояний. Так, по завершении психотерапевтической работы после последнего сеанса при вторичном (на 10—15-й день после лечения) экспериментально-психологическом исследовании были выявлены следующие показатели по шкале КШСД (рис. 4 и 5): снижение уровня «клинически выраженной» формы тревожности ($p < 0,01$) до «суб-

клинической» формы во всех первых случаях (35,9 %), из них у мужчин – в 17,8 % случаев (с $13,0 \pm 2,4$ до $8,5 \pm 1,3$ балла), у женщин – в 18,1 % случаев (с $13,1 \pm 2,1$ до $7,3 \pm 1,0$ балла). Также было обнаружено снижение всех первых (65,7 % случаев) психологических показателей ($p < 0,01$) уровня «клинически выраженной» формы реактивности до «субклинического» уровня: у женщин – в 27,5 % случаев (с $14,4 \pm 1,3$ до $8,9 \pm 1,2$ балла), у мужчин – в 38,2 % случаев (с $13,0 \pm 2,7$ до $8,2 \pm 1,1$ балла).

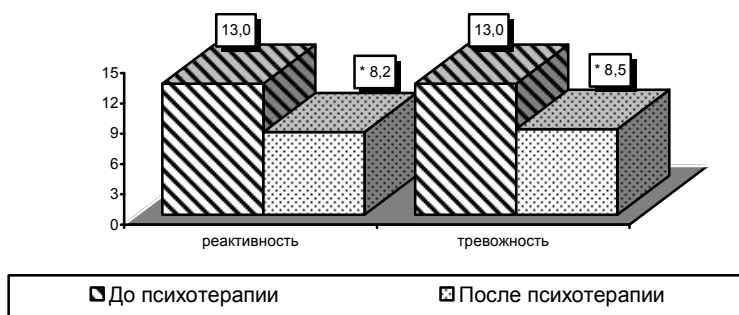


Рис. 5. Клинически выраженная форма реактивности и тревожности у мужчин по шкале КШСД (балл).

Примечание. * Статистическая значимость оценивалась ниже $p < 0,01$.

Отмечалось снижение уровня «субклинически выраженной» формы тревожности (рис. 6 и 7) до пределов нормы: у мужчин – в 38,6 % случаев (с $9,5 \pm 1,0$ до $5,1 \pm 1,0$ балла), у женщин – в 36,8 % случаев (с $9,2 \pm 1,2$ до $5,2 \pm 1,8$ балла) ($p < 0,01$). Тенденция к нормативным показателям наблюдалась и по «субклинически выраженной» форме реактивности: у женщин – в 49,7 % случаев (с $9,5 \pm 1,3$ до $5,6 \pm 1,7$ балла), у мужчин – в 43,7 % случаев (с $9,1 \pm 1,1$ до $5,2 \pm 1,0$ балла).

Таким образом, при повторном исследовании (после курса психотерапии) по данной шкале определились показатели нормативных значений, которых не было до терапии. Следует заметить, что в контрольной группе показатель «субклинически выраженной» тревожности, который был определен в 13,4 % случаев, после проведенной психотерапии у всех обследованных пациентов редуцировался до нормативных показателей.

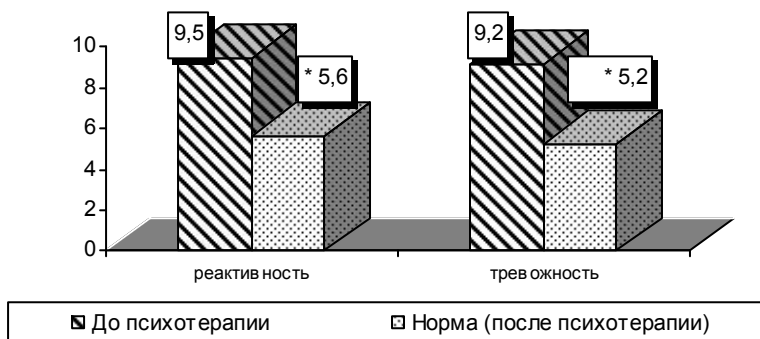


Рис. 6. Субклинически выраженная форма реактивности и тревожности у женщин по шкале КШСД (балл)
Примечание. * Статистическая значимость оценивалась ниже $p < 0,01$.

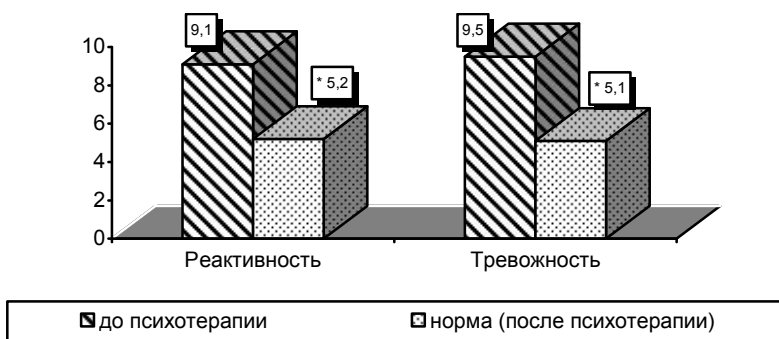


Рис. 7. Субклинически выраженная форма реактивности и тревожности у мужчин по шкале КШСД (балл)
Примечание. * Статистическая значимость оценивалась ниже $p < 0,01$.

Глубина депрессии по шкале Гамильтона (рис. 8) исследовалась трижды на протяжении всего курса психотерапии: до лечения, перед окончанием группового трансперсонального процесса (на 10-й день после первого исследования) и через 2—2,5 недели после курса психотерапии. При интерпретации показателей первого исследования по данной шкале общий балл депрессии в основной группе соответствовал уровню «большого депрессивного эпизода» как среди мужчин, так и женщин в 100,0 % случаев, что сопровождалось в клинической картине подавленным

настроением, преимущественно с тревожным радикалом; замедлением мышления с фиксацией на психотравме и болезненном состоянии; моторной заторможенностью. При этом показатель депрессии у женщин в среднем составил $28,6 \pm 1,5$ балла, что было достоверно выше такового у мужчин – $23,4 \pm 1,2$ балла ($p < 0,01$).

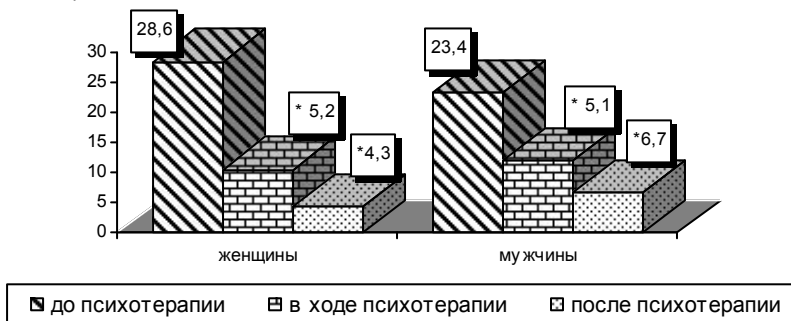


Рис. 8. Показатели госпитальной шкалы Гамильтона (HDRS) до, в ходе и после трансперсональной психотерапии

Примечание. * – Статистическая значимость оценивалась ниже $p < 0,01$.

Были определены также закономерности редукции общих баллов по шкале Гамильтона в зависимости от половых различий и при втором исследовании. У женщин отмечалась более значительная динамика снижения депрессивной симптоматики (с $28,6 \pm 1,5$ до $10,5 \pm 2,3$ балла), чем у мужчин (с $23,4 \pm 1,2$ до $12,1 \pm 2,0$ балла). У больных в первую очередь наблюдались улучшение настроения, повышение двигательной активности, однако сохранялась идеаторная ригидность.

Третье (заключительное) исследование осуществлялось на 30-й (35-й) день, по сути, через 2,5—3 недели после окончания курса. При последнем исследовании был определен показатель глубины депрессии, который соответствовал границе между «малым депрессивным эпизодом» и «отсутствием депрессии» по данной шкале. Помимо редукции собственно тревожно-депрессивной симптоматики, на этом этапе наблюдалось формирование положительных установок на будущее, осознания и принятия психотравмирующей ситуации. Если сравнивать с первичными данными, то снижение депрессии произошло почти в 4 раза. Причем в зависимости от половых различий при по-

следнем исследовании определялись закономерности редукции общих баллов: у женщин отмечалась более значительная динамика снижения депрессивной симптоматики, чем у мужчин: в среднем с 10,5 до 4,3 балла (с 12,1 до 6,7 балла).

По данным субъективной шкалы депрессии (рис. 9 и 10) было определено статистически значимое снижение ($p < 0,01$) уровня «легкой депрессии ситуативного (невротического) генеза»: у мужчин – с $52,8 \pm 2,4$ до $43,1 \pm 2,3$ балла в 60,3 % случаев, у женщин – с $56,4 \pm 2,1$ до $40,1 \pm 4,7$ балла в 27,9 % наблюдений. По данной шкале уровень «субдепрессивного состояния» снизился у женщин с $66,02 \pm 2,4$ до $38,03 \pm 3,34$ балла в 44,9 % случаев, у мужчин редуцировался полностью, достигнув нулевого показателя ($p < 0,01$). Такая же редукция имела место и по уровню «истинного депрессивного состояния» у женщин. У мужчин при первичной диагностике этого состояния не определялось.

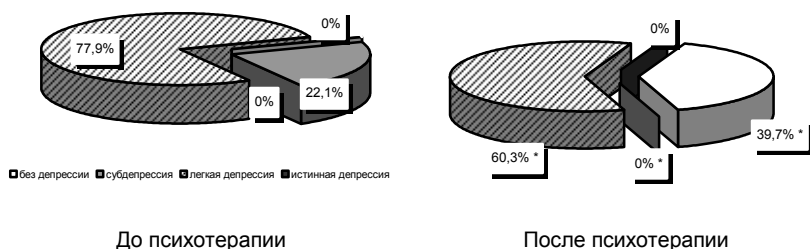


Рис. 9. Изменение уровня депрессии по субъективной шкале у мужчин
Примечание. * – Статистическая значимость оценивалась ниже $p < 0,01$.

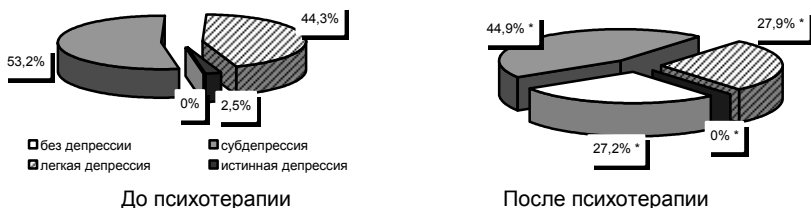


Рис. 10. Изменение уровня депрессии по субъективной шкале у женщин
Примечание. * – Статистическая значимость оценивалась ниже $p < 0,01$.

Следует подчеркнуть, что после трансперсональной психотерапии при вторичной диагностике уровень депрессии был обозначен как «состояние без депрессии», который отсутствовал до проведения терапии. У мужчин этот уровень в среднем достиг

значения $35,7 \pm 4,1$ балла и был определен в 39,7 % случаев, у женщин в 27,2 % случаев этот показатель в среднем составил $31,9 \pm 5,5$ балла.

Таким образом, после проведенной ТППТ, по данным диагностики на основе шкал экспериментально-психологического метода была выявлена значительная положительная динамика показателей психического состояния.

Результаты изменений по шкалам таких тестов, как субъективная оценка уровня тревожности и депрессии с помощью госпитальной шкалы КШСД, госпитальной шкалы Гамильтона для оценки депрессии (HDRS), субъективной шкалы депрессии и шкалы общего клинического впечатления (CGI-I) явились показательными. После проведенного курса ТППТ все высокие показатели депрессии и тревоги, зарегистрированные до терапии, значительно снизились, а по некоторым тестам – редуцировались (выявлены субдепрессивный уровень у мужчин и истинный уровень депрессии у женщин по субъективной шкале депрессии). В 36,8 % случаев у женщин и в 38,6 % случаев у мужчин уровень тревожности по тесту КШСД достиг нормативных значений. По этой же шкале были определены показатели нормы уровня реактивности: в 49,7 % случаев – у женщин, в 43,5 % случаев – у мужчин. По шкале общего клинического впечатления (CGI-I) уже к окончанию ТППТ показатели снизились до уровня «выраженное улучшение» и «значительное улучшение». Причем показатель «выраженное улучшение» сохранился и через 3 месяца в 71,8 % случаев (79 чел.) из 110 пациентов, обратившихся по истечении данного периода.

По шкале Гамильтона наблюдалась положительная динамика в сторону снижения уже в ходе самого трансперсонального курса. Если до начала терапии оценка тяжести состояния по данной шкале у женщин была определена в пределах $28,6 \pm 1,5$ балла, что было достоверно выше такового у мужчин ($23,4 \pm 1,2$ балла), то к окончанию группового трансперсонального процесса (при втором тестировании) произошло снижение почти в 2 раза. Причем у женщин отмечалась более значительная положительная динамика (снижение депрессивной симптоматики с $28,6 \pm 1,5$ до $10,5 \pm 2,3$ балла), чем у мужчин (с $23,4 \pm 1,2$ до $12,1 \pm 2,0$ балла). По данной шкале этот показатель соответствовал уровню «малого депрессивного эпизода».

Следует заметить, что к окончанию психотерапевтического курса обследованные в дневниках самонаблюдения субъективно

отмечали положительную динамику, которая кроме нормализации аффективной сферы проявлялась в улучшении сна, повышении аппетита, появлении позитивного мышления. Пациенты к этому времени начинали формулировать для себя новый жизненный сценарий. При этом уровень доверия, взаимовыручки, искренней коммуникации и откровения к окончанию терапевтического процесса достигал высокой степени, если сравнивать с началом курса.

Для третьего, заключительного исследования по госпитальной шкале Гамильтона пациенты выбранной группы приглашались на дополнительную консультацию через 2,5—3 недели, что соответствовало 30—35-му дню от первого тестирования по этой шкале. Так, завершающие показатели обозначили значительное снижение уровня депрессии в отношении второго исследования почти в 2 раза и еще более значительное снижение по сравнению с первым – почти в 4 раза. Причем у женщин динамика была значительнее (с 10,5 до 4,3 балла), чем у мужчин (с 12,1 до 6,7 балла).

Итак, при проведении экспериментально-психологического исследования невротических тревожно-депрессивных расстройств получены результаты по трем выбранным тестам (шкалам), на основании которых можно сделать вывод о значительной редукции депрессивного и тревожного радикалов за период прохождения курса ТППТ.

Таблица 7

Результаты обработки данных самоотчетов (дневников)

Выбранные категории проявлений – абс. (%)							
Группа пациентов	1	2	3	4	5	6	7
Основная (n=127)	94 (74,0)	82 (64,5)	105 (82,6)	74 (58,2)	110 (86,6)	86 (67,7)	127 (100)
Контрольная (n=30)	13 (43,3)	21 (70,0)	28 (93,3)	-	22 (73,3)	19 (63,3)	30 (100)

Примечание. 1 – Сниженное настроение, тревожные переживания, подавленность, 2 – напряженность, гневливость, раздражительность, 3 – снижение аффективного напряжения, искренность в общении, спокойствие, 4 – адекватная форма отношения к психотравме, ее «принятие», 5 – перинатальные переживания, 6 – трансперсональные переживания, 7 – биографические переживания.

В результате применения контент-анализа (табл. 7) было определено, что категория тревожно-депрессивного состояния

(F43.20–43.22) была свойственна большинству пациентов основной группы – 74,0 % (94 чел.), его симптомы были предъявлены в виде жалоб на сниженное настроение, тревожные переживания, подавленность, слезливость, поверхностный сон.

На первых 4 сеансах такие эмоциональные характеристики, как напряженность, повышенная раздражительность и гневливость, наблюдались в 64,5 % случаев (82 чел.) в основной группы и в 70,0 % наблюдений (21 чел.) в контрольной группе. Их можно рассматривать как результат действия защитных механизмов и сопротивления. Как правило, на первых сеансах пациенты сталкивались со своей проблемой в плане «принятия или непринятия», что сопровождалось попутным «проживанием» в ИСС психологических состояний, связанных с проявлением признаков БПМ-2 и БПМ-3, где отслеживались «безвыходность» и «борьба жизни и смерти». Поэтому период между 3-м и 4-м сеансами можно считать «переломным», что и определено вышеуказанной клинической картиной. После 5-го сеанса в клинической динамике проявилось снижение аффективного напряжения, пациенты отслеживали уменьшение слезливости. На этом этапе ТППТ наблюдалась тенденция к искреннему, эмпатийному общению с другими участниками группы, откровенному взаимодействию с оказанием друг другу эмоциональной поддержки.

К окончанию психотерапевтического процесса (7-й и 8-й сеансы) клиническая динамика выражалась устранением аффективной напряженности, тенденцией к раскрытию характера психотравмирующих обстоятельств – 82,6 % (105 чел.) в основной группе, 93,3 % случаев (28 чел.) в контрольной группе. Кроме того, формировалась адаптивная форма отношения к психотравме – ее своеобразного принятия. В основной группе эта категория имела место у 58,2 % участников (74 чел.).

Кроме того, при ИСС в сеансах ТППТ обследованные испытывали переживания биографического и трансперсонального (надличностного) уровней. Проявления биографического плана отмечались у 100 % участников как основной (127 чел.), так и контрольной группы (30 чел.), где пациенты «переживали» биографические моменты из своей жизни: психотравмирующие ситуации, неразрешенные конфликты, вытесненные или неинтегрированные воспоминания (СКО).

На трансперсональном уровне «переживания» отмечались в 67,7 % случаев (86 чел.) в основной группе и в 63,3 % (19 чел.) в группе контроля. Имели место многочисленные визуальные

образы в виде мифологических, мистических, исторических, социально-политических, религиозных и космических архетипов.

Следует отметить, что обязательным условием после прохождения ТППТ являлась четкая установка для пациентов – не принимать важных «судьбоносных» решений и не делать «быстрых шагов» в течение полугода (например: смена места работы или места жительства, изменения в семье). Это время дается для кристаллизованного рационального (неэмоционального) когнитивного осознания, решения и действия.

В этой связи важным моментом является тот факт, что после прохождения ТППТ (после 6 месяцев) участники принимали важные для себя решения (это 65,3 % участников – 83 чел.), в контингенте которых принимались решения о смене места работы, учебы, о замужестве (женитьбе), т. е. отслежен факт «нового этапа в жизни», что можно проиллюстрировать приводимыми ниже клиническими примерами.

Клиническое наблюдение 1

И., 35 лет (F43.21). Ранее пациент за психотерапевтической помощью не обращался. На психотерапевтический прием обратился 09.09.2007 г. с жалобами на «подавленное» настроение, особенно в вечернее время, на мысли о жизненной «бесперспективности и безысходности», на плохой сон и часто возникающие «приступы» тревоги, длительностью по 20—30 минут, без определенного повода. Со слов больного, данное состояние наблюдается в течение последнего года. Расстройство связывает с расторжением брака, которое произошло за год до обращения к психотерапевту.

Анамнез. Родился в 1973 г. в Чите в полной, интеллигентной семье (мать по профессии инженер, отец геолог по специальности), от плановой и желанной беременности. Ожидали мальчика («еще в начале беременности родители дали мне имя»). Беременность у матери была первая. В начале беременности наблюдался гестоз. В родах: головное предлежание, родился самостоятельно, сразу закричал. Естественное вскармливание до 6 месяцев. Рос капризным, плаксивым и «избалованным» мальчиком. Себя помнит с 5 лет. Этот возраст связан с самым неприятным (стрессовым) воспоминанием детства – уходом пьянствующего отца из семьи. Связь с отцом оборвалась на всю последующую жизнь. Отмечает, что в этот период тревожно спал ночью, беспокоили детские страхи, сноворечение и чувство «незащищенности». В детстве перенес ветряную оспу и скарлатину. В 6-летнем возрасте был госпитализирован с пневмонией. В стационаре находился без ма-

тери, что также считает детским стрессом, так как болезненно переживал разлуку с близким. Перед школой посещал детское дошкольное учреждение только в подготовительной группе. Посещение ДДУ тяготило. В школу пошел с 7 лет. Адаптировался сложно, чувствовал себя «не в своей тарелке». К окончанию 1-го класса появился близкий друг. После 5-го класса был вынужден поменять место учебы в другой школе и в другом районе, что было вызвано сменой места жительства. Расставание с близким другом перенес весьма болезненно. В новой школе долго не мог адаптироваться, что было связано с «неблагоприятным» составом класса («одни хулиганы», «били на переменах»). Новые одноклассники называли «интеллигентом», надсмехались, что занимается в историческом кружке. Тогда принял решение посещать спортивную секцию по боксу.

Когда исполнилось 12 лет, мать повторно вышла замуж. Отношения с отчимом не сложились («он меня никогда не любил»). Особенно ярко безразличие проявилось после рождения младшего брата. Вспоминает, что всегда ревновал мать к брату и к отчиму. С этого периода всё больше времени проводил во дворе, познакомился и сошелся с группой ребят «криминальной» направленности, где занимал зависимую позицию. В этот период изменилась психологическая ситуация в классе («узнав от моих уличных друзей, от меня отстали»). Однако успеваемость снизилась, и после 8-го класса поступил в техникум железнодорожного транспорта, где с одноклассниками установил поверхностные контакты, по-прежнему отдавая предпочтение друзьям «со двора». Успеваемость в техникуме была среднего уровня. После получения среднеспециального образования был призван в армию на срочную службу. Военскую службу проходил на Дальнем Востоке в пограничных войсках. Адаптировался к воинскому режиму с трудом («постоянно пребывал в подавленном состоянии»). В первый год службы был свидетелем трагической смерти сослуживца («это произвело неизгладимое впечатление, впервые испытал страх смерти»).

После демобилизации возвратился в Читу, где вскоре вошел в криминальную группировку («занимались рэкетом», где прошлые «занятия боксомгодились»). В данной группировке находился в течение 5 лет. Однако судим не был. В последующем часто менял место работы, в основном подрабатывал сторожем. В 2001 г. в возрасте 29 лет женился, считал, что «по любви». Отношения с женой сложились доверительные, были основаны на полном взаимопонимании. В это время работал охранником в торговой фирме. В 2003 г. родился сын. Летом 2006 г. узнал, что жена

встречалась с другим мужчиной, в разговоре призналась в своих чувствах к «сопернику» и уже в имеющихся сексуальных отношениях. Решение о разводе было принято сразу и обоюдно. Вспоминает, что это был «самый тяжелый период в жизни». Стал проживать со своей матерью, отчимом и младшим братом. Ребенок остался с бывшей женой, что особенно вызывало «болезненные переживания на душе». Исчезло желание общаться с друзьями, коллегами по работе («их вечные расспросы и любопытство вызывали еще больший душевный дискомфорт»). Это стало поводом для увольнения. Не работает более 6 месяцев.

Свой характер оценивает как ранимый, нерешительный, тревожный. С трудом выстраивает новые отношения, не любит перемен, болезненно переживает расставания с близкими людьми.

Психическое состояние. Во время беседы ориентирован в месте, времени и собственной личности, доступен контакту. Осознает цель и задачу своего прихода. Внешне: опрятного вида, адекватен в своем поведении. В беседе изначально активен, однако при воспоминании о психотравме (уход жены) принимает пассивную роль. На вопросы отвечает в плане заданного контекста, больше стремится к односложным ответам. Каких-либо расстройств восприятия (галлюцинаций и др.) не наблюдается. Память развита достаточно хорошо и сохранена на события ближние и дальние, личные и общественные. Мышление последовательно и логично, среднего темпа. Суждения определенные и ясные. Запас общих и житейских сведений достаточен. По своему эмоциональному состоянию находится в угнетенном и сниженном настроении, в беседе легко плачет и стыдится этого. Сам свое настроение определяет как «тоскливое и тревожное». К своему состоянию относится критически, просит о помощи. Суицидальные мысли отрицает.

Соматическое состояние. Среднего роста, нормостенического телосложения. Кроме жалоб на периодическую головную боль, других соматических жалоб не предъявляет. Общий анализ мочи и крови в пределах нормы (от 11.09.2007 г.). На рентгенограмме – патологии черепа не выявлено (от 19.09.2007 г.).

В неврологическом статусе: оживленность сухожильных рефлексов, с обеих сторон; покачивается в позе Ромберга; с промахиванием выполняет пальценосовую пробу (слева). Плохо переносит жару и духоту.

Клинико-диагностическая оценка. Наследственность пациента отягощена алкоголизацией отца. В своем характере имел (и имеет) черты астенической акцентуации, что способствовало декомпенсации психического состояния при переменах в жизни

«негативного» характера. Такими значимыми событиями были уход биологического отца из семьи, расставание с другом детства, вынужденная (из-за переезда) смена школы, появление в семье отчима, начальный период службы в армии, трагическая смерть сослуживца, расставание из-за развода с женой и сыном. Низкая стрессоустойчивость к психогениям говорит о ситуативной ограниченности его адаптивных личностных возможностей. Последнее событие было пережито весьма болезненно: все больше стал пребывать слабо дифференцированном угнетенно-сниженном настроении, появилась плаксивость (особенно при мучительном воспоминании о разводе). Мысли приобрели негативное содержание (тревожность в отношении будущего, переживание «безысходности» и «бесперспективности»). Стал избегать контакты с близкими друзьями и коллегами, так как мнимая «поддержка» еще больше психотравмировала, что привело к увольнению с последнего места работы по собственному желанию. В течение последних 6 месяцев стал нарушаться сон, с затруднением засыпания и периодическими пробуждениями ночью. Заметно был снижен аппетит.

После прохождения 6 индивидуальных сеансов был предложен курс групповой трансперсональной психотерапии. Перед групповым процессом пациент прошел первое психологическое и нейрофизиологическое исследование:

Психологическое исследование: 1) по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) КШСД-тест: реактивность соответствовала 12 баллам; тревожность – 14 баллам, что отражает клинически выраженную тревогу и депрессию; 2) по методике измерения уровня личностной и ситуативной тревожности (по тесту Спилбергера): по шкале ситуативной тревожности показатель соответствовал 48 баллам (повышенная тревожность); по шкале личностной тревожности – 46 баллам (повышенная тревожность); 3) по шкале психических состояний (по Г. Айзенку): высокий уровень по шкале тревожности; средний уровень по шкалам агрессивности, фрустрации и ригидности; 4) по субъективной шкале депрессии: уровень депрессии – 54 балла (уровень легкой депрессии ситуативного или невротического генеза); 5) по шкале Гамильтона (HDRS): уровень депрессии – 8 баллов (малый депрессивный эпизод);

Нейрофизиологическое исследование: ЭЭГ-картирование определило изменение БЭА головного мозга: снижение индекса низкочастотных компонентов альфа-ритма (во всех отведениях), увеличение бета₂-поддиапазона в центрально-височных зонах коры головного мозга, увеличение бета₁-активности в передних отделах.

Перед началом групповой трансперсональной психотерапии был установлен диагноз «Расстройство адаптации с пролонгированной депрессивной реакцией в результате психогении» (F43.21).

Групповая трансперсональная психотерапия. При вхождении в группу пациентом сделан запрос: «принять расставание с женой – простить ее – выстроить с ней новые (дружеские) отношения, не потерять связь с сыном – начать новый этап в своей жизни – найти душевное равновесие, избавиться от угнетенности и подавленности – больше позитивно мыслить – нормализовать свой сон». На групповую терапию шел с тревогой, волнением (что подтверждает психологическое исследование) и страхом «неизвестности». В группе был насторожен и напряжен. Переживания в ИСС на первом трансперсональном сеансе носили биографический характер (из самоотчета): детские обиды на родителей; особенно яркое воспоминание было связано с уходом отца («отчетливо вижу себя мальчиком в 5-летнем возрасте, в шортиках, майке, стоящим в углу прихожей, и отца, уходящего с чемоданами навсегда из нашей жизни»); еще одно значимое воспоминание – госпитализация в стационар («лежу в палате, плачу, смотрю в потолок», «испытываю острое чувство страха и потери мамы»); наплывы воспоминаний, связанные с чувством «одиночества, незащищенности и ненужности» в детском саду и начальной школе; яркое воспоминание, когда «избили в новой школе»; травматические воспоминания во время службы в армии («трагическая смерть сослуживца», «притеснения со стороны старослужащих»). На выходе из транса чувство обиды, растерянности. Телесно: головная боль в затылочной области.

Содержание переживаний в ИСС на втором трансперсональном сеансе кроме биографического уровня отражало и перинатальный характер (из самоотчета): «Я маленький-маленький, как будто нахожусь в каком-то замкнутом пространстве, где изначально хорошо, тепло и комфортно. Я свернулся клубочком. Но исподволь откуда-то стала появляться тревога, понимаю, что надо выбирать, но не могу найти выхода. В окружающем меня пространстве становится одиноко, страшно и душно. Катастрофически не хватает воздуха. Тревога стала увеличиваться, перерастать в страх и панику. Где же выход? Появился неприятный привкус во рту. Ощущение, что тело начало чем-то сдавливать. Безысходность всё нарастала. Нахожу какую-то перепончатую стену и начинаю её разрывать. Кажется, последние силы покидают, устал физически, но продолжаю преодолевать стену. Наконец-то удастся найти узкий проход. Понимаю – мне туда.

Стены прохода также давят на меня. Они как будто живые существа. Я тороплюсь. Но здесь заканчивается транс». (Данные переживания соответствуют уровням БПМ 1, 2 и 3). Биографические воспоминания в основном были связаны с уходом жены («стою на дороге, а жена, держа за руку сына, проходит мимо...»). На выходе из трансa чувство незавершенности, обиды. Желание, чтобы быстрее наступил очередной сеанс, чтобы закончить ситуацию. Телесно: общая усталость и разбитость.

На третий сеанс пришел с высокой мотивацией, осознанием, что все зависит только от самого себя («Хватит ныть и бояться!»). Сохранялась физическая усталость, головная боль прошла. При выполнении телесно-ориентированных упражнений активен. В группе был более коммуникабельным, начинал шутить. В ИСС на 3-м сеансе переживания соответствовали уровням БПМ 3 и 4 (из самоотчета): «Чернота и пустота. Я один. Откуда-то сверху на меня опускается поверхность, похожая на каменную плиту, но мягкая. Придавливает и ограничивает мои движения. В какой-то момент мне показалось, что я не дышу. Возникло ощущение смерти. Кажется, что это длится вечность, пока какой-то голос (скорее, мой внутренний) не сказал: «Надо двигаться дальше, надо жить!». Я начал пробираться под этой плитой, пока не нашупал отверстие, в которое провалился. Это оказался канал, стены которого помогли мне передвигаться. (В этот момент почему-то опять вспомнил свою госпитализацию с пневмонией, когда мне было 6 лет, и смерть сослуживца в армии). В конце этого канала увидел свечение, которое увеличивалось все больше и больше. Скорость моего передвижения также возросла. Возникла отчетливая мысль: «Сейчас это произойдет!». И произошло! Я буквально вылетел в этот свет. Он был очень ярким и ослепляющим, от его обилия я даже зажмурил глаза. Я понимал, что произошло важное событие. Моему восторгу и свободе не было предела! Я неистово радовался! Я праздновал победу! Я наполнял себя какой-то невиданной доселе энергией! Я родился заново!». На выходе из трансa мною овладело чувство освобождения, радости и благодарности. Охватила мысль, «что все только начинается!». Телесно я чувствовал легкость и «приятное возбуждение».

На последующих 5 сеансах пациент сохранял эти чувства и осознания. Дальнейшую работу в группе обозначал как «закрепление». Осознал, что его отношения с сыном, который теперь живет отдельно, полностью зависят от него самого, что сын всегда будет с ним. Признался, что простил бывшую жену и принял ситуацию развода («этот этап в жизни тоже надо было пройти», «все испытания в нашей жизни не случайны»).

К окончанию групповой терапии определил сценарий своей жизни на ближайший («я всегда хотел иметь свой собственный бизнес») и дальнейший («я обязательно ещё встречу свою любовь») периоды. Отслеживал, что после 3-го сеанса трансперсональной психотерапии стал легко засыпать и глубже спать. Настроение стало ровным и стабильным. Мысли позитивные.

На 7-й день, после окончания психотерапии, вновь было проведено повторное психологическое и нейрофизиологическое исследование, результаты которых приведены ниже.

Психологическое исследование: 1) по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) КШСД-тест: реактивность снизилась с 12 до 8 баллов, что стало соответствовать субклинически выраженному уровню; тревожность снизилась с 14 до 7 баллов (на 50 %), что стало соответствовать нормальному показателю тревожности по данному тесту; 2) по методике измерения уровня личностной и ситуативной тревожности по тесту Спилбергера: по шкале ситуативной тревожности показатель, при первичной диагностике соответствовал 48 баллам (уровень повышенной тревожности), после психотерапии показатель снизился до 36 баллов (умеренный уровень); по шкале личностной тревожности показатель снизился с 46 (повышенная тревожность) до 35 баллов (умеренная тревожность); 3) шкала психических состояний (по Г. Айзенку): после ТППТ уровень по всем шкалам (тревожности, агрессивности, фрустрации и ригидности) снизился до низкого уровня; 4) субъективная шкала депрессии показала уровень легкой депрессии ситуативного или невротического генеза, который соответствовал 54 баллам при первичном тестировании; диагностируемое состояние «без депрессии» (УД=46) – при повторном; 5) по шкале Гамильтона (HDRS) уровень депрессии снизился с 8 (малый депрессивный эпизод) до 5 (отсутствие депрессивного эпизода) баллов.

Нейрофизиологическое исследование: ЭЭГ-картирование показало снижение бета-активности в диапазоне: бета₁- и бета₂-ритма во фронтальных и сенсомоторных зонах. Таким образом, полученные данные могут являться объективным подтверждением не только стабилизации аффективной сферы пациента, но и возможным патогенетическим сдвигом в биоэлектрической активности головного мозга. Из этого следует, что повторное проживание в клинической трансперсональной психотерапии специфических биографических (особенно последней психотравмы – расторжение брака) и перинатальных психотравмирующих воспоминаний пациента, которые являлись основой формирования его тревожно-депрессивного расстройства, принесло освобождение

дающий эффект, что можно рассматривать как один из важных предикторов эффективности трансперсональной психотерапии.

Из анамнеза (через 6 месяцев после курса трансперсональной психотерапии). Отмечал положительную динамику в своем психическом состоянии: нормализовался сон, настроение стало ровным, полностью исчезли состояния подавленности, угнетенности и тревожности. Стал позитивно мыслить. Был доволен результатами психотерапии. На сеанс пришел со словами благодарности. Считал, что у него начался «новый период в жизни». За прошедший период постоянно встречался со своим сыном, доволен «новыми» отношениями с бывшей женой. Главным событием прошедшего периода считает открытие своего бизнеса по продаже видео- и аудиопродукции. Открыл две торговые точки («Я этому очень рад, всегда мечтал о своем деле. И это только начало»). Через год планирует пройти вторую ступень (курс трансперсональной психотерапии).

По материалам статистической обработки (глава 2) было определено, что большую часть основной группы составили пациенты с расстройствами адаптации со смешанной тревожной и депрессивной реакцией в результате психогении (53,3 % – женщины и 54,1 % – мужчины). Клиническую динамику, патопсихологические и нейрофизиологические особенности указанного невротического нарушения можно наблюдать на следующем примере.

Клиническое наблюдение 2

Н., 30 лет (F43.22). За психотерапевтической помощью пациентка ранее не обращалась. На прием обратилась 19.12.2006 г. На первичном сеансе предъявляла жалобы на тревожные мысли, возникающие беспочвенно. Мысли были связаны со здоровьем сына, мужа, родителей и собственного здоровья. На фоне подобных мыслей возникло подавленное душевное состояние, практически всегда сниженное настроение, особенно во второй половине дня. Периодически плачет. В течение последнего месяца ухудшился сон («могу проснуться ночью, потом долго не могу уснуть»). Данное состояние связывает с недавней смертью бабушки (в октябре 2006 г.). Данную потерю значимого близкого болезненно переживает и не принимает.

Анамнез. Пациентка родилась в 1976 г., старшей из двух детей (брат младше на 3 года), в рабочей семье (отец работал машинистом на железнодорожном транспорте, мать имела специальность кондитера). Беременность у матери вторая, первая закончилась абортom (до брака). В течение беременности ожидалось рождение мальчика («отец всю беременность называл меня мужским именем»). Беременность протекала без осложнений, но

в последнем триместре была психотравма – у матери умер отец. В родах: головное предлежание, родилась самостоятельно, сразу закричала. Естественное вскармливание до 9 месяцев. Росла тихой, послушной, несколько «отстраненной» девочкой. Себя помнит с 5 лет. Самые неприятные и страшные воспоминания детства связаны с алкогольными эксцессами отца, которые сопровождались рукоприкладством в отношении матери и словесными ругательствами в адрес детей («порой посреди ночи мы убегали из дома из-за скандала, учиненного отцом»). Отношения с отцом всегда носили формальный характер. Эмоционально была более привязана к матери. Отслеживает, что в раннем детстве очень боялась темноты, в виду чего тревожно спала (только при электрическом освещении), боялась приходов пьяного отца, испытывала чувство «незащищенности».

В детстве (6 лет) перенесла осложненную форму ангины, с госпитализацией. В стационаре находилась без матери, что считает детским потрясением. Посещала детское дошкольное учреждение с 1,5 лет. Ясли и детский сад тяготили, так как «всегда хотелось домой». Тем не менее имела друзей, в основном общалась с мальчишками. Предпочитала держаться «в тени». В школу пошла с 7 лет. Адаптация была облегчена тем фактом, что вместе с ней в школу пошли уже знакомые по ДДУ дети («без них мне было бы очень тяжело»). В классе старалась держаться обособленно, особенно ограничивала контакты с девочками («чувствовала себя закомплексованной, плохо одетой и некрасивой»). Более комфортно чувствовала себя в спортивной секции по легкой атлетике (спортивная ходьба), где сложились доверительные отношения с тренером («был мне как родной отец») и девочками. «Светлые» воспоминания этих лет связаны с посещением летнего спортивного лагеря. Очень болезненно перенесла скоропостижную смерть тренера в 10-м классе. Успеваемость в школе всегда была хорошей. Одним из неприятных воспоминаний школьных лет (рассказывает об этом со слезами) является «публичное унижение», испытанное от классного руководителя, которая сказала: «Ты не поступишь на факультет иностранных языков, потому что ты из бедной семьи». Несмотря на мрачные предсказания, после окончания 10 классов поступила в педагогический институт на факультет иностранных языков, который закончила с красным дипломом. В студенческом коллективе чувствовала себя более уверенно. В группе была назначена на должность старосты. На последнем курсе вышла замуж за молодого человека из своей студенческой группы. После окончания института работала учителем немецкого языка в школе. В 2003 г. родила сына.

По характеру оценивает себя как личность «мнительно-тревожную, нерешительную», но с обостренным чувством справедливости. Не любит решительных перемен в жизни. Достаточно «щепетильна» в выборе друзей и приятельниц: «Я домохозяйка! Мне достаточно моих близких родственников для общения». Но при установлении доверительных отношений слишком привязывается эмоционально («до зависимости»), поэтому весьма болезненно переживает расставания.

Психическое состояние. Во время беседы с врачом ориентирована в месте, времени и собственной личности, доступна контакту. Осознает цель и задачу своего прихода. Внешне опрятного вида, адекватна в поведении. В беседе активна и эмоциональна, особенно при эмоционально значимых воспоминаниях своей биографии (например, смерть бабушки). На вопросы отвечает в плане заданного. Расстройств восприятия не наблюдается. Память хорошо развита и сохранена на события ближние и дальние, личные и общественные. Мышление последовательно и логично. Обладает высоким интеллектом. Суждения определенные и ясные. Запас общих и житейских сведений достаточен. Находится в угнетенном состоянии и сниженном настроении, в беседе плачет. К своему состоянию относится критически, просит о помощи. Суицидальные мысли отрицает.

Соматическое состояние. Среднего роста, нормостенического телосложения. Выглядит соматически здоровой. Каких-либо жалоб соматического характера не предъявляет. Анализы мочи и крови в пределах нормы. На рентгенограмме патологии черепа не выявлено (от 29.12.2006 г.).

В неврологическом статусе: оживленность сухожильных рефлексов; пальценосовую пробу выполняет точно; несколько покачивается в позе Ромберга. Отмечает, что плохо переносит жару, духоту и поездки в общественном транспорте.

Клинико-диагностическая оценка. Наследственность отягощена алкоголизацией отца. Характер имел (и имеет) черты астенической акцентуации, что способствовало декомпенсации психического состояния при каких-либо переменах (событиях) в жизни. Такими событиями были алкогольные эксцессы (с рукоприкладством) отца в детстве, «напряженные» отношения с одноклассниками в школе, смерть тренера по легкой атлетике в 10-м классе, смерть бабушки. Это говорит о невысоких адаптивных возможностях. Последнее событие (смерть бабушки) переживается очень болезненно: пациентка стала пребывать в угнетенно-сниженном и плаксивом настроении, начала испытывать чувство вины («может, я чего-то не доглядела, ведь бабушка тяже-

ло болела?»). Стало нарастать чувство тревоги и страха за своих близких родственников. Появились мысли «негативного» характера: «Вдруг с ними что-нибудь случится? Или со мной? Как будут жить после этого мой сын и муж?» В течение последнего месяца нарушился сон: «Когда просыпаюсь, то сразу проверяю спящего сына и мужа. Приходят плохие мысли о страхе. Плачу. Потом с трудом засыпаю». Отмечает, что понизился аппетит.

После прохождения 4 индивидуальных сеансов был предложен курс трансперсональной психотерапии в групповой форме. Перед групповым процессом прошла психологическое и нейрофизиологическое исследование.

Психологическое исследование: 1) по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) КШСД-тест определено, что реактивность соответствовала 15 баллам; тревожность – 17 баллам (клинически выраженные тревога и депрессия); 2) по методике измерения уровней личностной и ситуативной тревожности по тесту Спилбергера: по шкале ситуативной тревожности показатель соответствовал 53 баллам (уровень высокой тревожности); по шкале личностной тревожности – 51 баллу (уровень высокой тревожности); 3) по шкале психических состояний (по методике Г. Айзенка) выявлен высокий уровень по шкалам тревожности и фрустрации; средний уровень по шкалам агрессивности и ригидности; 4) по субъективной шкале депрессии обнаружен уровень легкой депрессии ситуативного или невротического генеза (УД=58 баллов); 5) по шкале Гамильтона (HDRS): уровень депрессии достиг 12 баллов (малый депрессивный эпизод);

Нейрофизиологическое исследование: ЭЭГ-картирование определило изменение БЭА головного мозга: снижение индекса низкочастотных компонентов альфа-ритма (во всех отведениях), увеличение бета₂-поддиапазона в центрально-височных зонах коры головного мозга, увеличение бета₁-активности в передних отделах.

Перед началом групповой трансперсональной психотерапии был установлен диагноз «Расстройство адаптации со смешанной тревожной и депрессивной реакцией в результате психогении» (F43.22).

Групповая трансперсональная психотерапия: при вхождении в группу пациенткой был сделан запрос по поводу того, чтобы избавиться от чувства тревоги и страха за жизнь своих близких родственников – от чувства вины перед бабушкой, принять ее смерть – улучшить свое настроение – нормализовать сон. При заявлении запроса плакала, говорила тихим голосом.

На групповую терапию шла со «смешанными» чувствами (надежды, страха и тревоги), что подтверждалось психологическими тестами. В группе была насторожена, напряжена, дистанцировалась.

Первый трансперсональный сеанс: с первых минут переживалась тема смерти. Из самоотчета: изначально видела образ покойного дедушки (по материнской линии), которого никогда в жизни не видела. Дед умер, когда мать вынашивала беременность Н. (на третьем триместре). «Мы сидим на краю дороги, дедушка гладит меня по голове, успокаивает. Говорит, чтобы я не винила себя в смерти бабушки. Успокаивает тем, что она теперь с ним, что им хорошо в том потустороннем мире. Если не веришь, давай покажу тебе бабушку.... » Далее возникал образ бабушки, которая «сидит на скамье, причем той самой, которая стояла в детстве у нас во дворе), пристально смотрит на меня своим добрым взглядом». «Беседа с бабушкой. Дед находится рядом. Мне их жалко, но текущие из глаз слезы какие-то светлые. Начинает приходить покой и умиротворенность...» После вдруг всплыла ситуация из детства, которую пациентка якобы «совершенно» забыла: «Мне купили пальто, оно было ужасным по фасону и цвету и дешевым. Родители из-за нехватки денег могли только это пальто купить ребенку.... Я вновь ярко переживаю чувство стыда перед одноклассниками за «ужасную» одежду и детскую обиду на маму, такую же сильную, как тогда, в детстве».

Биографические воспоминания детства длились до середины транса, пока совершенно внезапно не появился трансперсональный образ смерти в виде цыганки. «Здесь я внезапно вспоминаю ситуацию, когда мне было 14 лет, мы с подружкой пошли на рынок. Там нас напугала старая цыганка (скорее всего, это была психически больная женщина), которая начала сыпать проклятиями в мой адрес. Образ цыганки в трансе полностью соответствовал реальному, из детства. Только здесь, в трансе, на ней был надет черный балахон и она держала череп в руке. «Черная» женщина сопровождала меня почти до самого окончания транса. Был момент в трансе, когда я спасала от нее своего трехлетнего сына». Визуальные образы сопровождались яркими чувствами страха, тревоги и безысходности. Лишь к концу ИСС испытала позитивное чувство победы и освобождения, когда «победила» образ смерти и спасла своих близких людей. На выходе из транса чувство победы, но еще «незаконченности», так как «вся борьба впереди!». Телесно: физическая усталость, головокружение.

Переживания второго транса соответствовали уровню первых трех БПМ. Из самоотчета: визуально представляла гроты

в море; закрытые пространства, из которых «необходимо было выбираться»; видела сцены войны, где было «много смерти и крови»; какие-то бесконечные тоннели, трубы и коридоры, по которым «то летала, то ползала». Телесно чувствовала вибрацию и дрожь; чувство отравления и затруднение дыхания; давление на тело и сердечные перебои; ощущение «обруча» на голове, «стягивание пальцев на руках» и холод по всему телу.... На выходе из транса – чувство незавершенности, телесной разбитости и усталости.

На третьем сеансе все переживания соответствовали трансперсональному уровню и были связаны с борьбой со смертью. Образы носили символический характер. В переживаниях с легкостью переносилась во времени и пространстве. Из самоотчета: «Я побывала во всех цивилизациях, эпохах, странах. Одновременно была мужчиной и женщиной, птицей и зверем, ветром и песком в пустыне... И везде побеждала жизнь!». На выходе из транса испытала чувство надежды и уверенности.

На четвертом сеансе произошло завершение переживаний, соответствующих БПМ 3 и 4. Визуально отмечает символические образы космоса, полетов в открытых пространствах, яркие образы солнца и планет. Телесно испытывала чувство обретения свободы, «дыхания во всю грудь». На выходе из транса – жизнеутверждающее чувство, чувство радости, свободы и завершенности.

На последующих 4 сеансах пациентка сохраняла эти чувства и осознания, «закрепляя» полученный результат. Осознавала, что произошло принятие факта смерти бабушки. Отмечала, что уже в ходе групповой психотерапии нормализовался сон, меньше стали посещать «негативные» мысли о возможной смерти, а после 4-го сеанса «вообще прошли», к окончанию группового процесса эмоциональный фон выровнялся («настроение стало хорошим»). Из группы уходила с чувством благодарности. Начинала определять сценарий своей дальнейшей жизни.

На 5-й день, после окончания психотерапии, было проведено повторное психологическое и нейрофизиологическое исследование.

Психологическое исследование: 1) по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) КШСД-тест установлено, что реактивность снизилась с 15 до 9 баллов, что стало соответствовать субклинически выраженному уровню; тревожность снизилась с 17 до 8 баллов (на 51 %), что стало соответствовать нормальному показателю тревожности по данному тесту; 2) по методике измерения уровня личностной и ситуативной тревожности по тесту Спилбергера: по шкале ситуативной тревожности показатель при

первичной диагностике соответствовал 53 баллам (т. е. определялся уровень повышенной тревожности), после психотерапии было установлено снижение этого показателя до 39 баллов (умеренный уровень). По шкале личностной тревожности было выявлено снижение показателя с 51 балла (повышенная тревожность) до 33 баллов (умеренная тревожность); 3) по шкале психических состояний (по Г. Айзенку) при первичной диагностике был определен высокий уровень по шкале тревожности и средний уровень по шкалам агрессивности, фрустрации и ригидности; после трансперсональной психотерапии было обнаружено снижение уровней по всем шкалам (тревожности, агрессивности, фрустрации и ригидности) до средних показателей; 4) по субъективной шкале депрессии при первом психологическом исследовании был выявлен уровень «легкой депрессии ситуативного генеза», который соответствовал 58 баллам; диагностируемое состояние «без депрессии» (УД=49) установлено при повторном исследовании; 5) по шкале Гамильтона (HDRS): снижение уровня депрессии с 12 баллов («малый депрессивный эпизод») до 6 (на 50 %) баллов («отсутствие депрессивного эпизода»).

Нейрофизиологическое исследование: ЭЭГ-картирование показало снижение бета-активности в диапазоне: бета₁- и бета₂-ритма во фронтальных и сенсомоторных зонах.

Таким образом, полученные данные могут являться подтверждением не только объективной стабилизации аффективной сферы пациентки, но и возможного патогенетического сдвига в биоэлектрической активности головного мозга. Из этого следует, что повторное проживание в ТППТ специфических биографических (например, смерть бабушки) и перинатальных психотравмирующих воспоминаний пациентки, которые являлись основой тревожно-депрессивного расстройства, принесло освобождающий эффект.

Из катамнеза (через 5 месяцев после первого курса трансперсональной психотерапии): пациентка довольна результатами психотерапии: полностью редуцировались тревожность и чувство вины, связанные с недавней смертью бабушки, исчезли устрашающие мысли о смерти («я вообще стала позитивно мыслить»), нормализовался сон, настроение стало ровным. Возобновила репетиторскую деятельность («за это время набрала новых учеников»). На плановый сеанс шла с чувствами признательности и благодарности. Через 9—11 месяцев планирует пройти вторую ступень (курс) трансперсональной психотерапии.

3.2. Клинико-патофизиологические особенности у больных невротическими тревожно-депрессивными расстройствами в терапевтической динамике

Как отмечалось ранее, из анамнестических данных были выявлены такие личностные качества, как неустойчивая самооценка, интерперсональная зависимость, аффективно окрашенные реакции на психогении в прошлом, «зацикленность» и фиксация на личностно значимых отрицательных эмоциональных событиях, ситуациях и объектах. При оценке своего характера сами больные чаще определяли себя как тревожных, зависимых, ранимых, неуверенных, нерешительных, мнительных и впечатлительных. Для исследования динамики личностных (психологических) особенностей были использованы такие практические валидные тесты, как методика измерения уровня личностной и ситуационной тревожности Спилбергера–Ханина и диагностика самооценки психических состояний Айзенка.

Так, при интерпретации данных методики измерения уровня личностной и ситуационной тревожности Спилбергера–Ханина (табл. 8) результат по шкале личностной тревожности в основной группе составил $49,7 \pm 3,1$, что по данному тесту соответствует уровню повышенной тревожности, и наблюдался у 91,3 % пациентов основной группы (116 исследуемых).

Таблица 8

Показатели первичной диагностики по методике измерения уровня личностной и ситуативной тревожности по тесту Спилбергера–Ханина в основной группе (%)

Уровень шкалы	Шкала ситуативной тревожности	Шкала личностной тревожности
<i>Основная группа (n=127)</i>		
Низкая тревожность (от 0 до 30 баллов)	-	-
Умеренная тревожность (от 31 до 45 баллов)	47,6	8,7
Повышенная тревожность (от 46 баллов и более)	52,4	91,3

Уровень умеренной тревожности был установлен в 8,7 % случаев (11 пациентов) и в среднем составил $37,3 \pm 5,1$ балла. По шкале ситуативной тревожности показатель повышенной тревожности был определен у 66 больных (51,9 % от общей группы) и составил $52,5 \pm 5,1$ балла. Умеренная тревожность по данной шкале была зарегистрирована у 61 пациента (48,1 %), составив

в среднем $41,2 \pm 3,5$ балла. Низкая тревожность в этой группе не определялась.

Таким образом, в основной группе по тесту Спилбергера у 52,4 % пациентов был выявлен повышенный уровень ситуативной тревожности; в 91,3 % случаев – повышенный уровень личностной тревожности (показатель более 46 баллов). В контрольной группе (табл. 9) по тесту Спилбергера–Ханина показатели шкалы личностной тревожности в большей степени (25 чел.) соответствовали низкому уровню (83,0 %). Лишь в 17,0 % случаев (5 чел.) личностная тревожность достигла умеренного уровня. По шкале ситуативной тревожности уровень умеренного показателя имел место в 23,0 % случаев (7 чел.), а низкой тревожности – в 77,0 % (23 чел.). Уровень повышенной тревожности по обеим шкалам в контрольной группе не был зафиксирован.

Т а б л и ц а 9

Показатели первичной диагностики по методике измерения уровня личностной и ситуативной тревожности по тесту Спилбергера–Ханина в контрольной группе (%)

Уровень шкалы	Шкала ситуативной тревожности	Шкала личностной тревожности
<i>Контрольная группа (n=30)</i>		
Низкая тревожность (от 0 до 30 баллов)	76,7	83,3
Умеренная тревожность (от 31 до 45 баллов)	23,3	16,7
Повышенная тревожность (от 46 баллов и более)	-	-

По результатам теста Айзенка (табл. 10) кроме тревожности была определена выраженность других предикторов невротизации: агрессивности, ригидности и фрустрации. По результатам тестирования у большего количества пациентов из основной группы был установлен средний уровень показателей по всем шкалам данной методики. Так, по шкале тревожности у 61 больного (48,1 %) был выявлен показатель средней тревожности допустимого уровня; по шкале агрессивности у 61 обследованного (48,1 %) – показатель среднего уровня данного психического состояния; по шкале фрустрации у 72 чел. (56,6 %) и шкале ригидности у 99 человек (77,9 %) – средний уровень. Из всех показателей высокий уровень наиболее часто определялся по шкале тревожности – у 55 человек (43,2 % от основной группы). По шкале фрустрации высокий уровень наблюдался у 38 пациентов (30,1 %), что может свидетельствовать о их низкой самооценке, избегании трудностей и боязни неудач. Низкий уровень (отсутст-

вие) тревоги был выявлен у 11 человек (8,7 %). По шкале агрессивности 38 исследуемых (29,8 %) показали состояние выдержанности и спокойствия. По шкале фрустрации у 17 человек (13,3 %) были определены высокий уровень самооценки, устойчивость к неудачам и отсутствие боязни перед трудностями. По шкале ригидности низкий уровень отсутствовал. В группе контроля по результатам исследования до проведения курса психотерапии в большей степени были определены показатели низкого уровня по всем шкалам теста Айзенка. Так, по шкале тревожности – у 23 здоровых лиц (76,6 %); по шкале агрессивности – у 24 человек (79,8 %); по шкале фрустрации – у 23 обследованных (76,6 %); в 86,6 % случаев (26 чел.) – по шкале ригидности. Следует отметить, что в этой группе по всем шкалам были выявлены показатели среднего уровня выраженности: по шкале тревожности – в 23,4 % случаев (7 чел.); по шкале агрессивности – в 20,2 % (6 чел.), по шкале фрустрации – у 7 обследованных (23,4 %); в 13,4 % случаев (4 человека) – по шкале ригидности. Показатели высокого уровня по тесту Айзенка в контрольной группе определены не были.

Таблица 10

Самооценка психических состояний по шкале Г. Айзенка при первичной диагностике

Уровень самооценки	Тревожность		Агрессивность		Фрустрация		Ригидность	
	основ. (n=127)	контр. (n=30)	основ. (n=127)	контр. (n=30)	основ. (n=127)	контр. (n=30)	основ. (n=127)	контр. (n=30)
Низкий	8,7	76,6	29,8	79,8	13,3	76,6	-	86,6
Средний	48,1	23,4	48,1	20,2	56,6	23,4	77,9	13,4
Высокий	43,2	-	22,1	-	30,1	-	22,1	-

Таким образом, вполне обоснованно можно сделать вывод, что в соответствии с тестом Айзенка по всем шкалам психических состояний «средний» и «высокий» уровни значительно преобладали, что показало наличие у больных таких характерологических свойств, как тревожность, агрессивность, фрустрация и ригидность.

По опроснику Спилбергера–Ханина до начала психотерапии как у мужчин, так и у женщин преобладал повышенный уровень личностной и ситуативной тревожности. В процессе проведения ТППТ наблюдалось статистически значимое снижение уровня личностной тревожности (рис. 11) в 100,0 % случаев с высокого уровня до низких и умеренных показателей (с $49,7 \pm 3,1$ до $30,4 \pm 4,3$) ($p < 0,05$). Уровень повышенной ситуативной тревожно-

сти в 100,0 % случаев снизился до умеренных значений (с $52,5 \pm 5,5$ до $33,1 \pm 3,7$) ($p < 0,01$), гендерных различий выявлено не было.

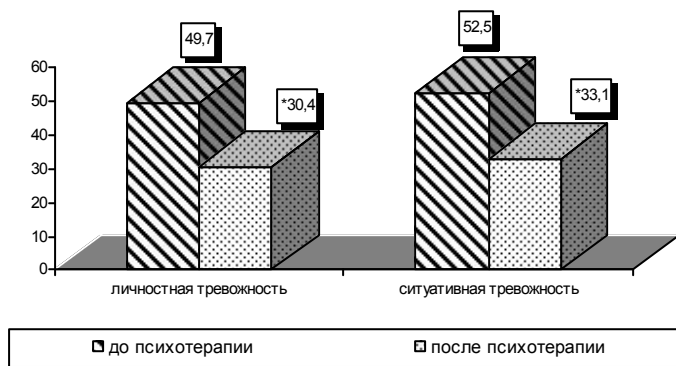


Рис. 11. Изменение тревожности по опроснику Спилбергера
Примечание. * – Статистическая значимость оценивалась ниже $p < 0,01$.

Необходимо отметить, что к середине психотерапевтического процесса уже клинически отслеживалось снижение тревожного состояния. К окончанию ТППТ пациенты субъективно не отслеживали тревогу и это сопровождалось одновременным снижением депрессии, что подтверждалось данными второго исследования по госпитальной шкале Гамильтона.

Сопоставляя результаты, полученные при помощи методики Г. Айзенка, после проведенной психотерапии, можно говорить о снижении уровня тревожности. Кроме того, данная методика содержит несколько шкал (агрессивности, фрустрации и ригидности), что позволило проследить изменение и других личностных свойств.

По шкале тревожности (рис. 12) было определено снижение по показателю «высокий уровень тревожности» в 26,0 % случаев (с 43,3 % случаев при первом исследовании до 17,4 % при втором), который стал соответствовать уровню «состояние без тревоги» (с $18,6 \pm 3,1$ до $7,4 \pm 2,1$ балла; $p < 0,01$). По показателю «средней тревожности» (допустимый уровень) было выявлено увеличение с 48,0 % случаев ($12,5 \pm 4,3$ балла) до 54,1 % ($13,7 \pm 2,1$ балла; $p < 0,01$). Кроме того, значительное увеличение было обнаружено по показателю «низкий (нетревожный) уровень» с 8,7 % случаев ($6,7 \pm 2,3$ балла) до 28,5 % ($5,4 \pm 3,3$ балла) ($p < 0,01$).

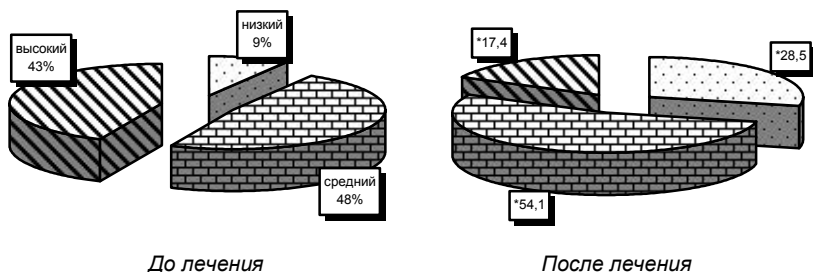


Рис. 12. Шкала тревожности по Г. Айзенку до и после лечения

Примечание. На рисунках 12, 13, 14 и 15 одинаковой штриховкой обозначены уровни (высокий, средний, низкий). * – Статистическая значимость на рисунках 12–15 оценивалась ниже $p < 0,01$.

По шкале агрессивности (рис. 13) было выявлено статистически значимое увеличение ($p < 0,01$) среднего показателя с $8,0 \pm 2,2$ балла (48,1 % случаев) до $13,0 \pm 2,5$ балла (52,4 % случаев), высокого показателя с $15,5 \pm 4,2$ балла (22,1 % случаев) до $16,3 \pm 4,4$ балла (24,7 % случаев). Низкий уровень агрессивности снизился на 6,9 %. При первичной диагностике этот уровень был определен в 29,8 % случаев ($5,6 \pm 1,3$ балла), после ТППТ ему соответствовали 22,9 % случаев ($5,7 \pm 1,3$ балла).

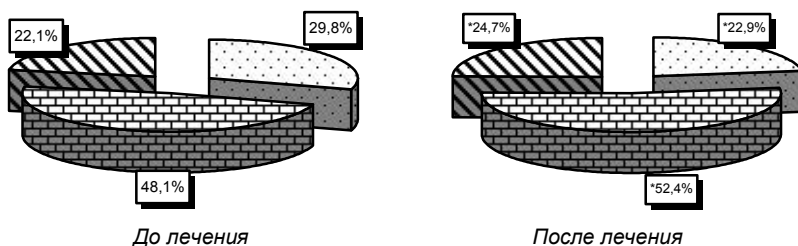


Рис. 13. Шкала агрессивности по Г. Айзенку до и после лечения

По шкале фрустрации (рис. 14) в процессе психотерапии общий показатель по высокому уровню фрустрации снизился более чем наполовину: с 30,1 % ($18,9 \pm 2,7$ балла) до 13,4 % случаев ($15,7 \pm 3,6$ балла) ($p < 0,01$). Показатель по среднему уровню также имел тенденцию снижения в 2 раза: с 56,6 % ($9,4 \pm 5,8$ балла) до 27,4 % обследуемых от основной группы ($8,0 \pm 2,4$ балла) ($p < 0,01$). Показатель низкого уровня фрустрации, который соответствует «высокой самооценке и устойчивости к неудачам

и трудностям», возрос почти в 4,5 раза. Так, если до психотерапии этому показателю соответствовало 13,3 % больных ($5,3 \pm 2,3$ балла), то после проведения лечения показатель был выявлен в 59,2 % случаев от всех исследуемых основной группы ($4,2 \pm 2,1$ балла) ($p < 0,01$).

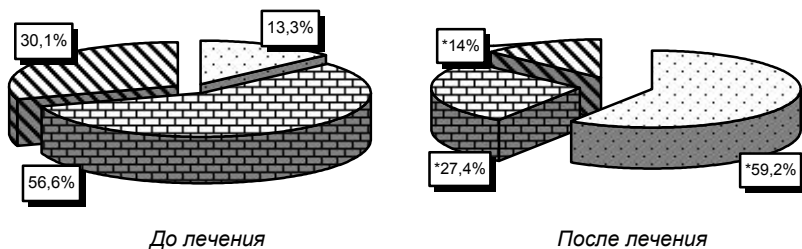


Рис. 14. Шкала фрустрации по Г. Айзенку до и после лечения

По шкале ригидности (рис. 15) показатель выше нормативных значений определен в 22,1 % случаев ($17,5 \pm 3,0$ балла), а при втором тестировании – в 15,6 % ($16,1 \pm 2,5$ балла) ($p < 0,01$). Средний уровень ригидности при первом исследовании был зафиксирован в 77,9 % случаев ($9,7 \pm 4,5$ балла) в основной группе, а после проведенной психотерапии понизился более чем в 1,5 раза и был определен в 52,2 % случаев ($9,3 \pm 3,0$ балла).

При втором психологическом исследовании после прохождения курса трансперсональной психотерапии был определен низкий уровень ригидности, который отсутствовал при первичной диагностике, в 32,2 % случаев ($5,5 \pm 1,9$ балла) от основной группы исследуемых больных, что говорит о нормализующем влиянии трансперсональной психотерапии на данную подструктуру невротической личности.

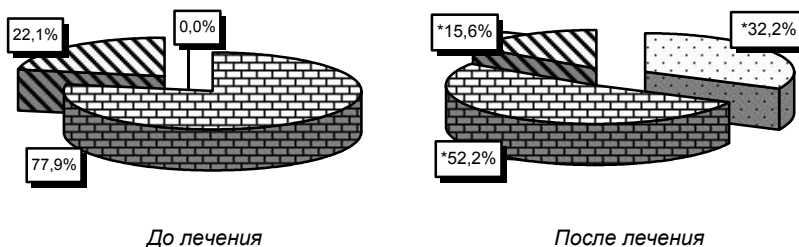


Рис. 15. Шкала ригидности по Г. Айзенку до и после лечения

Таким образом, результаты оценки индивидуально-психологических свойств по шкалам Айзенка явились показательными. Так, по шкале тревожности было определено снижение показателя с «высоким уровнем тревожности» почти в 2,5 раза (26,0 % пациентов), с достижением уровня «состояние без тревоги». Выявлено и увеличение показателя «средней тревожности», допустимого уровня с 48,0 % (12,5±4,3 балла) до 54,1 % случаев (13,7±2,1 балла), значительное увеличение произошло и по показателю низкого (нетревожного) уровня с 8,7 % (6,7±2,3 балла) до 28,5 % случаев (5,4±3,3 балла), что подтверждает положительную динамику снижения уровня тревожности.

По шкале агрессивности было выявлено статистически значимое увеличение ($p < 0,01$) по среднему показателю с 48,1 % (8,0±2,2 балла) до 52,4 % случаев (13,0±2,5 балла), а по высокому показателю с 22,1 % (15,5±4,2 балла) до 24,7 % случаев (16,3±4,4 балла). Низкий уровень агрессивности снизился на 6,9 % случаев. Если при первом обследовании он был определен в 29,8 % (5,6±1,3 балла), то после терапии – в 22,9 % случаев (5,7±1,3 балла).

Следует отметить, что фрустрация у обследованных пациентов преимущественно имела интрапунитивную форму, которая характеризуется аутоагрессией, обвинением в неудаче самого себя, появлением чувства вины, подавленным настроением, тревожностью. Поэтому состояние агрессивности в данном случае рассматривалось в качестве «маски» тревожности, т. е. той формы поведения, которая, имея ярко выраженные особенности, порождаемые тревожностью, позволяет вместе с тем переживать ее в смягченном виде и не проявлять вовне. Главной функцией психологической защиты является «ограждение» сферы сознания от негативных, травмирующих личность переживаний [12].

Проявление агрессивности направлено на устранение тревожного дискомфорта, поэтому агрессивность в данном случае может выступать не только как защитная реакция, но и как способ регуляции и компенсации тревоги, а также быть эмоцией, ориентированной на преодоление. Поэтому, несмотря на свое негативное содержание, в данном случае агрессивность не представляет психологическую проблему, а может рассматриваться как адаптивная реакция. Высокие показатели по данной шкале связаны с «высвобождением» контролируемых эмоций.

По шкале фрустрации в процессе психотерапии было выявлено снижение показателя по высокому уровню фрустрации более чем наполовину: с 30,1 % (18,9±2,7 балла) до 13,4 % случаев (15,7±3,6 балла) ($p < 0,01$). Показатель по среднему уровню также имел тенденцию снижения примерно в 2 раза: с 56,6 % (9,4±5,8 балла) до 27,4 % случаев (8,0±2,4 балла). Кроме того, было определено увеличение показателя низкого уровня фрустрации, который соответствует «высокой самооценке и устойчивости к неудачам и трудностям» почти в 4,5 раза. Так, если перед психотерапией этому показателю соответствовало 13,3 % случаев (5,34±2,3 балла), то после проведенной терапии 59,2 % от числа всех исследуемых основной группы (4,2±2,1 балла) ($p < 0,01$). Эта шкала была использована в связи с тем, что состояние фрустрации в данной исследовательской группе соответствовало интрапунитивной форме и могло проявляться в виде состояний тревожности и беспокойства.

Показатель по шкале ригидности выше нормы был определен при первичной диагностике в 22,1 % случаев в основной группе (17,5±3,0 балла), а при втором исследовании – в 15,6 % случаев (16,12±2,5 балла), что свидетельствует о ее понижении ($p < 0,01$). Средний уровень ригидности при первом психологическом исследовании был выявлен в 77,9 % случаев (9,7±4,5 балла) в основной группе, а после проведенной психотерапии было определено снижение более в 1,5 раза – до 52,2 % случаев (9,3±3,0 балла). При повторном исследовании после курса ТППТ низкий уровень (критерий нормы) по шкале ригидности был выявлен у 41 пациента, что по относительному количеству составило 32,2 % случаев (5,5±1,9 балла). Данный показатель отсутствовал при первом тестировании, что также явилось доказательством влияния данного вида психотерапии на психологическую структуру личности.

Таким образом, при изучении клинических и структурных особенностей тревожно-депрессивных расстройств у обследованного контингента больных при прохождении ТППТ установлено статистически значимое влияние данного вида психотерапии на психологическую структуру невротической личности и изменение аффективного реагирования на психогении. Это подтвердилось данными патопсихологического исследования, а также субъективной оценкой самих пациентов по материалам их самоотчетов (дневников).

3.3. Корреляционные взаимосвязи между психопатологическими и психологическими показателями

С целью подтверждения патогенетического единства выявленных психопатологических нарушений был проведен анализ корреляционных отношений между всеми психологическими тестами у выбранных 60 больных (30 мужчин и 30 женщин) из основной группы. Корреляционный анализ проводился по результатам первого психологического исследования (табл. 11, рис. 16) до курса лечения и по результатам, полученным после проведенной психотерапии (табл. 12, рис. 17). Критерием отбора являлась однородность: по возрастному критерию (возраст от 20 до 30 лет), по наличию остро возникшей психотравмирующей ситуации и по наиболее ярко выраженной клинической картине тревожно-депрессивного расстройства, что подтверждено клинически и субклинически выраженными показателями тревожности и депрессии (по результатам тестов).

Таблица 11
**Результаты корреляционного анализа (Spearman)
в основной группе пациентов до терапии**

Показатели		Коэффициент корреляции (r)	p<0,05
КШСД тревога	КШСД депрессия	0,47	0,0001
КШСД тревога	Айзенк ригидность	0,35	0,005
Айзенк тревожность	Айзенк фрустрация	0,53	0,00001
Айзенк тревожность	Шкала депрессии	0,32	0,01
Айзенк фрустрация	Айзенк агрессивность	0,31	0,01
Айзенк фрустрация	Шкала депрессии	0,37	0,002
Спилбергер РТ	Айзенк ригидность	0,34	0,006
Спилбергер РТ	Спилбергер ЛТ	0,51	0,00002
Спилбергер РТ	Шкала депрессии	0,39	0,001
Спилбергер ЛТ	Шкала депрессии	0,40	0,001
Гамильтон	Шкала депрессии	0,29	0,02

Примечание. r – Коэффициент Спирмена.

Выявленные статистически значимые корреляции убедительно подтвердили, что у всех больных выбранной группы перед началом ТППТ определены положительные корреляционные соотношения между такими невротическими радикалами, как депрессия и тревожность. Анализ исследования полученных результатов до психотерапии показал (рис. 16), что имеются статистически значимые положительные соотношения показателей

уровней депрессии и тревожности: по шкале депрессии и тесту Спилбергера (РТ) ($r=0,39$; $p<0,001$); по шкале депрессии и тесту Спилбергера (ЛТ) ($r=0,40$; $p<0,001$); по шкале депрессии и тесту Айзенка (тревожность) ($r=0,32$; $p<0,01$); по тесту КШСД (депрессия) и тесту КШСД (тревога) ($r=0,47$; $p<0,0001$). Также выявлены положительные корреляционные связи показателей тревожности по тесту Спилбергера между шкалами ситуативной и личностной тревожности ($r=0,051$; $p<0,00002$); Кроме того, сложились статистически значимые положительные соотношения показателей тревоги и ригидности по тесту КШСД (тревога) и тесту Айзенка (ригидность) ($r=0,35$; $p<0,005$); реактивной тревожности (Спилбергер) и ригидности (Айзенк) ($r=0,34$; $p<0,006$); показателей шкал тревожности и фрустрации ($r=0,53$; $p<0,00001$), агрессивности и фрустрации ($r=0,31$; $p<0,01$) по тесту Айзенка. Положительная корреляционная связь имела также между шкалой депрессии и шкалой фрустрации (Айзенк) ($r=0,37$; $p<0,02$).

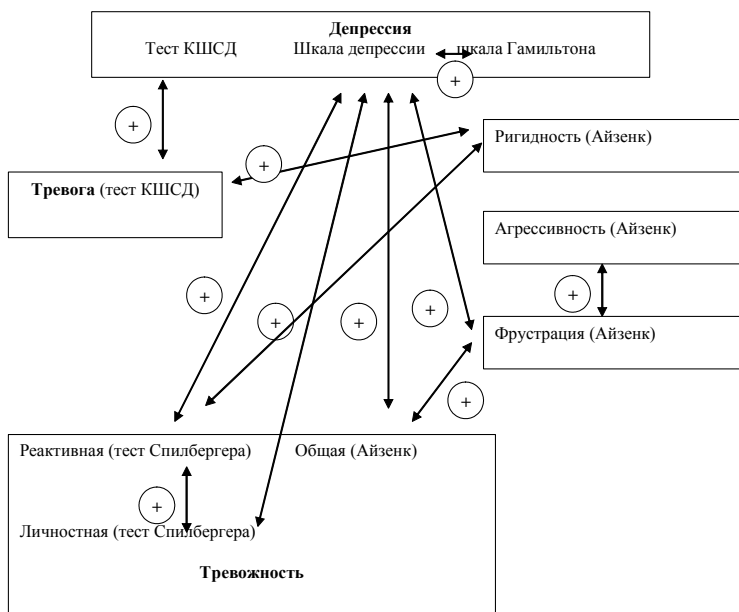


Рис. 16. Корреляционные взаимосвязи между психопатологическими показателями у обследуемых основной группы до лечения

Примечание. Знаком «+», обведенным кружком, обозначены положительные связи.

Таким образом, проведенный корреляционный анализ показал, что у больных, обратившихся за психотерапевтической помощью, имелись психопатологические нарушения, убедительно свидетельствующие о наличии у них не только невротических расстройств с ведущей симптоматикой депрессии, но и о личностной предрасположенности к невротизации. Это подтверждают и статистически значимые прямые корреляционные связи между результатами тестов, направленных на изучение индивидуально-психологических характеристик личности. Согласно исследованиям некоторых авторов, было показано, что высокая личностная тревожность прямо соотносится с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами [127]. По результатам проведенного нами исследования был сделан вывод, что такой личностный невротический предиктор, как ригидность (по тесту Айзенка), прямо коррелирует с тревожностью (по шкалам теста КШСД и Спилбергера–Ханина [РТ]). Кроме того, статистически значимо определенное прямое соотношение шкал фрустрации и агрессивности (по Айзенку) подтверждает концепцию о возможном подавлении пациентами своих целенаправленных действий (скрытая агрессия) в силу ожидания окончания ситуации (фрустрация).

Анализ исследования полученных результатов после психотерапии показал (табл. 12), что произошло статистически значимое смещение корреляционных связей по некоторым показателям.

Таблица 12

Результаты корреляционного анализа (Spearman) в основной группе пациентов после терапии

Показатели		Коэффициент корреляции (r)	p<0,05
КШСД тревога	КШСД депрессия	0,55	0,000004
КШСД тревога	Спилбергер РТ	0,34	0,006
Айзенк тревожность	Айзенк фрустрация	0,49	0,00005
Айзенк тревожность	Шкала депрессии	0,34	0,007
Айзенк фрустрация	Спилбергер ЛТ	0,30	0,01
Айзенк фрустрация	Шкала депрессии	0,29	0,02
Айзенк агрессия	Айзенк ригидность	-0,23	0,07
Айзенк ригидность	Спилбергер РТ	0,27	0,03
Айзенк ригидность	Шкала депрессии	0,27	0,03
Спилбергер РТ	Спилбергер ЛТ	0,41	0,0009
Гамильтон	Шкала депрессии	0,31	0,01

Примечание. r – Коэффициент Спирмена

Также была установлена обратная корреляционная связь показателей по тесту Айзенка между шкалами ригидности и агрессивности ($r=-0,23$; $p<0,07$), что свидетельствует о взаимосвязи повышения показателей агрессивности при одновременном снижении показателя ригидности. Клинически это проявлялось в большей спонтанности действий, искренности и коммуникабельности в процессе терапии с переходом интерперсональных переживаний на трансперсональный уровень.

Таким образом, при анализе показателей (рис. 17) повторных патопсихологических исследований было установлено, что после психотерапии при снижении показателей депрессии наблюдается и уменьшение показателей тревожности. Кроме того, после ТППТ отмечается понижение выраженности такого индивидуального свойства, как ригидность, при одновременном увеличении показателя личностной агрессивности. Некоторое повышение уровня агрессивности после психотерапии следует рассматривать как компенсаторно-защитный психологический механизм, направленный на уменьшение тревожного дискомфорта при невротической депрессии, а также как способ регуляции и компенсации психологического состояния, ориентированный на преодоление душевного кризиса.

3.4. Клинико-нейрофизиологические характеристики невротических тревожно-депрессивных расстройств при проведении трансперсональной психотерапии

Электроэнцефалографическое (ЭЭГ) исследование традиционно применяется в качестве дополнительного метода диагностики в психиатрической практике и позволяет объективно оценить функциональное состояние коры головного мозга, подкорковых структур, а также сложные корково-подкорковые взаимодействия.

Доказано, что на формирование индивидуального паттерна ЭЭГ влияют разные факторы, прежде всего органические поражения мозга и психические заболевания, в том числе тревожные и депрессивные расстройства непсихотического регистра [3]. В работах Б. Д. Карвасарского (1990) показано, что биоэлектрическая активность (БЭА) головного мозга при невротических расстройствах имеет свои особенности и зависит от формы невроза. Так, для неврастения характерен тип ЭЭГ, проявляющийся

преобладанием тета- и дельта-активности и недостаточной выраженностью альфа-ритма (Бобкова В. В., 1971).

ЭЭГ с редуцированным низкоамплитудным альфа-ритмом описаны у тревожных больных с паническими расстройствами и генерализованной тревогой (Вейн А. М. и др., 1971, 1997; Куликовский В. В., 1980; Моллазаде А. Н., 1990; Enoch M. A. et al., 1995). V. J. Knott (1990), напротив, доказал, что у пациентов с паническими расстройствами во время приступа тревоги или в межприступном периоде выявляется усиление медленноволновой активности. В целом десинхронизация ЭЭГ считается достаточно характерной для невротических аффективных расстройств [67].

ЭЭГ-обследование пациентов с невротическими депрессиями состояло из двух последовательных этапов: визуального анализа с определением типа БЭА и спектрального анализа (компьютерное ЭЭГ-картирование), который позволяет количественно оценить ЭЭГ-параметры в различных зонах головного мозга.

Для визуального анализа использовали систематику типов ЭЭГ по Е. А. Жирмунской (1996): 1) *организованный тип* – характеризуется доминированием альфа-ритма в затылочных зонах коры головного мозга (амплитуда не ниже 40 мкВ, индекс выраженности выше 50 %) и невысоким уровнем медленноволновой активности (не превышающим по амплитуде основную активность); 2) *дезорганизованный тип* с наличием альфа-ритма – это ЭЭГ, содержащий ритмическую альфа-активность, однако менее выраженную по сравнению с организованным типом (индекс от 30 до 50 %), а также высокий процент медленных колебаний; 3) *десинхронный тип* – характеризуется сниженной амплитудой колебаний (менее 30 мкВ), нередко с отдельными фрагментами разнообразной ритмической активности низкой амплитуды; альфа-индекс ниже 30 %; 4) *патологический тип* ЭЭГ: с наличием эпилептиформной активности и преобладанием медленноволновой (дельта- и тета-) активности при отсутствии альфа-ритма.

Согласно данным визуального анализа БЭА мозга, в основной группе пациентов было выявлено преобладание организованного (51,9 %) и дезорганизованного с альфа-ритмом (31,6 %) типов ЭЭГ (рис. 18), что практически соответствовало распределению типов ЭЭГ в группе контроля. Кроме того, у больных невротическими депрессиями отмечено незначительное преобладание десинхронного и патологического типов ЭЭГ (16,5 против

8,6 % в группе контроля). При анализе БЭА мозга у мужчин и женщин основной группы статистически значимых различий выявлено не было.

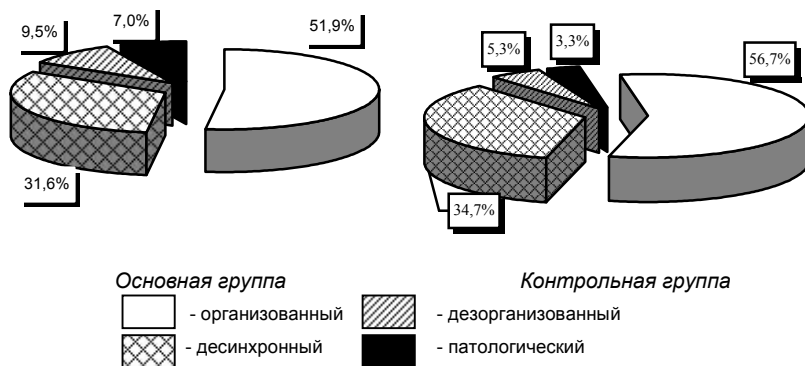


Рис. 18. Структура распределения типов ЭЭГ в основной и контрольной группах

Для более детального изучения изменений БЭА мозга использовали метод компьютерного ЭЭГ-картирования. При проведении спектрального анализа было выявлено, что у пациентов основной группы изменения БЭА проявлялись статистически значимым снижением индекса альфа₁- и альфа₃-активности преимущественно в передних отделах мозга (у мужчин снижение альфа₁-ритма выявлено во всех полосах частот), отмечена тенденция к повышению тета-активности в теменно-центрально-затылочных и префронтальных зонах мозга (табл. 13). Также у обследуемых отмечено увеличение бета₂-активности в центрально-височных зонах и бета₁-ритма в передних отделах (табл. 13).

Указанные ЭЭГ-корреляты свидетельствуют о поражении по преимуществу стволово-диэнцефальных структур головного мозга [67], что согласуется с данными литературы об увеличении медленноволновой активности у больных непсихотическими тревожными и депрессивными расстройствами. Рассогласование же структуры бета-ритма, вероятно, обусловлено нейромедиаторными нарушениями (в частности дисфункцией серотонинового обмена при компенсаторной активации катехоламинергических систем), что, по мнению ряда авторов, составляет патогенетическую основу аффективных расстройств [145, 146].

Т а б л и ц а 1 3

**Спектральные показатели электроэнцефалографии
у больных невротической депрессией**

Пол	Частотные диапазоны						
	дельта	тета	альфа ₁	альфа ₂	альфа ₃	бета ₁	бета ₂
Мужчины		Тенденция к ↑O ₁ , O ₂ , C ₃ C ₄ , P ₃ , P ₄ , F ₃ , F ₄	↓ все отве- дения		↓C ₃ , C ₂ , C ₄	↑F ₃ , F ₄ , C ₄	↑C ₃ , C ₄ ↑↑T ₃ , T ₄
Женщины			↓O ₂ , O ₁ , P ₃ , C ₄ ↓↓P ₄		↓ P ₃ F ₄ , C ₄	↑F ₃ , C ₃ , C ₄	↑C ₃ , C ₄ , T ₃ , T ₄ ↑↑C ₂ ,

Примечание. Достоверность различий по t-критерию Стьюдента, где ↓ – значения логарифма относительной мощности ритмов у лиц основной группы ниже, чем у лиц контрольной группы ($p < 0,05$); ↓↓ – значения логарифма относительной мощности ритмов у лиц основной группы ниже по сравнению с контролем ($p < 0,01$); ↑ – значения логарифма относительной мощности ритмов у лиц основной группы выше по сравнению с контролем ($p < 0,054$); ↑↑ – значения логарифма относительной мощности ритмов у лиц основной группы выше по сравнению с контролем ($p < 0,01$).

В таблице и далее по тексту латинские буквы обозначают отведения электроэнцефалограммы по общепринятой международной схеме 10—20 (Frontal, Central, Parietal, Occipital); нечетные числа указывают на левое полушарие, четные – на правое полушарие головного мозга.

Анализ корреляционных соотношений между параметрами биоэлектрической активности головного мозга и клиническими показателями (по психометрическим шкалам) у пациентов основной группы выявил наличие следующих значимых связей (табл. 14): 1) отрицательную зависимость между выраженностью тревоги по КШСД-тесту и тета-ритмом в префронтальной области мозга, личностной тревожностью по тесту Спилбергера и тета-активностью в префронтальных и теменных областях; 2) положительную зависимость между самооценкой ригидности по тесту Айзенка и СП тета-ритмом в теменной области; 3) положительную зависимость между выраженностью личностной тревожности по тесту Спилбергера и самооценкой ригидности с изменениями бета₁-активностью в теменно-центральных областях мозга; 4) положительную зависимость между выраженностью тревоги по КШСД-тесту и бета₂-активностью в центральных зонах мозга. Указанные корреляционные взаимосвязи объективно подтверждают общность выявленных клинических и нейрофизиологических изменений у пациентов с невротическими депрессивными расстройствами.

Таблица 14

Корреляционные связи параметров БЭА мозга и клинических показателей по психометрическим шкалам (коэффициент корреляции Пирсона)

Полоса отведения, Гц	Fp ₁	Fp ₂	F ₃	F ₄	C ₃	C ₄	P ₃	P ₄	O ₁	O ₂	F ₇	F ₈	T ₃	T ₄	T ₅	T ₆	
<i>Выраженность депрессии по КШСД-тесту</i>																	
Дельта 0,5-4,0				0,61	0,52		0,50		0,61						0,51		
Тета 4,0-7,5												-0,51					
<i>Выраженность тревоги по КШСД-тесту</i>																	
Тета 4,0-7,5	-0,56		-0,64									-0,65					
Альфа 7,5-13,0	-0,59		-0,54									-0,54					
Бета ₂ 20,0-30,0						0,52											
<i>Самооценка тревоги по тесту Айзенка</i>																	
Альфа 7,5-13,0	-0,57		-0,55									-0,56					
Бета ₂ 20,0-30,0															0,59		
<i>Самооценка ригидности по тесту Айзенка</i>																	
Тета 4,0-7,5								0,50									
Альфа 7,5-13,0																	
Бета ₁ 13,0-20,0						0,54		0,57									
<i>Самооценка агрессии по тесту Айзенка</i>																	
Тета 4,0-7,5																	-0,59
<i>Самооценка фрустрации по тесту Айзенка</i>																	
Тета 4,0-7,5																	-0,59
<i>Личностная тревожность по тесту Спилбергера (субъективная оценка)</i>																	
Дельта 0,5-4,0																	
Тета 4,0-7,5			-0,51	-0,55			-0,58				-0,53		-0,55				
Альфа 7,5-13,0				-0,54			-0,52								-0,58		
Бета ₁ 13,0-20,0						0,52	0,57										
Бета ₂ 20,0-30,0							-0,52										
<i>Выраженность депрессии по шкале Гамильтона (объективная оценка)</i>																	
Альфа 7,5-13,0										-0,54	-0,67		-0,54				-0,68
Бета ₁ 13,0-20,0										-0,50							-0,56

Примечание. Представлены достоверные отличия (жирным шрифтом – $p < 0,001$, светлым шрифтом – $p < 0,05$).

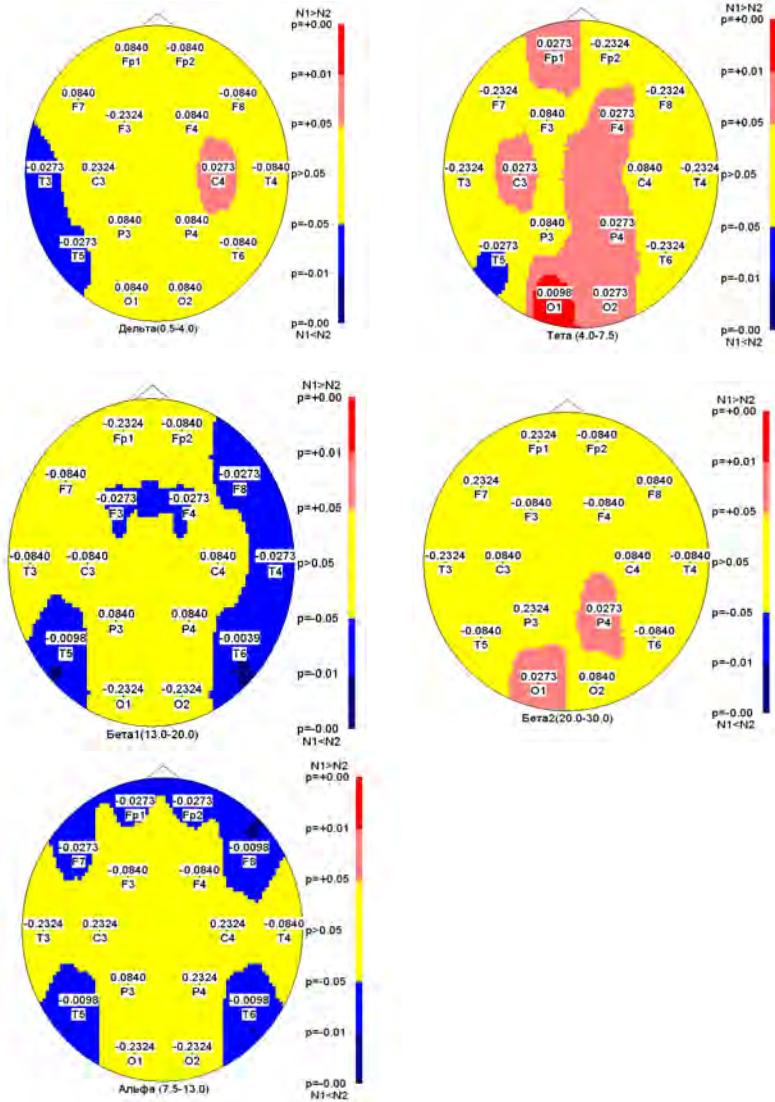


Рис. 19. ЭЭГ-карты изменений БЗА мозга у пациентов с невротической депрессией в процессе трансперсональной психотерапии (указана достоверность отличий при критерию Уилкоксона)

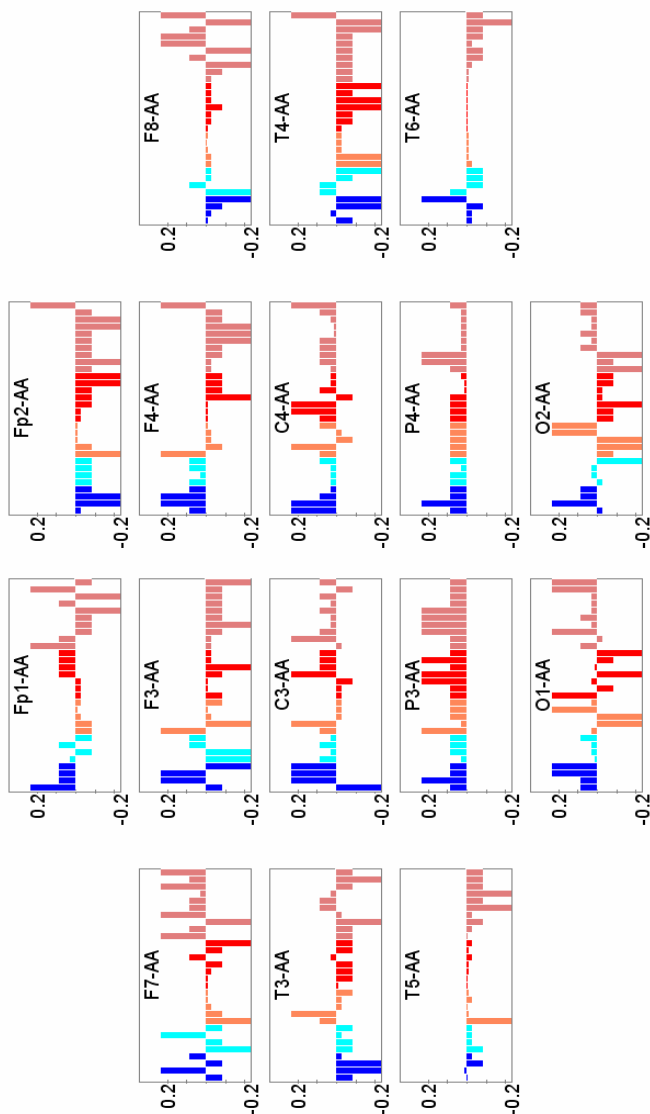


Рис. 20. Спектральный анализ ЭЭГ в процессе психотерапии
 (* – достоверность отличий по критерию Уилкоксона)

Примечание. Изменения частотных диапазонов слева направо в следующем порядке: ■ – дельта, ■ – тета, ■ – альфа, ■ – бета₁, ■ – бета₂.

Повторную запись ЭЭГ проводили после курса трансперсональной психотерапии. В ходе терапевтической динамики у всех пациентов с невротической депрессией были отмечены следующие изменения биоэлектрической активности головного мозга: увеличение частоты альфа-ритмов преимущественно в лобно-височных отделах, снижение тета-активности в теменно-центрально-затылочных и префронтальных зонах коры головного мозга ($p < 0,01$), а также изменение СП бета-ритма (повышение бета₁-активности в лобно-височных и префронтальных областях и снижение бета₂-ритма в теменно-затылочных зонах) (рис. 19 и 20).

Углубленный частотный анализ структуры альфа-ритма с шагом 1 Гц показал, что усиление активности происходит в альфа₃-полосе частот (преимущественно 11—14 Гц) (рис. 21).

Частотный анализ структуры бета-ритма выявил, что повышение бета₁-активности затрагивает преимущественно диапазон частот 12—15 Гц, а бета₂-активность снижается в частотной полосе 26—28 Гц (рис. 22).

Указанные ЭЭГ-паттерны, безусловно, являются положительными: снижение СП тета-диапазона, повышение альфа₃-активности убедительно свидетельствуют о компенсации мозговых изменений у больных невротической депрессией, а изменение бета-активности (повышение бета₁ при снижении бета₂), вероятно, свидетельствует о стабилизации нейромедиаторных процессов, составляющих патогенетическую основу аффективных нарушений [145, 146]. Сравнение БЭА пациентов с невротической депрессией после терапии с показателями группы контроля не выявило достоверных отличий.

Анализ корреляционных соотношений между параметрами БЭА головного мозга и клиническими показателями (по психометрическим шкалам) в основной группе после курса психотерапии выявил наличие следующих значимых связей (табл. 15): 1) положительную зависимость между объективной выраженностью депрессии по шкале Гамильтона и реактивной тревожности по тесту Спилбергера и СП тета-диапазона в префронтальных и теменно-центральных зонах коры мозга (рис. 23); 2) отрицательную зависимость между выраженностью агрессии по тесту Айзенка и альфа-активностью в теменно-затылочных отведениях и положительную – между реактивной тревожностью по тесту Спилбергера и СП альфа-ритма в теменных отделах коры мозга; 3) положительную зависимость между выраженностью депрессии по шкале Гамильтона и СП бета₁-диапазона в центрально-теменных областях, реактивной тревожностью по тесту Спилбергера и бета₁-активностью в центральных и префронтальных зонах, выраженностью тревоги по тесту Айзенка и СП бета₁-ритма в теменно-височных отделах коры мозга.

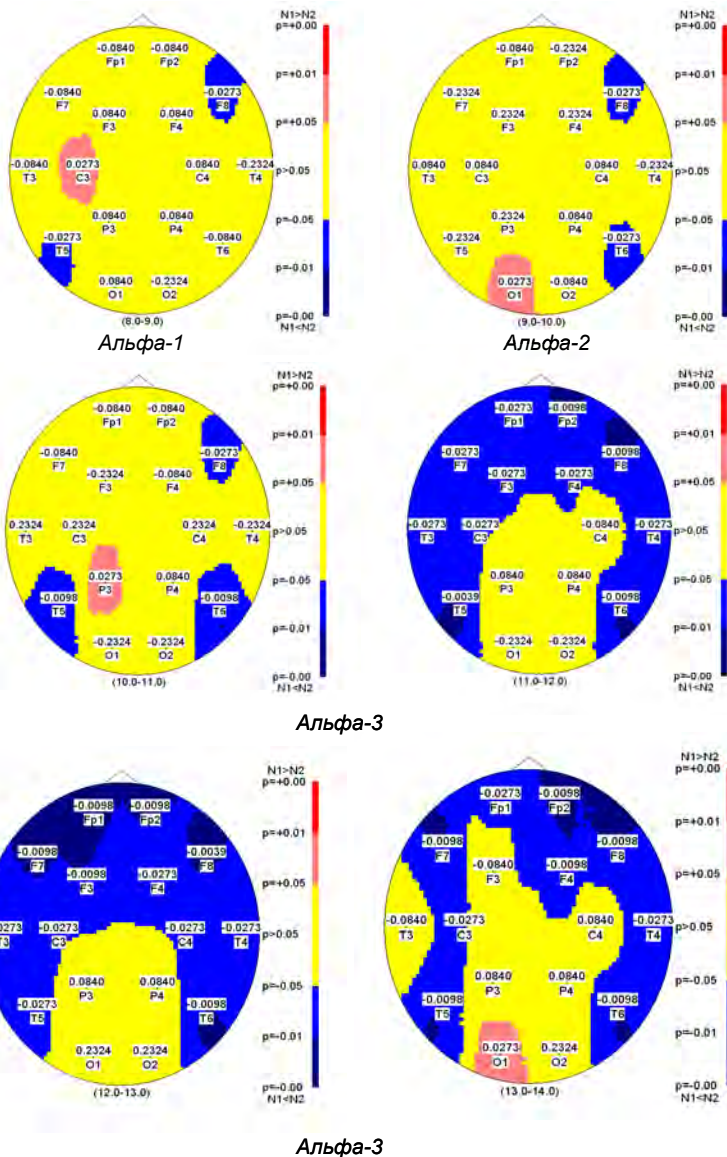


Рис. 21. ЭЭГ-карты изменений БЭА мозга в альфа-диапазоне у пациентов с невротической депрессией в процессе трансперсональной психотерапии с шагом 1 Гц (достоверность отличий по критерию Уилкоксона)

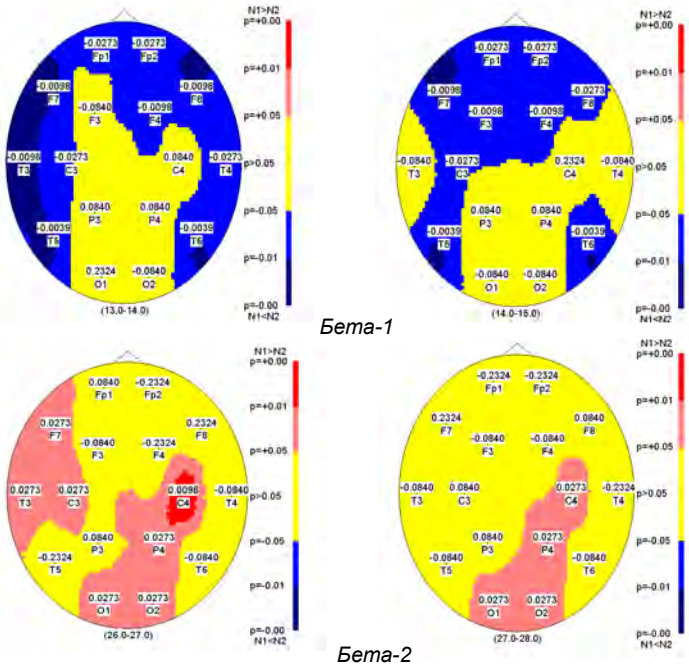


Рис. 22. ЭЭГ-карты изменений БЭА мозга в бета-диапазоне у пациентов с невротической депрессией в процессе трансперсональной психотерапии с шагом 1 Гц (достоверность отличий по критерию Уилкоксона)

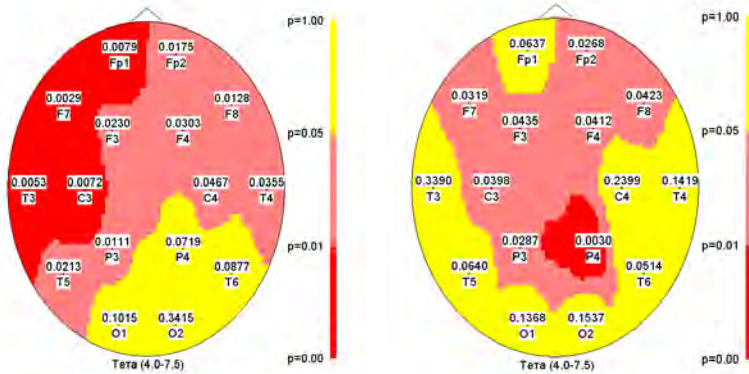


Рис. 23. ЭЭГ-карты корреляционных зависимостей изменений БЭА мозга в тета-полосе частот и клинических показателей у пациентов с невротической депрессией при ТПТ (коэффициент корреляции Пирсона)

Таблица 15

Корреляционные взаимосвязи параметров БЭА мозга и клинических показателей по психометрическим шкалам (коэффициент корреляции Пирсона)

Полоса отведения, ГЦ	Fp ₁	Fp ₂	F ₃	F ₄	C ₃	C ₄	P ₃	P ₄	O ₁	O ₂	F ₇	F ₈	T ₃	T ₄	T ³ -AA	T ₆ -AA	
<i>Выраженность тревоги по КШСД-тесту (субъективная оценка)</i>																	
Тета 4,0-7,5						0,55											
<i>Самооценка тревоги по тесту Айзенка</i>																	
Бета ₁ 13,0-20,0							0,54	0,61			0,51		0,52	0,58	0,57		
<i>Самооценка ригидности по тесту Айзенка</i>																	
Дельта 0,5-4,0					-0,64	-0,55		-0,52							-0,53		
<i>Самооценка агрессии по тесту Айзенка</i>																	
Альфа 7,5-13,0										-0,58						-0,52	-0,54
<i>Самооценка фрустрации по тесту Айзенка</i>																	
Бета ₁ 13,0-20,0									0,54								
<i>Выраженность реактивной тревожности по тесту Спилбергера</i>																	
Тета 4,0-7,5	0,55	0,63	0,59	0,60	0,60		0,63	0,78			0,62	0,59			0,55	0,57	
Альфа 7,5-13,0							0,53	0,62									
Бета ₁ 13,0-20,0			0,51		0,54	0,59											
<i>Выраженность депрессии по шкале Гамильтона (объективная оценка)</i>																	
Дельта 0,5-4,0	0,51	0,54									0,59	0,51	0,51	0,54	0,68	0,56	
Тета 4,0-7,5	0,72	0,67	0,65	0,62	0,73	0,58	0,70	0,54			0,78	0,69	0,75	0,61	0,65	0,51	
Бета ₁ 13,0-20,0						0,53	0,53										
<i>Выраженность депрессии по шале Т. Балашовой (субъективная оценка)</i>																	
Тета 4,0-7,5							0,51										

Примечание. Представлены достоверные отличия (жирным шрифтом – $p < 0,001$, светлым шрифтом – $p < 0,05$).

Таким образом, после проведенной трансперсональной психотерапии у больных невротической депрессией отмечены положительные изменения биоэлектрической активности головного мозга: повышение СП альфа₃-ритма в лобно-височных областях и снижение медленноволновой тета-активности в теменно-центрально-затылочных и префронтальных зонах, а также изменения в бета-диапазоне частот (увеличение СП бета₁ в лобно-височных и префронтальных и снижение бета₂ в теменно-затылочных областях мозга). Патогенетическая направленность

указанных изменений ЭЭГ объективно подтверждается отчетливыми клиническими улучшениями и данными корреляционного анализа нейрофизиологических параметров и показателей психометрических шкал для оценки наличия и выраженности эмоционально-личностных нарушений.

Заключение

Анализ этиологических отношений при невротических тревожно-депрессивных расстройствах показал, что воздействие психотравм еще не включает в себе возможности невротического состояния: для того чтобы они приобрели патогенность у данного конкретного больного, необходимы определенные типологические особенности нервной системы и личности. Изучение этого вопроса показало, что наиболее уязвимыми в этом отношении оказываются лица с астеническими, истерическими, тревожно-мнительными и психастеническими акцентуациями.

В жизни людей встречаются обстоятельства, которые выглядят резко отличающимися от других, особые, выходящие за рамки обыденных событий. Эти состояния насыщены разнообразными эмоциями и переживаниями (страх, чувство обиды, вина, тревожность, злоба, беспомощность, отчаяние, одиночество, безнадежность). В рамках экзистенциально-гуманистического направления психотерапии эти состояния определяются как *«экзистенциальный кризис»*.

Трансперсональная психотерапия, которая в большей степени относится к данному направлению, рассматривает кризис экзистенции как неизбежный поворотный пункт, как некий критический момент, после которого развитие личности повернется в ту или иную сторону, используя возможности роста, самоидентификации, способность к выздоровлению и дальнейшей дифференциации. ТППТ концентрируется на преодолении эмоциональных трудностей, мешающих полноценному психологическому и нравственно-духовному развитию индивида. Здесь подчеркивается роль эмоциональных и межличностных факторов в развитии психопатологии и придается большое значение трансцендентному опыту, способствующему выздоровлению.

Цель проведенного исследования – установить закономерности изменений клинических и нейрофизиологических показателей у больных невротическими тревожно-депрессивными расстройствами, сформировавшимися в результате расстройств адаптации, связанными с изменениями образа жизни и имеющими место психогениями в процессе трансперсональной психотерапии; разработать прогностические критерии эффективности лечения.

В соответствии с основной целью исследования были определены **задачи**.

1. Изучить клинико-динамические особенности тревожно-депрессивных нарушений, связанных с расстройствами адаптации.

2. Исследовать факторы и механизмы формирования психогенных кратковременных, пролонгированных и смешанных тревожных и депрессивных реакций при расстройствах адаптации.

3. Выявить клинико-патопсихологические взаимоотношения у больных тревожно-депрессивными расстройствами в процессе трансперсональной психотерапии.

4. Определить клинико-нейрофизиологические изменения в условиях трансперсональной психотерапии у больных расстройствами адаптации.

5. Разработать и внедрить программу использования трансперсональной психотерапии по профилактике и лечению расстройств адаптации с тревожно-депрессивными реакциями с оценкой прогноза эффективности мероприятий.

Для исследовательской работы было отобрано 127 больных тревожно-депрессивными расстройствами в результате расстройств адаптации с кратковременной, пролонгированной, смешанной депрессивной и тревожной реакциями (F43.20, F43.21, F43.22 по МКБ-10), связанными с изменениями образа жизни и имеющими место психогениями. Среди исследуемых женщины составили 60,6%, мужчины – 39,4%. Возраст пациентов колебался от 19 до 59 лет (в среднем составлял $39,5 \pm 19,5$ года).

Каждый обследуемый принял участие в 8 сеансах групповой трансперсональной психотерапии, в основе которой было погружение в измененное состояние сознания. Во время ИСС пациенты испытывали перинатальные, биографические и трансперсональные (надличностные) переживания. Особенности указанных проявлений во время транса выражались в виде образов, мыслей, телесных ощущений, звуков, включений обонятельной и вкусовой сфер. Перинатальные переживания в трансах связаны со стадиями и аспектами биологического рождения, которые в условиях ТППТ определяются как четыре «базовые перинатальные матрицы» (БПМ 1, 2, 3 и 4). Биографический аспект трансовых феноменов проявлялся в виде воспоминаний значимых моментов из жизни: психотравм, неразрешенных конфликтов, вытесненных или неинтегрированных событий. В концепции ТППТ указанные эмоционально значимые биографические ситуации, вытесненные на бессознательный уровень, выражаются в виде сложных функциональных комплексов, которые опреде-

ляются как «системы конденсированного опыта» (СКО). Трансперсональный (надличностный) уровень измененного состояния сознания проявлялся, как правило, в виде многочисленных визуальных образов (мифологических, мистических, исторических, социополитических, религиозных и космических архетипов).

С момента начала психотерапии в ТППТ на первых 1—4-м сеансах наблюдались такие эмоциональные проявления, как напряженность, подавленность, повышенная раздражительность, в некоторых случаях – гневливость. Их можно было рассматривать как результат действия защитных механизмов и сопротивления, так как в начале психотерапии пациенты сталкивались с проблемой «принятия/непринятия» психотравмирующей ситуации. Кроме того, это так же было сопряжено с проявлением в ИСС психологических состояний, связанных с признаками БПМ-1, БПМ-2 и БПМ-3. Таким образом, период между 3-м и 4-м сеансами считался переломным.

После 5-го сеанса, как правило, клинически отчетливо определялось снижение аффективного напряжения, пациенты субъективно отслеживали уменьшение слезливости. На данном этапе группового процесса наблюдалась тенденция к искреннему и эмпатийному общению с другими участниками группы, откровенному взаимодействию и оказанию друг другу эмоциональной поддержки. В переживаниях ИСС начинали отслеживаться проявления БПМ-4. Обследованные субъективно отмечали подъем настроения и желание работать в терапевтической группе, определялось желание к искреннему и откровенному позитивному взаимодействию.

К окончанию психотерапевтического процесса (7-й и 8-й сеансы) клиническая динамика выражалась устранением аффективной напряженности и отчетливой тенденцией к раскрытию характера психотравмирующих обстоятельств. Кроме того, формировалась адаптивная форма отношения к психотравме, ее своеобразного принятия.

В результате комплексного клинко-психопатологического обследования с применением психометрических шкал и экспериментально-психопатологических методик было установлено, что при начальном обследовании больных (до курса ТППТ) были выявлены средние и высокие показатели депрессии и тревоги, которые соответствовали субклиническим и клиническим проявлениям данных расстройств относительно выбранных тестов. Так, при интерпретации данных по шкале Гамильтона (HDRS)

для оценки депрессии в 100 % случаев в основной группе средних баллов у женщин и мужчин соответствовал уровню «большого депрессивного эпизода», причем у женщин этот показатель превышал таковой у мужчин. Показательными явились и данные субъективной оценки уровня тревожности и депрессии (шкала КШСД), где были выявлены выраженные тревога и депрессия у мужчин и женщин, которая соотносилась с «клинически выраженной формой» по данному тесту. По этой же методике, но в еще большей степени был определен уровень «субклинически выраженной формы». Кроме того, уровень «субдепрессивного состояния или маскированной депрессии» был выявлен у мужчин и женщин основной группы по шкале депрессии, предложенной Т. И. Балашовой. Следует заметить, что у мужчин по этой шкале превалировал уровень «легкой депрессии» (77,9 % случаев), а у женщин в 2,5 % случаев было определено состояние «истинной депрессии». В группе контроля по всем вышеуказанным шкалам были определены показатели нормы, кроме шкалы КШСД, где в 13,4 % случаев среди женщин был выявлен «субклинический уровень» тревожности.

Таким образом, по результатам клинического изучения больных можно было сделать вывод, что у всех обследованных основной группы имелось невротическое расстройство тревожно-депрессивного характера. Причем с учетом половых различий показано, что у женщин существенно преобладали показатели клинического и субклинического уровней, о чем можно судить, интерпретируя результаты шкалы Гамильтона, шкалы тревожности по тесту КШСД, шкал субдепрессивного и истинного состояния по методике Балашовой. У мужчин преобладали показатели субклинического уровня (шкала тревожности по КШСД) и легкой депрессии (по Балашовой). Клинический уровень выраженности был определен у мужчин только в соответствии со шкалой реактивности (КШСД).

Патопсихологический метод, который включал методику измерения уровней личностной и ситуационной тревожности (по тесту Спилбергера–Ханина) и самооценку психических состояний (по Г. Айзенку) позволил оценить личностные патопсихологические характеристики пациентов. Благодаря тесту Спилбергера–Ханина появилась возможность дифференцированно измерить тревожность как личностное свойство (устойчивая характеристика) и как состояние тревожности в данный момент (реактивная тревожность как состояние). При интерпретации данных,

полученных при использовании данной методики, у большей части обследованных больных был определен показатель повышенной личностной тревожности, которая характеризуется устойчивой склонностью воспринимать ситуации как угрожающие с тревожной формой реагирования. Реактивная тревожность так же была определена в большинстве случаев и характеризовалась напряжением, беспокойством, нервозностью. Показано, что очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и с психосоматическими заболеваниями.

В контрольной группе кроме нормативных показателей (тревожность до 30 баллов), которые были определены в большей степени, так же был обозначен и уровень умеренной тревожности по двум шкалам.

Благодаря методике самооценки психических состояний (тест Айзенка), кроме тревожности, была возможность проанализировать выраженность и других предикторов невротизации: агрессивности, ригидности и фрустрации. Так, у большего количества пациентов из основной группы был определен средний уровень показателей по всем шкалам. Высокий уровень определялся по шкале тревожности и по шкале фрустрации, что свидетельствовало о низкой самооценке, избегании трудностей и боязни неудач. Низкий уровень (отсутствие) был выявлен по шкале тревоги и по шкале агрессивности. Это исследуемые, которые показали состояние выдержанности и спокойствия. По шкале фрустрации были определены высокий уровень самооценки, устойчивость к неудачам и отсутствие боязни перед трудностями у 17 человек. По шкале ригидности низкий уровень не определялся вообще.

В контрольной группе по тесту Айзенка преобладали нормативные показатели (низкий уровень), однако в меньшей степени, но были выявлены и показатели среднего уровня по всем шкалам. Показатели высокого уровня в контрольной группе определены не были.

Проведенный корреляционный анализ показал наличие в контингенте больных, обратившихся за психотерапевтической помощью, психопатологических нарушений, которые убедительно свидетельствовали о наличии у них не только невротических расстройств с ведущей симптоматикой депрессии, но и о личной предрасположенности к невротизации. Об этом свидетельство-

вали статистически значимые прямые корреляционные связи между результатами тестов, направленных для изучения индивидуально-психологических характеристик личности. Кроме того, было установлено, что такой личностный невротический предиктор, как ригидность (по тесту Айзенка), прямо коррелирует с тревожностью (по шкалам теста КШСД и Спилбергера–Ханина [РТ]). Статистически значимо определенное прямое соотношение шкал фрустрации и агрессивности (по Айзенку) подтверждает концепцию о возможном подавлении своих целенаправленных действий (скрытая агрессия) в силу ожидания окончания ситуации (фрустрация).

При исследовании биоэлектрической активности головного мозга, согласно данным визуального анализа, в основной группе до курса ТППТ было выявлено преобладание организованного и дезорганизованного типов ЭЭГ с альфа-ритмом, что практически соответствовало распределению типов ЭЭГ в группе контроля. Кроме того, у больных тревожно-депрессивными расстройствами было отмечено незначительное преобладание десинхронного и патологического типов ЭЭГ (16,5 против 8,6 % в группе контроля). При анализе биоэлектрической активности головного мозга у мужчин и женщин основной группы статистически значимых различий выявлено не было.

Для более детального изучения изменений БЭА головного мозга был использован метод компьютерного ЭЭГ-картирования. При проведении спектрального анализа было обнаружено, что у пациентов основной группы изменения БЭА проявлялись статистически значимым снижением индекса альфа₁- и альфа₃-активности преимущественно в передних отделах мозга (причем у женщин снижение альфа₁-ритма выявлено во всех полосах частот). Отмечено увеличение бета₂-активности в центрально-височных зонах и бета₁-ритма в передних отделах коры головного мозга. Последнее, вероятно, свидетельствует о нейромедиаторных нарушениях. Помимо того, была выявлена тенденция к повышению тета-активности в теменно-центрально-затылочных и префронтальных зонах мозга.

Корреляционные взаимосвязи объективно подтвердили общность выявленных клинических и нейрофизиологических изменений у пациентов с невротическими тревожно-депрессивными расстройствами. Была обнаружена отрицательная зависимость между выраженностью тревоги по КШСД-тесту и тета-ритмом в префронтальной области мозга, между личностной тревожно-

стью (тест Спилбергера) и тета-активностью в префронтальных и теменных областях; положительная зависимость между самооценкой ригидности по тесту Айзенка и СП тета-ритма в теменной области; положительная зависимость между выраженностью личностной тревожности по тесту Спилбергера и самооценкой ригидности с изменениями бета₁-активности в теменно-центральных областях мозга; положительная зависимость между выраженностью тревоги по КШСД-тесту и бета₂-активностью в центральных зонах мозга.

В процессе исследования динамики тревожно-депрессивных нарушений в условиях ТППТ было установлено, что после прохождения пациентами психотерапевтического курса были установлены положительные изменения, произошедшие как в клинической, так и в нейрофизиологической картине.

Так, при втором экспериментально-психологическом исследовании (после курса ТППТ) определены следующие результаты. По шкале КШСД было выявлено статистически значимое снижение уровня «клинически выраженной» формы тревожности до «субклинических» показателей в 100 % случаев от всех выявленных до прохождения терапии. Кроме того, были зарегистрированы нормативные показатели, которые вообще отсутствовали до терапии. В контрольной группе произошла полная редукция субклинического уровня тревожности, которая была определена до ТППТ.

Глубина депрессии по шкале Гамильтона исследовалась трижды на протяжении всего курса психотерапии (до лечения, перед окончанием группового трансперсонального процесса □ на 10-й день после первого исследования и через 2—2,5 недели после курса психотерапии). Как указывалось выше, при интерпретации показателей первого исследования по данной шкале общий балл депрессии в основной группе соответствовал уровню «большого депрессивного эпизода» как среди мужчин, так и женщин в 100 % случаев. При этом показано, что показатель депрессии у женщин был достоверно выше, чем у мужчин. После проведенной психотерапии наблюдалась отчетливая закономерность редукции общих баллов по шкале Гамильтона в зависимости от половых различий: у женщин отмечалась более значительная динамика снижения депрессивной симптоматики, чем у мужчин. Третье (заключительное) исследование осуществлялось на 30-й (35-й) день, по сути, через 2,5—3 недели после окончания курса ТППТ, когда был определен показатель, который соот-

ветствовал границе между «малым депрессивным эпизодом» и «отсутствием депрессии» по данной шкале. Причем в зависимости от половых различий при последнем исследовании также определялась закономерность более значительной динамики снижения депрессивной симптоматики у женщин.

По данным субъективной шкалы депрессии Балашовой после ТППТ определилось статистически значимое снижение уровня «легкой депрессии ситуативного (невротического) генеза» и «субдепрессивного состояния». Причем у мужчин показатель «субдепрессивного уровня» после терапии достоверно полностью редуцировался до нулевого показателя. Такая же редукция имела место и по уровню «истинного депрессивного состояния» у женщин. У мужчин при первичной диагностике этого состояния не определялось. Следует отметить, что после трансперсональной психотерапии при вторичной диагностике обозначился уровень «состояние без депрессии», который отсутствовал до терапии.

До начала терапии выраженность заболевания по субшкале Шкалы общего клинического впечатления «тяжесть состояния» (CGI-S) в основной группе соотносилась с уровнем «незначительная выраженность проявлений (mildly ill)». В целом под влиянием ТППТ было отмечено равномерное снижение этого уровня до нормативного значения к окончанию психотерапевтического курса, хотя прежний уровень возобновлялся через 3 месяца после прекращения лечения.

По Шкале общего клинического впечатления определялось «улучшение состояния» (CGI-I), на основе данной методики была возможность сравнить оценку тяжести психопатологических признаков у пациентов основной группы в динамике ТППТ. Как указывалось выше, к окончанию психотерапевтического процесса (7-й и 8-й сеансы) в большей степени было выявлено снижение показателей «без изменений» и «минимальное ухудшение» до показателей «выраженное улучшение» и «значительное улучшение». В меньшей степени, но всё же был определен уровень «минимальное улучшение». На контрольный психотерапевтический сеанс пациенты основной группы приглашались через 3 месяца после курса ТППТ. Из 127 обследованных указанной группы обратилось 110 человек, из которых 42 мужчины и 68 женщин. Остальные 17 человек (13,4 % больных) после психотерапии на прием не явились. Как правило, ими оказались жители других городов и отдаленных районов Забайкальского края

и пациенты, которые окончили курс ТППТ с показателем «значительное улучшение состояния». Важным критерием явилось то, что после психотерапии в большинстве случаев (71,8 %) был определен показатель «выраженное улучшение», в меньшей степени (13,4 % случаев) выявлялся уровень «минимальное улучшение». Также были обнаружены и показатели «без изменений» (7,3 % случаев), «минимальное ухудшение» (5,6 % случаев), в 1,9 % случаев у женщин (2 чел.) был зафиксирован уровень «выраженное ухудшение», чего не наблюдалось у мужчин. Пациентам, у которых были определены указанные показатели, кроме психотерапевтического сопровождения было рекомендовано комбинированное лечение с использованием психофармакотерапии.

Таким образом, по результатам экспериментально-психологических данных, у больных невротическими тревожно-депрессивными расстройствами после прохождения курса ТППТ наблюдалась значительная редукция уровней депрессии и тревоги с устранением всех изначально определенных показателей «клинического» уровня. Кроме того, после проведенной психотерапии определялись нормативные показатели, которых не было выявлено до курса данного лечения.

Как указывалось выше, по опроснику Спилбергера–Ханина до психотерапии у мужчин и женщин преобладал как повышенный уровень личностной, так и ситуативной тревожности. В процессе ТППТ уровень личностной тревожности в 100 % случаев статистически значимо снизился с высоких значений до низких и умеренных показателей, а уровень повышенной ситуативной тревожности в 100 % случаев снизился до умеренных показателей. При этом гендерных различий выявлено не было. Необходимо отметить, что к середине психотерапевтического процесса уже клинически отслеживалось снижение тревожного состояния. К окончанию психотерапевтического процесса пациенты субъективно не отслеживали тревогу, что сопровождалось одновременным снижением депрессии (в соответствии с данными второго исследования по госпитальной шкале Гамильтона).

Результаты диагностики психических состояний по шкалам Айзенка проиллюстрировали, в свою очередь, положительную клиническую динамику. Так, по шкале тревожности было определено снижение показателя «высокий уровень тревожности» почти в 2,5 раза до достижения уровня «состояние без тревоги». Выявлено и увеличение показателя «средней тревожности» (до

пустимого уровня) и «низкого» (нетревожного) уровня. По шкале агрессивности было выявлено статистически значимое увеличение по среднему и высокому показателям, в то время как низкий уровень агрессивности снизился.

Как показано выше, фрустрация у данных пациентов имела интрапунитивную форму, которая характеризуется аутоагрессией, обвинением в неудаче самого себя, появлением чувства вины, подавленным настроением, тревогой. Поэтому состояние агрессивности в данном случае рассматривалось в качестве «маски» тревожности и депрессии, т. е. той формы поведения, которая, имея ярко выраженные особенности, порождаемые тревогой и депрессией, позволяла вместе с тем переживать ее в смягченном виде и не проявлять вовне. Проявление агрессивности, вероятнее всего, было направлено на устранение тревожного дискомфорта, поэтому в данном случае она могла выступать не только как защитная реакция, но и как способ регуляции и компенсации тревоги и депрессии, а также являлась эмоцией, ориентированной на преодоление душевного кризиса.

По шкале фрустрации в процессе психотерапии было выявлено снижение показателей по «высокому» и «среднему» уровням более чем наполовину. Кроме того, было определено увеличение показателя низкого уровня фрустрации, который соответствует «высокой самооценке и устойчивости к неудачам и трудностям» почти в 4,5 раза. Показатель по шкале ригидности выше значений нормы, который был определен до психотерапии, в процессе ТППТ также снизился. Выявленный «средний уровень» ригидности до курса психотерапии снизился более чем в 1,5 раза. После лечения был определен и «низкий уровень» (критерий нормы) по шкале ригидности у 41 человека (32,2 % случаев). Заметим, что указанный показатель отсутствовал до прохождения ТППТ.

Таким образом, при проведении исследования клинических и структурных особенностей тревожно-депрессивных расстройств у больных при прохождении ТППТ установлено заметное влияние данной психотерапии на психологическую структуру невротической личности и изменение аффективного реагирования на психогении. Это подтвердилось данными патопсихологического исследования, а также субъективной оценкой пациентов в их самоотчетах (дневниках).

При интерпретации полученных результатов после ТППТ проведенный корреляционный анализ показал, что одновремен-

но со снижением показателей депрессии корреляционно наблюдалось и снижение показателей тревожности. Кроме того, после ТППТ отмечалось и снижение такой индивидуально-психологической черты личности, как ригидность, при одновременном увеличении показателя агрессивности, что статистически подтвердилось обратной корреляционной связью шкалы ригидности со шкалой агрессивности (по Айзенку).

В ходе терапевтической динамики у всех пациентов с невротическими тревожно-депрессивными расстройствами были отмечены следующие изменения биоэлектрической активности головного мозга: увеличение частоты альфа-ритма преимущественно в лобно-височных отделах, снижение тета-активности в теменно-центрально-затылочных и префронтальных зонах коры головного мозга ($p < 0,01$), а также изменение СП бета-ритма (повышение бета₁-активности в лобно-височных и префронтальных областях и снижение бета₂-ритма в теменно-затылочных зонах).

Углубленный частотный анализ структуры альфа-ритма с шагом 1 Гц показал, что усиление активности происходило в альфа₃-полосе частот (преимущественно 11—14 Гц). Анализ структуры бета-ритма выявил, что повышение бета₁-активности затрагивает преимущественно диапазон частот 12—15 Гц, а бета₂-активность снижается в частотной полосе 26—28 Гц. Указанные ЭЭГ-паттерны, безусловно, явились положительными: снижение СП тета-диапазона убедительно свидетельствовало о компенсации мозговых изменений у пациентов с невротической депрессией, а повышение альфа₃ и изменение бета-активности (повышение бета₁ при снижении бета₂) подтверждало стабилизацию нейромедиаторных процессов, составляющих патогенетическую основу аффективных нарушений.

Анализ корреляционных соотношений между параметрами БЭА головного мозга и клиническими показателями (по психометрическим шкалам) в основной группе после курса ТППТ выявил наличие следующих значимых связей: положительную зависимость между объективной выраженностью депрессии по шкале Гамильтона и реактивной тревожностью по тесту Спилбергера и СП тета-диапазона в префронтальных и теменно-центральных зонах коры мозга; отрицательную зависимость между выраженностью агрессии по тесту Айзенка и альфа-активностью в теменно-затылочных отведениях; положительную зависимость между реактивной тревожностью по тесту Спилбер-

гера и СП альфа-ритма в теменных отделах коры мозга; положительную зависимость между выраженностью депрессии по шкале Гамильтона и СП бета₁-диапазона в центрально-теменных областях, между реактивной тревожностью по тесту Спилберге-ра и бета₁-активностью в центральных и префронтальных зонах, а также между выраженностью тревоги по тесту Айзенка и СП бета₁-ритма в теменно-височных отделах коры мозга.

Таким образом, после проведенной ТППТ у больных ТДР были отмечены положительные изменения биоэлектрической активности головного мозга: повышение СП альфа₃-ритма в лобно-височных областях и снижение медленноволновой тета-активности в теменно-центрально-затылочных и префронтальных зонах, а также изменения в бета-диапазоне частот (увеличение СП бета₁ в лобно-височных и префронтальных и снижение бета₂ в теменно-затылочных областях мозга). Патогенетическая направленность указанных изменений ЭЭГ объективно подтвердилась отчетливыми клиническими улучшениями, данными корреляционного анализа нейрофизиологических параметров и показателей психометрических шкал для оценки наличия и выраженности эмоционально-личностных нарушений.

Для получения полной внешней и внутренней, объективной и субъективной картины тех изменений, которые произошли в результате проведения ТППТ, с учетом количественного метода контент-анализа подтвердилось предположение о том, что динамика снижения тревожности и депрессии при невротических расстройствах в рамках указанной психотерапии происходит достаточно быстро, несмотря на краткосрочность курса (8 сеансов). За такой короткий срок изменения, которые произошли на бессознательном уровне, еще полностью не осознаются больными, но произошедшая трансформация весьма важна для дальнейшего психотерапевтического сопровождения.

Необходимо отметить, что показательными явились качественные изменения, которые нашли отражение в самоотчетах участников, а также последующие наблюдения в катамнезе, которые имели положительную динамику в эмоциональном состоянии клиентов после ТППТ. Исходя из вышесказанного, важно подчеркнуть необходимость продолжения дальнейшего исследования по изучению возможностей ИСС в трансперсональной терапии при работе с людьми, имеющими проблемы в эмоциональной сфере.

Таким образом, полученные данные показали возможность ТППТ достаточно эффективно устранять симптомы невротической депрессии и оказывать нормализующее влияние на некоторые подструктуры невротической личности (ригидность, фрустрация), а также положительно влиять на некоторые показатели биоэлектрической активности головного мозга. По всей вероятности, можно констатировать, что с помощью ТППТ определяются клиничко-динамические закономерности в положительном изменении личностной уязвимости (тренировка личности к стрессу) и что кроме снижения невротической симптоматики, наряду с редукцией соответствующих симптомов, происходит изменение личностных характеристик в сторону повышения адаптивных возможностей больных.

Повторное проживание в ИСС специфических психотравмирующих воспоминаний, вероятнее всего, несет освобождающий эффект, что можно рассматривать как один из критериев (предикторов) оценки эффективности ТППТ и определяет значение данного метода в использовании функций саморегуляции ресурсов, необходимых для «обращения» со своими аффектами и в возможности пережить душевный кризис (психотравмирующую ситуацию).

Список использованной литературы

1. Адлер Г. Лекции по аналитической психологии. – М., 1996. – С. 273—274.
2. Александров Ю. И. Психофизиология. – 3-е изд. – СПб., 2007. – С. 28—34.
3. Александровский Ю. А. Социально-стрессовые расстройства // Русский медицинский журнал. – М., 1996. – № 2. – С. 3—12.
4. Алфимова М. В., Трубников В. И. Психогенетика агрессивности // Вопросы психологии. – 2000. – № 6. – С. 112—123.
5. Амон Г. Динамическая психиатрия // Психотерапевтический институт им. В. М. Бехтерева / пер. и науч. ред. В. Д. Вида. – СПб., 1995. – 198 с.
6. Аракелов Г. Г., Глебов В. В. Вегетативные составляющие стресса и личностные особенности пациентов, страдающих пограничными расстройствами // Психологический журнал. – 2005. – Т. 26, № 5. – С. 35—46.
7. Ассаджиоли Р. Медитативные техники в психотерапии // Психосинтез. Принципы и техники. – М., 2002. – С. 49—56.
8. Бажова Н. Я. Нарушение эмоций при поражении лобных долей мозга : автореф. дис. канд. психол. наук. – М., 1984.
9. Басов А. Н. О сдержанном отношении к психофармакотерапии при лечении пациентов с невротическими расстройствами методом транзактно-аналитической терапии // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – Приложение (41). – С. 34—35.
10. Белорусов С. А. Целительное событие: искусство практической транспсихотерапии. – Ростов н/Д : Феникс., 2007. – 384 с.
11. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. – Л., 1988. – 280 с.
12. Берковец Л. Агрессия: причины, последствия и контроль. – СПб. : Прайм-Еврознак, 2001. – 156 с.
13. Бехтерева Н. П. Здоровый и больной мозг человека. – Л. : Наука, 1980.
14. Бехтерева Н. П. Магия мозга и лабиринты жизни. – М. : АСТ; СПб. : Сова, 2007 – С. 83—85.
15. Бехтерева Н. П. Нейрофизиологические аспекты психической деятельности человека. – Л. : Наука, 1971.
16. Биркин А. А. Вербальный градиент сознания // Вестник восстановительной медицины. – 2005. – № 3 (13). – С. 60—61.

17. Биркин А. А. Код речи. – СПб. : Гиппократ, 2007. – 408 с.
18. Блейхер В. М., Крук И. В. Толковый словарь психиатрических терминов. Справочное издание. – Воронеж, 1995. – С. 337—338.
19. Бородин В. И., Кошелев В. В., Миронова Н. В. Переносимость клинической трансперсональной психотерапии у больных с непсихотическими депрессивными расстройствами // Современные принципы терапии и реабилитации психически больных : материалы Рос. конф. – М., 2006. – С. 328.
20. Боцмановская М. Б. Основные закономерности развития тревожно-депрессивных расстройств у пациентов, пролеченных в ЦМПП за период с 1996 по 2003 годы, в зависимости от занятости и гендерных особенностей // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 2 (40). – С. 166—167.
21. Бочкарев В. К. Психофизиологические и электроэнцефалографические критерии диагностики невротических расстройств : метод. рекомендации. – М., 1995 – 24 с.
22. Бундало Н. Л. Эффективность психотерапии хронического посттравматического стрессового расстройства трансактно-тренинговой методикой // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2007. – № 3 – С. 62—65.
23. Бурбиль И. Терапия и психологическая диагностика в клинике динамической психиатрии : метод. пособие. – Оренбург, 2003.
24. Вайнштейн А. Э. Антидепрессанты в лечении стрессовых расстройств (обзор литературы) // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2005. – № 2.
25. Вартамян Ф. Е. Роль биологических маркеров в рационализации фармакотерапии // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2005. – Т. 7, № 1. – С. 14—17.
26. Вассерман Л. И., Громов С. А., Михайлов В. А., Лынный С. Д., Флерова И. Л. Концепции реабилитации и качества жизни: преемственность и различия в современных подходах // Психосоциальная реабилитация и качество жизни. – СПб., 2001. – С. 103—115.
27. Вознесенская Т. Г. Сравнительный психофизиологический анализ тревожных расстройств перманентного и пароксизмального характера // Журнал неврологии и психиатрии. – 1997. – Вып. 11. – С. 8—11.
28. Волкан В., Зинтл Э. Жизнь после утраты: Психология горевания / пер. с англ. – М. : «Когито-Центр», 2007. – 160 с.

29. *Волошин В. М.* Посттравматическое стрессовое расстройство (феноменология, клиника, систематика, динамика и современные подходы к психофармакотерапии). – М. : «Анахарсис», 2005. – 200 с.
30. *Воробьева О. В.* Стресс и депрессия // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2007. – № 4. – С. 21—24.
31. *Воробьева О. В.* Стресс и расстройства адаптации // Рус. мед. журн. – 2009. – № 11. – С. 789—794.
32. Вторичная иммунная недостаточность как фактор риска развития затяжного течения невротических, связанных со стрессом расстройств / В. Б. Никитина, Т. П. Ветлугина, М. М. Аксенов и др. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – № 1. – С. 51—54.
33. *Выготский Л. С.* Учение об эмоциях. Историко-психологическое исследование. // Собр. соч. : в 6 т. – М. : Педагогика, 1984. – Т. 6. – 479 с.
34. *Гаранян Н., Холмогорова А., Юдеева Т.* Перфекционизм, депрессия и тревога // Московский психотерапевтический журнал. – 2001. – № 4. – С. 18—48.
35. *Гиллиган С.* Терапевтические транссы: Руководство по эриксоновской гипнотерапии. Библиотека психологии и психотерапии. – М. : Независимая фирма «Класс», 2005. – 416 с.
36. *Говорин Н. В., Сахаров А. В.* Суицидальное поведение: типология и факторная обусловленность. – Томск, 2008. – С. 61—70.
37. *Годэн Ж.* Новый гипноз: глоссарий, принципы и метод. Введение в эриксоновскую гипнотерапию / пер. с фр. С. К. Чернетского. – М. : Изд-во Института психотерапии, 2003. – 298 с.
38. *Горбатков А. А.* Две модели динамики связей положительных и отрицательных эмоций // Вопросы психологии. – 2004. – № 3. – С. 51—64.
39. *Горбачевская Н. Л.* Особенности ЭЭГ и нейропсихологических параметров памяти у мальчиков и девочек 3—12 лет // Оптимизация функций сердца и мозга : материалы научно-практ. конф. – Тамбов, 2000. – 43 с.
40. *Горбачевская Н. Л., Давыдова Е. Ю.* Нейропсихологические показатели памяти и характеристики ЭЭГ трудно обучаемых детей 6—7 лет // Материалы XIII съезд психиатров России. – М., 2000. – 356 с.
41. *Горбачевская Н. Л., Якупова Л. П.* Особенности картины ЭЭГ у больных с различными типами аутистических расстройств // Аутизм

- в детстве / под ред. В. М. Башиной. – М. : Медицина, 1999. – С. 131—170.
42. Гордеев М. Н., Евтушенко В. Г. Техники гипноза. – М. : Изд-во института психотерапии, 2004. – 245 с.
43. Гордеев С. А., Рябоконт И. В., Табеева Г. Р., Посохов С. И., Голубев В. Л. Электрофизиологическое исследование восстановления когнитивных функций в процессе лечения пациентов с паническими расстройствами // Журнал неврологии и психиатрии. – 2006. – Вып. 12 – С. 52—56.
44. Григорова О. В., Черных О. В., Бочкарев В. К., Аведисова А. С. ЭЭГ-корреляты плацебо-эффекта и их значение для оценки эффективности терапии алпрозоламом у больных с генерализованными и тревожными расстройствами // Российский психиатрический журнал. – 2005. – № 5 – С. 35—40.
45. Гроф С. Величайшее путешествие: человеческое сознание и тайна смерти. – М. : АСТ, 2007. – 475 с.
46. Гроф С. Психология будущего: уроки современных исследований. Тексты трансперсональной психологии. – М. : АСТ, 2001. – С. 43—99.
47. Гроф С. Холотропное сознание. Три уровня человеческого сознания. Тексты трансперсональной психологии. – М. : АСТ, 2002. – С. 22—23.
48. Гроф С. Когда невозможное возможно. Приключения в необычных реальностях. – М. : АСТ, 2007. – 439 с.
49. Гроф С. Космическая игра: исследование рубежей человеческого сознания. Тексты трансперсональной психологии. – М. : АСТ, 2003. – С. 25—29.
50. Гроф С. Области человеческого бессознательного: данные исследований ЛСД. Тексты трансперсональной психологии. – М. : ТП, 1994. – С. 123—130.
51. Гроф С., Хэлифакс Д. Человек перед лицом смерти. Тексты трансперсональной психологии. – М. : АСТ, 2003. – С. 96—110.
52. Гроф С. За пределами мозга: смерть, рождение и трансценденция в психотерапии. Тексты трансперсональной психологии. – М. : АСТ, 2003. – С. 45—46.
53. Гроф С. Путешествие в поисках себя. Тексты трансперсональной психологии. – М. : АСТ, 2004. – С. 122—130.

54. *Гроф С., Беннетт Х.* Холоotropное сознание: три уровня сознания и как они дают форму нашим жизням. Тексты трансперсональной психологии. – М. : АСТ, 2003. – С. 138—152.
55. *Гроф С.* Надличностное видение: исцеляющие возможности необычных состояний сознания. Тексты трансперсональной психологии. – М. : АСТ, 2000. – С. 148—151.
56. *Гроф С., Рассел П., Ласло Э.* Революция сознания: трансатлантический диалог. Тексты трансперсональной психологии. – М. : АСТ, 2004. – 129 с.
57. *Декер-Фойгт Г.-Г.* Введение в музыкотерапию. – СПб. : Питер, 2003. – С. 36—52.
58. *Джим Л., Лаут Ф.* Ребефинг. Техника дыхательных трансов для психотерапии / пер. с англ. – М., 2000. – 180 с.
59. Диссоциативный контекст посттравматического стрессового расстройства и алкогольной аддикции / А. А. Овчинников, Г. Т. Красильников, Н. А. Бохан и др. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2005. – № 4 (38). – С. 45—46.
60. *Дмитриева Т. Б., Положий Б. С.* Социальные и клинические проблемы суицидологии в системе мер по снижению преждевременной смертности и увеличению продолжительности жизни населения // Вестник Российской АМН. – 2006. – № 8. – С. 18—22.
61. *Дмитриева Т. Б., Положий Б. С.* Социальный стресс и психическое здоровье. – М., 2001. – 248 с.
62. *Доулинг К.* Введение в ребефинг. Психотехнология работы с дыханием. Центр психологической культуры. – М., 2007. – 168 с.
63. *Дробжиев М. Ю., Изнак А. Ф.* Нейрональная пластичность – новая мишень в терапии депрессии. – М. : Наука, 2003. – 24 с.
64. *Друри Н.* Трансперсональная психология. – М., 2001. – С. 134—136.
65. *Дубницкая Э. Б.* Опыт применения флувоксамина (феварина) при психогенных депрессиях // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2005. – № 2.
66. *Епанчинцева Е. М., Семке В. Я., Гарганеева Н. П.* Роль физиогенных факторов в генезе пограничных расстройств // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2005. – № 2 (36). – С. 119—120.
67. *Зенков Л. Р.* Клиническая электроэнцефалография (с элементами эпилептологии). – М. : МЕДпресс-информ, 2002. – С. 86—368.

68. *Зинченко В. П., Мамардашвили М. К.* Изучение высших психических функций и категория бессознательного // Бессознательное. – Новочеркасск : «Сагуна», 1994. – С. 69—80.
69. *Зозуля Т. В.* К проблеме профилактики психических расстройств пожилого возраста // Психология зрелости и старения. – 2000. – № 2. – С. 115—120.
70. *Иванов Л. Б.* Прикладная компьютерная электроэнцефалография – М. : Научно-медицинская фирма «БМН», 2000. – 251 с.
71. *Изард К. Э.* Психология эмоций. – СПб. : Изд-во «Питер», 2000. – 464 с.
72. *Изнак А. Ф.* Нейрональная пластичность как один из аспектов патогенеза и терапии аффективных расстройств // Психиатрия и фармакотерапия. – 2005. – № 7(1) – С. 24—27.
73. *Изнак А. Ф.* Нейрофизиологические корреляты дисфункции лобной коры // Материалы XIII съезда психиатров России. – М., 2000. – 360 с.
74. *Ильин Е. П.* Эмоции и чувства. – СПб. : Питер, 2002. – 740 с.
75. *Канаева Л. С.* К вопросу об эффективности клинической трансперсональной психотерапии при лечении больных с непсихотическими депрессивными расстройствами // Сб. научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии / под общ. ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрука. – Харьков, 1996. – Т. 3. – С. 217—218.
76. *Кандыба В. М.* Загадочные сверхвозможности человека. – СПб. : Лань, 2000. – 418 с.
77. *Карвасарский Б. Д.* Психотерапия / под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб. : Изд-во «Питер», 2000. – 544 с.
78. *Карвасарский Б. Д., Кабанов М. М., Незнанов Н. Г.* Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование. – СПб. : НИИ им. В. М. Бехтерева, 2003. – 32 с.
79. *Карелин А. А.* Психологические тесты. – М. : «Научная книга», 1999. – С. 39—61.
80. *Квасовец С. В.* Нарушения субъективной оценки эмоций у больных с локальными поражениями мозга // А. Р. Лурия и современная психология / под ред. Е. Д. Хомской, Л. С. Цветковой, Б. В. Зейгарник. – М. : МГУ, 1982.

81. Кинг М., Цитренбаум Ч. Экзистенциальная гипнотерапия. Библиотека психологии и психотерапии. – М. : Независимая фирма «Класс», 1998. – 176 с.
82. Кирпиченко А. А., Кирпиченко Ан. А. Психиатрия : учебник. – 4-е изд., перераб. и доп. – Минск : Высшая школа, 2001. – 606 с.
83. Клиническая эффективность сочетания аэроионо-, светотерапии и селективных ингибиторов обратного захвата серотонина при лечении депрессии / Г. Г. Симуткин, Е. В. Потапкина, О. А. Пузырева и др. // Вопросы ментальной медицины и экологии. – М.; Павлодар, 2008. – Т. XIV, № 1. – С. 58—61.
84. Клушман Р. Справочник по психотерапии. – 3-е изд. / пер. с нем. Ю. Чекмарева. – СПб. : Питер, 2004. – 368 с.
85. Когнитивная терапия депрессии / А. Бек, А. Раш, Б. Шо, Г. Эмери. – СПб. : Изд-во «Питер», 2003. – 304 с.
86. Козлов В. В. Чарующее пространство внутренней целостности : метод. пособие. – Ярославль, 1996. – 52 с.
87. Козлов В., Бубеев Ю. Измененные состояния сознания: психология и физиология. – Ярославль; М., 1997. – С. 129—135.
88. Колосов В. П. Невротическая депрессия как маска скрытой агрессии // История Сабуровой дачи. Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии : сб. науч работ Укр. НИИ клин. и эксперим. неврологии и психиатрии и Харьковской городской клин. психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) / под общ. ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка. – Харьков, 1996. – Т. 3. – С. 226—228.
89. Коляну Н. Эмпирическая психотерапия. Теория. Наблюдения. Практика. – Ростов н/Д, 2004. – С. 86—87.
90. Корнетов Н. А., Счастный Е. Д. Распространенность депрессии в городской популяции // XII съезд психиатров России : материалы съезда. – М., 2000. – С. 52—57.
91. Короленко Ц. П., Бундало Н. Л. Интрапсихическая структура личности в контексте трансактного анализа при хроническом посттравматическом стрессовом расстройстве различной степени тяжести // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2007. – № 4 (47). – С. 62—65.
92. Короленко Ц. П., Ласовская Т. Ю., Султанова А. Н. Феномен «культуры в культуре»: частота развития депрессивных расстройств, посттравматического стрессового расстройства у представителей татарской диаспоры Новосибирска и Ижевска // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2007. – № 1. – С. 95—99.

93. *Королькова И. И., Простяков А. И.* Некоторые подходы психотерапевтической коррекции реакций горя и утраты // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – Приложение (41). – С. 122—123.
94. *Корсакова Н. К., Московичюте Л. И.* Клиническая нейропсихология. – М. : МГУ, 1988. – С. 129—132.
95. *Коханов В. П., Краснов В. Н.* Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций. – М. : Изд-во «Практическая медицина», 2008. – 448 с.
96. *Красильников Г. Т., Наров М. Ю.* Коморбидность комбатантного посттравматического стрессового расстройства и аффективной патологии // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. – Томск, 2005. – Вып. 12. – С. 51—53.
97. *Краснов В. Н.* Роль нейропсихологии в развитии современной психиатрии // I Международная конференция памяти А. Р. Лурия : сб. докладов / под ред. Е. Д. Хомской, Т. В. Ахутиной. – М. : РПО, 1998.
98. *Кристалл Д.* Интеграция и самоисцеление. Аффект, травма, алекситимия – М. : Ин-т общегуманитарных исследований, 2006. – С. 66—287.
99. *Кудрявцева Н.* Тревога как социальная болезнь // Химия и жизнь. – 2004. – № 11. – С. 10—14.
100. *Куприянова И. Е., Семке В. Я.* Качество жизни – ведущая парадигма современной психиатрии (по материалам XIII Всемирного конгресса психиатрии) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 1. – С. 76—78.
101. *Куприянова И. Е., Семке В. Я.* Качество жизни и нервно-психические расстройства. – Томск : Изд-ие НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН, 2006. –100 с.
102. *Куприянова И. Е., Семке В. Я.* Качество жизни и превентивная психиатрия. – Томск, 2007. – 186 с.
103. *Курченко Т. Л., Генайло С. П.* Особенности синдрома вегетативной дистонии при соматоформной вегетативной дисфункции // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2005. – № 3. – С. 26—28.
104. *Лакосина Н. Д.* Невротическая депрессия как вариант невроза // Тезисы докладов III Всероссийского съезда невропатологов и психиатров. – М., 1974. – Т. 2 – С. 83—85.
105. *Лакосина Н. Д.* Неврозы, невротические развития личности. Клиника и лечение. – М., 1994. – С. 5—45.
106. *Лебедева В. Ф., Семке В. Я.* Оценка качества жизни больных психическими расстройствами, отягощенными соматической патологией // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2007. – № 1. – С. 59—63.

107. *Трифонов М.* Лекарство от скорби. Священное писание и святые отцы Церкви о смысле страданий и скорбей. Духовные утешения скорбящим. Молитвы и псалмы в помощь страждущим. – Печенгский монастырь; «Ковчег», 2004. – 576 с.
108. *Леонтьев А. Н.* Очерк теории аффективности: психология эмоций и чувств // Психологический журнал. – 2004. – № 4. – С. 75—88.
109. *Лири Т., Метцнер Р., Олперт Р.* Психоделический опыт. – Львов : Инициатива, 1998. – С. 99—112.
110. *Лихи Р., Сэмпл Р.* Когнитивно-бихевиоральный подход к лечению посттравматического стрессового расстройства // Психотерапия. – 2006. – № 2 – С. 25—30.
111. *Лукин-Григорьев В. В.* Опыт организации и проведения терапевтических групп трансперсональной ориентации в Хабаровском городском психотерапевтическом центре // Этюды о новой психотерапии / под ред. В. В. Козлова. – Минск, 1995.
112. *Лурия А. Р.* Высшие корковые функции человека и их нарушение при локальных поражениях мозга. – 1-е изд-е. – М. : МГУ, 1962.
113. *Лурия А. Р.* Высшие корковые функции человека и их нарушение при локальных поражениях мозга. – 2-е изд-е. – М. : МГУ, 1969. – С. 433—455.
114. *Лурия А. Р.* Основы нейропсихологии. – М., 1973.
115. *Лурия А. Р.* Высшие корковые функции человека и их нарушение при локальных поражениях мозга. – 3-е изд. – М. : Академ. проект, 2000.
116. *Лурия А. Р.* Природа человеческих конфликтов. Объективное изучение дезорганизации поведения человека. – М. : Cogito-untre, 2002.
117. *Лэнгле А.* Введение в экзистенциально-аналитическую теорию эмоций: прикосновение к ценности // Вопросы психологии. – 2004. – № 4. – С. 3—21.
118. *Мазур Е. С.* Экзистенциально-соматический подход в работе с психологической травмой // Психология телесности / под редакцией В. П. Зинченко, Т. С. Леви. – М. : АСТ, 2005. – С. 674—700.
119. *Майков В. В., Петрова А. В.* Пневмосинтез: путь к интеграции : метод. рук-во. – М., 1989. – 62 с.
120. *Майков В. В., Козлов В.* Трансперсональная психология. Истоки, история, современное состояние. – М. : АСТ, 2004.

121. *Малкина-Пых И. Г.* Психосоматика: Новейший справочник. – М. : Изд-во Эксмо; СПб. : Сова, 2003. – С. 868—874.
122. *Масагутов Р. М., Юлдашев В. Л., Тамеева Р. М.* Клинические варианты посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у осужденных мужчин // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – № 2. – С. 87—89.
123. *Маслоу А.* Дальние пределы человеческой психики. – СПб. : Евразия, 1999. – С. 44—45.
124. *Мельникова Т. С., Лапин И. А.* Когерентный анализ ЭЭГ при депрессивных расстройствах различного генеза // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – № 3. – С. 27—33.
125. *Минделл А.* Ученик создателя сновидений: Использование более высоких состояний сознания для интерпретации сновидений / пер. с англ. А. Киселева. – М. : АСТ, 2003. – 204 с.
126. *Минутко В. Л.* Депрессия. – М., 2006. – С. 104—106.
127. *Миронова Н. В.* Нежелательные явления антидепрессивной фармакотерапии и клинической трансперсональной психотерапии у больных с непсихотическими депрессивными расстройствами : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007.
128. *Миронова Н. В., Бородин В. И., Новиков Д. Д.* Нежелательные явления в процессе психотерапии // Российский психиатрический журнал. – 2004. – № 4 – С. 67—72.
129. *Миронова Н. В., Бородин В. И.* Эффективность и переносимость трансперсональной психотерапии у больных с непсихотическими депрессивными расстройствами // XIV съезд психиатров России : материалы съезда. – М., 2005. – 389 с.
130. *Михайлова Е. С.* Нейрофизиологическая характеристика различных типов эндогенных депрессий : автореф. дис. ... канд. биолог. наук. – М., 1984.
131. *Михайлова Е. С. и др.* Эмоциональная реактивность больных депрессией // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1990. – Вып. 4. – С. 86—91.
132. *Михалев С. В.* Краткосрочная клинически ориентированная мульти-модальная психотерапия ПТСР у лиц опасных профессий // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2007. – № 1. – С. 107—109.
133. *Михель Д. В.* Медицинская антропология: что это такое?. – Минск : Современное слово, 2000.

134. *Мэй Р.* Открытие Бытия / пер. с англ. А. Богрянцева. – М. : Институт общегуманитарных исследований, 2004. – 224 с.
135. Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийства / под ред. Д. Вассермана. – М. : Смысл, 2005. – 310 с.
136. *Наров М. Ю., Семке В. Я., Аксенов М. М.* Особенности клинических соотношений острой и затяжной реакций на стресс // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 4. – С. 21—24.
137. *Наров М. Ю., Семке В. Я., Аксенов М. М.* Ранняя диагностика и психотерапевтическая коррекция ПТСР как профилактика коморбидной алкогольной аддикции у комбатантов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2007. – № 1. С. 69—72.
138. *Наров М. Ю.* Роль предрасполагающих обстоятельств в развитии посттравматического стрессового расстройства // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2005. – № 2. – С. 32—34.
139. *Немов Р. С.* Общая психология. – М. : ВЛАДОС, 2003. – 400 с.
140. *Никитина В. Б.* Роль иммунных механизмов в клинической динамике посттравматических стрессовых расстройств // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 3. – С. 17—21.
141. Новые подходы к лечению стрессовых и тревожных расстройств: результаты многоцентрового исследования эффективности афобазола в психиатрической практике / В. Н. Краснов, Д. Ю. Вельтищев, А. В. Немцов и др. // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2007. – № 4. – С. 16—21.
142. *Ольшанский Д. В.* Нейропсихологический анализ нарушений эмоционально-личностной сферы : автореф. дис. ... канд. психолог. наук. – М., 1979.
143. *Осипова А. А.* Психология кризиса. Справочник психолога по работе в кризисных состояниях. – Ростов н/Д, 2005. – С. 4—18.
144. *Павлов И. П.* Лекции о работе больших полушарий // Полное собрание трудов. – 2-е доп. изд. – М. : Наука, 1951. – Т. 4.
145. *Панюшкина С. В.* Корреляции характеристик спектральной плотности ЭЭГ с показателями катехоламинового и серотонинового обмена // Физиология человека. – 1995. – Т. 21, № 2. – С. 5—14.
146. *Панюшкина С. В., Бочкарев В. К.* Количественная фармако-ЭЭГ (возможности и достижения) // Российский психиатрический журнал. – 1998. – № 6. – С. 57—61.

147. *Панюшкина С. В., Курова Н. С., Бочкарев В. К., Аведисова А. С.* и др. Узкополосные изменения спектрального состава ЭЭГ под влиянием агониста и антагониста норадренергической медиации // Журн. высшей нервной деятельности. – 1992. – Т. 42, № 1. – С. 37—43.
148. *Паршин А. Н.* Психотерапевтические мишени суицидального поведения // Социальные преобразования и психическое здоровье : научные материалы второго национального конгресса по социальной психиатрии. – М., 2006. – С. 126—127.
149. *Пашина Н. Р., Лаэрова В. А.* Психофизиология // Юнита 3. – М. : Современный гуманитарный университет, 2001. – 71 с.
150. *Пере М., Бауман У.* Клиническая психология. – 2-е международное издание. Серия «Мастера психологии». – СПб. : Изд-во «Питер», 2003. – 1054 с.
151. *Петров А. П., Ширшов Ю. А., Филев А. П., Элизбарян Е. Г., Сенижук А. И.* Анализ корреляции длительности корригированного интервала QT с пароксизмальным паттерном на ЭЭГ и ЭКГ у больных эпилепсией // Сибирский медицинский журнал. – 2004. – № 8 – С. 83—85.
152. *Петров А. П.* Патолофизиологические аспекты взаимосвязи нарушений сердечного ритма и эпилептической активности головного мозга : автореф. дис. ... к.м.н. – Чита, 2005.
153. *Петрунев Ю. Г.* Опыт психологического консультирования в случае смерти близкого человека // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2007. – № 2. – С. 88—90.
154. *Перлз Ф.* Гештальт-семинары / пер. с англ. – М. : «Университетская книга», 1998. – 323 с.
155. *Пикен С. Д. Б.* Синто: Медитации для исцеления и просветления человеческой души. Серия «Путь мастера». – Ростов н/Д : Феникс, 2005. – 176 с.
156. *Поздеева Е. А.* Гипотеза аффективных расстройств, основанная на нейропластичности. Новый взгляд на терапию // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2007. – № 1. – С. 49—52.
157. *Потапов О. В., Ульянов И. Г.* Посттравматическое стрессовое расстройство в клинко-антропологическом рассмотрении // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2007. – № 4. – С. 18—20.
158. Применение препарата иксел для лечения депрессивных расстройств различного генеза / В. К. Шамрей, А. И. Колчев, Г. П. Костюк и др. // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2007. – № 2. – С. 53—55.

159. *Простяков А. И.* Клинические особенности расстройства адаптации в форме реакций горя и утраты (клинико-динамические, клинико-психопатологические аспекты, вопросы коморбидности и трансформации) : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 2009.
160. Психологическая энциклопедия. – 2-е изд. / под ред. Р. Корсини, А. Ауэрбаха. – СПб. : Питер, 2006.
161. Психотерапевтическая энциклопедия. – 2-е изд. / под науч. ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб. : Питер Ком, 2000.
162. Психофизиология / под. ред. Ю. И. Александрова. – СПб. : Питер, 2003. – 496 с.
163. *Пучинская Л. М., Краснов В. М., Корчинская Е. И.* Использование электрофизиологических методов исследования в клинике депрессивных состояний : метод. рекомендации. – М. : 1988. – 21 с.
164. *Райгородский Д. Я.* Практическая психодиагностика. Методики и тесты. – Самара : Изд. дом «Бахрам-М», 2004. – 672 с.
165. Распространенность и закономерности клинической гетерогенности аффективных расстройств с учетом конституциональных и хронобиологических факторов / Е. Д. Счастныи, Г. Г. Симуткин, Н. М. Попова и др. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2005. – № 4. – С. 25—29.
166. *Решетников М. М.* Психическая травма. – СПб. : Восточно-Европейский институт психоанализа, 2006. – 322 с.
167. *Риман Ф.* Основные формы страха. Исследование в области глубинной психологии. Серия «Гуманистическая психиатрия» / пер. с нем. – М. : Алетейа, 1998. – С. 93—150.
168. *Роджерс К. Р.* Взгляд на психотерапию: становление человека / пер. с англ. – М. : Изд. группа «Прогресс», 1994. – 480 с.
169. *Рональд У. Лейнг.* Разделенное Я. Экзистенциальное исследование психического здоровья и безумия. – Киев, 1995. – С. 11—12.
170. *Саркисян Г. Р., Любов Е. Б.* Депрессивные расстройства: фармакоэпидемиологические и клинико-экономические аспекты // Социальная и клиническая психиатрия – 2006. – Т. 16, вып. 2. – С. 93—103.
171. *Семке В. Я., Боцмановская М. Б.* Особенности клинической картины у пациентов, обратившихся за медико-психологической помощью в связи с угрозой потери работы // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2005. – № 4 (38). – С. 43—44.

172. Семке В. Я., Епанчинцева Е. М., Аксенов М. М. Динамика посттравматического стрессового расстройства // Сибирский вестник психиатрии и наркологии – 2006. – Приложение (41). – С. 251—253.
173. Семке В. Я., Епанчинцева Е. М. Душевные кризисы и их преодоление. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 2005. – 212 с.
174. Семке В. Я., Стоянова И. Я., Ошаев С. А. Психологические характеристики переработки травматического события у пациентов с ПТСР // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2005. – № 2. – С. 76—79.
175. Семке В. Я., Бохан Н. А. Транскультуральная аддиктология. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 2008. – 588 с.
176. Симонов П. В. Эмоциональный мозг: Физиология. Нейрофизиология. Психология эмоций. – М., 1981. – 214 с.
177. Симуткин Г. Г. Альтернативные и дополнительные методы терапии депрессии. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 2007. – 370 с.
178. Сметанников П. Г. Психиатрия : руководство. – СПб., 2007. – С. 578—591.
179. Смирнов И. В. Психозология. – М., 2003. – 186 с.
180. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицине : рук-во для врачей – М. : Мед. информ. агентство, 2001. – 256 с.
181. Смулевич А. Б. Депрессии в общемедицинской практике. – М. : Издательство «Берег», 2000. – 160 с.
182. Смулевич А. Б., Дубницкая Э. Б., Тхостов А. Ш. Психопатология депрессий (к построению типологической модели) // Депрессии и коморбидные расстройства. – М., 1997. – С. 28—53.
183. Смулевич А. Б. Расстройства личности. – М. : МИА, 2007. – 189 с.
184. Собенникова В. В. Соматизированная реакция горя у лиц, перенесших смерть супруга // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2009. – № 1. – С. 27—30.
185. Соколов Е. Н. Проблемы гештальта в нейробиологии // Журнал высшей нервной деятельности им. И. П. Павлова. – 1996. – Т. 46, вып. 2. – С. 490.
186. Старшенбаум Г. В. Психотерапия лиц с суицидоопасными кризисными состояниями : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1991. – 21 с.

187. Суворова Т. В., Говорин А. В., Горбунов В. В., Алексеев С. А., Зайцев Д. Н. Динамика изменений эхокардиографических показателей у больных с острым алкогольным поражением сердца / Дефон. в ВИНТИ. – 2004. – № 423. – 6 с.
188. Суворова Т. В., Говорин А. В., Горбунов В. В., Алексеев С. А., Зайцев Д. Н. Изменение некоторых электрофизиологических и гемодинамических показателей у больных с острым отравлением вератрином / Дефон. в ВИНТИ. – 2005. – № 175. – 10 с.
189. Сыромятников И. В. Основы общей психологии // Юнита 7. – М. : Современный гуманитарный университет, 2001. – 40 с.
190. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). – 2001.
191. Тиганов А. С. Аффективные расстройства и синдромообразование // Журнал неврологии и психиатрии. – 1999. – Вып. 1. – С. 8—10.
192. Тиганов А. С. Эндогенные депрессии: вопросы классификации и систематики. – М., 2001. – 217 с.
193. Торок М. Болезнь траура и фантазм чудесного трупа // Французская психоаналитическая школа / под ред. А. Жибо, А. В. Рассохина. – СПб. : Питер, 2005. – С. 317—332.
194. Торчинов Е. А. Пути философии Востока и Запада: познание запредельного. – СПб. : «Азбука-классика», «Петербургское востоковедение», 2007. – 480 с.
195. Торчинов Е. А. Религии мира: опыт запредельного. Психотехника и трансперсональные состояния. – 4-е изд. – СПб. : «Азбука-классика», «Петербургское востоковедение», 2007. – 544 с.
196. Тукаев Р. Д. Психическая травма и суицидальное поведение: аналитический обзор литературы с 1986 по 2001 годы // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т. 13, № 1. – С. 151—163.
197. Уилбер К. Око духа. Интегральное видение для слегка свихнувшегося мира. – М. : АСТ, 2002.
198. Уилбер К. Никаких границ. – М., 2004. – 283 с.
199. Уилбер К. Проект Атман. Трансперсональный взгляд на человеческое развитие. – М. : АСТ, 2004.
200. Фoa Э. Б. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / под ред. Э. Б. Фoa, Т. М. Кина, М. Дж. Фридмана. – М. : Изд-во «Когито-Центр», 2005. – 467 с.

201. Холлис Дж. Жизнь как странствие: Вопросы и вопросы / пер. с англ. В. Мершавки. – М. : Независимая фирма «Класс», 2009. – С. 107—121.
202. Холмогорова А. Б. Психотерапия психических расстройств: современное состояние и основные тенденции развития // Психотерапия. – 2006. – № 2. – С. 17—24.
203. Хомская Е. Д. Программа спецкурса «Патология эмоций. Нейропсихологический анализ» // Программы по специальности «Клиническая психология». – М. : РПО, 1996.
204. Хомская Е. Д. Нейропсихология эмоций (гипотезы и факты) // Вопросы психологии. – 2002. – № 4.
205. Хомская Е. Д. Нейропсихология. – СПб. : Питер, 2005. – 496 с.
206. Цыганков Б. Д., Тюнева А. И., Былин А. М. Психические расстройства у жертв насилия и их медико-психологическая коррекция. – М. : Медицина, 2006. – 174 с.
207. Цыганков Б. Д., Джангильдин Ю. Т., Щетинина Е. А. Психолого-психотерапевтическая коррекция психических нарушений, возникших в результате перенесенного стресса // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – Приложение (41). – С. 301—302.
208. Шавердян Г. М. Основы психотерапии. – СПб. : Питер, 2007. – 208 с.
209. Шертюк Л. Гипноз. – М. : САМПО, 2002. – 223 с.
210. Шпорт С. В. Гендерные особенности острой реакции на стресс (обзор литературы) // Российский психиатрический журнал. – 2007. – № 2. – С. 41—47.
211. Эдгертон Р. Б. Личность, культура, этнос: современная психологическая антропология // Измененные состояния сознания / под общ. ред. А. А. Белика. – М. : Смысл. – 2001. – С. 329—405.
212. Энтони С. Открытие смерти в детстве и позднее / пер. с англ. – М. : РИМИС, 2009. – 368 с.
213. Энциклопедический словарь медицинских терминов / под ред. Б. В. Петровского. – М. : Советская энциклопедия, 1984. – Т. 3. – 512 с.
214. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. – М., 1996. – 25 с.
215. Юнг К. Г. Понятие коллективного бессознательного // Сознание и бессознательное. – СПб.; М. : Университетская книга, 1997. – С. 57—69.

216. Юнг К. Г. Духовная проблема современного человека // Сознание и бессознательное. – СПб.; М. : Университетская книга, 1997. – С. 474—500.
217. Юнкеров В. И., Григорьев С. Г. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований. – СПб. : ВмедА, 2002. – 266 с.
218. Юрьева Л. Н. Кризисные состояния. – М. : Медицина, 2001. – 129 с.
219. Aanstoos C., Serlin I., Greening T. History of Division 32 (Humanistic Psychology) of the American Psychological Association / D. Dewsbury (Ed.) // Unification through Division: Histories of the divisions of the American Psychological Association. – 2000. – Vol. 5. – P. 124.
220. Abnormal frontal and parietal activity during working memory updating in post-traumatic stress disorder / D. L. Weber, C. R. Clark, A. C. McFarlane et al. // Psychiatry Res. – 2005. – Vol. 140. – P. 27—44.
221. Abraham K. Selected papers. – London, 1927.
222. Abraham K. The history of an impostor in the light of psychoanalytic knowledge // Clinical Papers and Essays on Psychoanalysis. – New York : Basic Books, 1955. – Vol. 2.
223. A controlled trial of paroxetine for chronic PTSD, dissociation, and interpersonal problems in mostly minority adults / R. D. Marshall, R. Lewis-Fernandez, C. Blanco et al. // Depress. Anxiety. – 2007. – Vol. 24. – P. 77—84.
224. Adell F., Krams M., Ashburner J. The neuroanatomy of autism: a voxel – based whole brain analysis of structural scans // Neuroreport. – 1999. – № 10. – P. 1647—1651.
225. Ames D. Depression and the elderly depression: Social and Economic Timebomb. – London : BMJ Books, 2001. – P. 49—52.
226. Arnold C. P. Disease awareness in the sand trays of pediatric AIDS and HIV patients. (Doctoral dissertation, Alliant International University) // Dissertation Abstract International. – 2002. – AAT 3040083.
227. Angst J., Dobler-Mikola A. The Zurich study, VI, a continuum from depression to anxiety disorders? // Eur. Art. Psychiatry Neurol. Set. – 1985. – Vol. 235. – P. 179—186.
228. Asante M. K. The African-American mode of transcendence // Journal of Transpersonal Psychology. – 1984. – Vol. 16 – P. 167—177.
229. Assagioli R. Self-realization and psychological disturbances // Spiritual Emergency, When Personal Transformation Becomes a Crisis / S. Grof, Ch. Grof (ed.). – Los Angeles, 1989.

230. *Barde R., Bridge J., Birmaher B., Kolko D., Brent D.* Lifetime history of sexual abuse, clinical presentation, and outcome in a clinical trial for adolescent depression // *J. Clin. Psychiatry* 2004. – № 65 (1). – P. 77—83.
231. *Bartolomucci A., Leopardi R.* Stress and Depression: Preclinical Research and Clinical Implications // *PLoS ONE*. – 2009. – Vol. 4 (1). – P. 1—5.
232. *Baune B.* Conceptual Challenges of a Tentative Model of Stress-Induced Depression // *PLoS ONE*. – 2009. – Vol. 4 (1). – P. 1—2.
233. *Beck A.* Cognition, affect and psychopathology // *Arch. Gen. Psychiat.* – 1971. – Vol. 24. – P. 495—500.
234. *Beck A.* *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. – NY., 1976.
235. *Beck A. T., Rush A. J., Shaw B. F., Emery G.* *Kognitive Therapie der Depression* (4 Aufl.). – Weinheim : Psychologie Verlags Union, 1994.
236. *Boorsten S.* (Ed.) *Transpersonal psychotherapy*. – Palo Alto, CA : Science and Behavioral Books, 1980.
237. *Boucovolos M.* Following the movement: from transpersonal psychology to a multidisciplinary transpersonal orientation // *J. of Transpersonal Psychology*. – 1999 – Vol. 31 (1). – P. 27—39.
238. *Bower G. H., Gilligan S. G., Monteiro K. P.* Selectivity of learning caused by affective states // *Journal of Experimental Psychology: General*. – 1981. – Vol. 110 – P. 451—473.
239. *Brattström A., Söhne M. Z., Zeller A. G.* Long-term effects of St. John's wort (*Hypericum perforatum*) treatment: a 1-year safety study in mild to moderate depression // *Phytomedicine*. – 2009. – Vol. 16 (4). – P. 277—283.
240. *Campbell J., Moyers B.* *The Power of Myth*. – New York : Doubleday, 1988.
241. *Capriles E.* *Beyond Mind II: Further Steps to a Metatranspersonal Philosophy and Psychology*. San Francisco // *International J. of Transpersonal Studies*. – 2006. – Vol. 2, № 24. – P. 5—44.
242. *Capriles E.* *Beyond Mind, Beyond Being, Beyond History: A Dzogchen-Founded* // *Metatranspersonal Philosophy and Psychology*. – Venezuela, 2007. – Vol. 3.
243. *Capriles E.* *Beyond Mind: Steps to a Metatranspersonal Psychology* // *The International Journal of Transpersonal Studies*. – 2000. – Vol. 19. – P. 163—184.

244. *Cassano G. B., Savino M., Musetti L., Perugi G.* Co-morbidity between mood and anxiety disorders // Proceedings of the international meeting «Serotonin-Related Psychiatric Syndromes; Clinical and Therapeutic Links». – London, New York : Royal Society of Medicine Services, 1991. – P. 165.
245. Controlled trial of bright light and negative air ions for chronic depression / N. Goel, M. Terman, J. S. Terman et al. // *Psychological Medicine*. – 2005. – Vol. 35. – P. 1—11.
246. *Cowley Au-Deane S., Derezotes D.* Transpersonal Psychology and Social Work Education // *Journal of Social Work Education*. – 1994. – Winter. – Vol. 30. – Issue 1.
247. *Chinen A.* Clinical symposium: Challenging cases of transpersonal psychotherapy // *J. of Transpersonal Psychology*. – 1990.
248. *Chinen A. B.* The emergence of Transpersonal psychiatry / Eds. B. W. Scotton, A. B. Chinen, J. R. Battista // *Textbook of Transpersonal Psychiatry and Psychology*. – 1996. – P. 98—112.
249. Chronotherapeutics (light and wake therapy) in affective disorders / A. Wirz-Justice, F. Benedetti, M. Berger et al. // *Psychol. Med.* – 2005. – Vol. 35. – P. 939—944.
250. *Daniels M.* Shadow, Self, Spirit: Essays in Transpersonal Psychology. – Exeter : Imprint Academic, 2005.
251. *Davis J. V.* Transpersonal psychology / Eds. B. Taylor, J. Kaplan // *The Encyclopedia of Religion and Nature*. – Bristol, England : Thoemmes Continuum, 2003.
252. *Deblinger E., Streer R. A., Lippmann J.* Two year follow-up study of cognitive behavioral therapy for sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms // *Child Abuse & Neglect*. – 1999. – Vol. 23 (12). – P. 1371—1378.
253. Efficacy and safety of topiramate monotherapy in civilian posttraumatic stress disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled study / P. Tucker, R. P. Trautman, D. B. Wyatt et al. // *J. Clin. Psychiatry*. – 2007. – Vol. 68. – P. 201—206.
254. Electrophysiological responses to affective stimuli in American Indians experiencing trauma with and without PTSD / C. L. Ehlers, S. Hurst, E. Phillips et al. // *Ann. N. Y. Acad. Sci.* – 2006. – Vol. 1071. – P. 125—136.
255. *Ellis A.* Dangers of Transpersonal Psychology: A Reply To Ken Wilber // *Journal of Counseling & Development*. – 1989. – Vol. 67. – Issue 6. – P. 336.

256. *Engler B.* Personality Theories: An Introduction. – Houghton Mifflin Harcourt, 2009.
257. *Erickson M. H.* A field investigation by hypnosis of sound loci importance in human behavior // *American Journal of Clinical Hypnosis.* – 1980. – Vol. 16 – P. 147—164.
258. Influence of the serotonin transporter promoter gene polymorphism on susceptibility to posttraumatic stress disorder / H. J. Lee, M. S. Lee, R. H. Kang et al. // *Depression and anxiety.* – 2005. – Vol. 21. – P. 135—139.
259. Integrative assessment of brain function in PTSD: brain stability and working memory / M. D. Veltmeyer, A. C. McFarlane, R. A. Bryant et al. // *J. Integr. Neurosci.* – 2006. – Vol. 5. – P. 123—138.
260. Is Depression in Old Age Fatal Only When People Feel Lonely? / M. L. Stek, D. J. Vinkers, J. Gussekloo et al. // *American Journal of Psychiatry.* – 2005. – Vol. 162. – P. 178—180.
261. *Itil T. M., Le Bars P., Eralp E.* // *Neuropsychopharmacology.* – 1994. – Vol. 10 – P. 310.
262. *Falsetti S. A., Resnick H. S.* Treatment of PTSD using cognitive and cognitive behavioral therapies // *Journal of Cognitive Psychotherapy.* – 2000. – Vol. 14 – P. 261—285.
263. *Faraone S. V., Biederman J.* Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder // *Biol. Psychiatry.* – 1998. – № 44 (10). – P. 951—958.
264. *Fischer H., Andersson J. L., Furmark T. et al.* Brain correlates of an unexpected panic attack: a human positron emission tomographic study / *Neurosci Lett.* – 1998. – Vol. 251 (2) – P. 137—140.
265. *Feldman L. A., Gotlib I. H.* Social dysfunction / C. G. Costello (Ed.) // *Symptoms of depression.* – New York : Wiley, 1993. – P. 85—112.
266. *Fontana D., Slack I., Treacy M.* Transpersonal Psychology: Meaning and Developments. Transpersonal Psychology Review Special Issue // Leicester: British Psychological Society. – 2005.
267. *Frager R., Fadiman J.* Personality and Personal Growth. – 2005. – 6th ed., Prentice Hall.
268. *Freud S.* Standard Edition. – London, 1957. – Vol. 14 – P. 496.
269. *Friedman H.* Toward Developing Transpersonal Psychology as a Scientific Field // Paper presented at Old Seabrook 2 conference. – State University of West Georgia, 2000.

270. *Frost L. A., Moffitt T. E., McGee R.* Neuropsychological correlates of psychopathology in an unselected cohort of young adolescents // *J. Abnorm. Psychol.* – 1989. – Vol. 98 (3). – P. 307—313.
271. *Gilbert P.* Depression. The evolution of powerlessness. – Hove : Lawrence Erlbaum, 1992.
272. *Gilligan S. G.* Effects of emotional intensity on learning. – Stanford University, 1982.
273. *Gilligan S. G., Bower G. H.* Cognitive consequences of emotional arousal / C. E. Izard, J. Kagan, R. Zajonc (Eds.) // *Emotion, cognitions, and behavior.* – New York : Cambridge Press, 1984.
274. *Goldapple K., Segal Z., Garson C. et al.* Modulation of cortical-limbic pathways in major depression: treatment-specific effects of cognitive behavior therapy // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2004. – Vol. 61 (1). – P. 34—41.
275. *Goldman M.* Diagnosis and treatment of attention-deficit hyperactivity disorder in children and adolescents // *JAMA.* – 1998. – Vol. 279, № 14. – P. 1100—1117.
276. *Gorman J. M.* Gender differences in depression and response to psychotropic medication // *Gend. Med.* – 2006. – Vol. 3 (2). – P. 93—109.
277. *Grof S.* Modern Consciousness Research and the Qwest for a New Paradigm // *Re-Vision.* – 1979. – Vol. 2, № 12. – P. 42—43.
278. *Grof S.* Spiritual Emergency: When Personal Transformation Becomes a Crisis. – Los Angeles : J. P. Tarcher, 1989.
279. *Grof S., Grof C.* The Stormy Search for the Self : A Guide to Personal Growth through Transformational Crises. – Los Angeles : J. P. Tarcher, 1991. – P. 25—32.
280. *Grof S.* The Holotropic Mind. – Harper, CA, 1993. – P. 33—82.
281. *Grof S.* Books of the Dead: Manuals for Living and Dying. – Thames and Hudson, 1994. – P. 25.
282. Guideline watch: practice guideline for the treatment of patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder / D. Benedek, M. J. Friedman, D. Zatzick et al. (APA). – 2009.
283. *Hallworth H. I.* Programs for correlations and factor analysis // *Br. J. Math. Stat. Psychol.* – 1965. – Vol. 18. – P. 142—143.
284. *Hamilton M.* A rating scale for depression // *J. Neural. Neurosurg. Psychiatry.* – 1969. – Vol. 23. – P. 56—62.

285. *Hamilton M.* Development of a rating scale for primary depressive illness // *Brit. J. Soc. Clin. Psychol.* – 1967. – Vol. 6. – P. 278—296.
286. *Hect H., Zerssen D., Krieg C., Possi J., Wittcben H. U.* Anxiety and depression: co-morbidity, psychopathology, and social functioning // *Compr. Psychiatry.* – 1989. – Vol. 30 (5). – P. 420—433.
287. *Herman M.* Interrelation of depression, aggression and disturbing frustration // *European Neuropsychopharmacology.* – 1992. – Vol. 2. – P. 393—402.
288. *Jung C. G.* Collected Works // *Two Essays in Analytical Psychology.* – London, 1928. – Vol. IX. – Ch. 3. – P. 127.
289. *Jung C. G.* *Analytical Psychology: Its Theory and Practice.* – Vintage Books, 1968. – P. 110.
290. *Kasprow M. C., Scotton B. W.* A Review of Transpersonal Theory and Its Application to the Practice of Psychotherapy // *J. Psychotherapy Practice and Research.* – 1999. – Vol. 8. – P. 12—23.
291. *Keane T. M., Weathers F. W., Foa E. B.* Diagnosis and assessment / E. B. Foa, T. M. Keane, M. J. Friedman (Eds.) // *Effective treatments for PTSD: Practice quidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies.* – New York : Guilford, 2000.
292. *Keller M., McCullough J., Klein D. et al.* A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression // *N. Engl. Med.* – 2000. – Vol. 18 (20). – P. 1462—1470.
293. *Kraepelin E.* *Psychiatrie. Klinische Psychiatrie.* – Leipzig, 1923. – Vol. 3. – P. 1236.
294. *Krippner S., Dillard J.* *Dream working: How to use Your Dreams for Creative Problem Solving.* – New York : Berly Limited, 1997.
295. *Klein M.* *Contributions to Psycho-Analysis.* – London, 1948.
296. *Klein M.* *Envy and Gratitude.* – London, 1957.
297. *Lajoie D. H., Shapiro S. I.* Definitions of transpersonal psychology: The first twenty-three years // *Journal of Transpersonal Psychology.* – 1992. – Vol. 24. – P. 128—132.
298. *Lazarus R. S., Eriksen C. W., Fonda C. P.* Personality dynamics in auditory perceptual recognition // *J Personal.* – 1951. – Vol. 19. – P. 171—182.

299. Levetiracetam for treatment-refractory posttraumatic stress disorder / G. Kinrys, L. E. Wygant, T. B. Pardo et al. // *J. Clin. Psychiatry*. – 2006. – Vol. 67. – P. 211—214.
300. *Lewinsohn P. M.* The behavioral study and treatment of depression / M. Hersen, R. M. Eisler, P. M. Miller (Eds.) // *Progress in behavior modification*. – New York : Academic Press, 1975. – Vol. 1. – P. 19—64.
301. *Lowman R. L.* Counseling and psychotherapy of work dysfunctions. – Washington, DC : American Psychological Association, 1993.
302. Lifetime prevalence estimates of major depression: an indirect estimation method and a quantification of recall bias / M. E. Kruijshaar, J. Barendregt, T. Vos, et al. // *European Journal of Epidemiology*. – 2005. – Vol. 20. – P. 103—111.
303. *Lukoff D., Lu F. G., Turner R. P.* From Spiritual Emergency to Spiritual Problem – The Transpersonal Roots of the New DSM-IV Category // *Journal of Humanistic Psychology*. – 1998. – Vol. 38 (2). – P. 21—50.
304. *Macy M. H.* Miracles in the Storm: Talking to the Other Side with the New Technology of Spiritual Contact. – New American Library, 2001.
305. *Macdonald D., Friedman H.* Editors. Introduction // *International J. of Transpersonal Studies*. □ 2006. – Vol. 24. – P. 119.
306. *Metzner R.* The Unfolding Self: Varieties of Transformative Experience, rev. ed. of *Opening to Inner Light*. – Novato, CA: Origin Press, 1998.
307. *McLean P. D., Hakstian A. R.* Relative endurance of unipolar depression treatment effects: Longitudinal follow-up // *J. Consulting and Clinical Psychology*. – 1990. – Vol. 58. – P. 482—488.
308. *Mindell A.* *Dreaming While Awake: Techniques for 24-Hour Lucid Dreaming*. Charlottesville. – VA : Hampton Publishing, 2000. – P. 207.
309. *Mindell A.* *Metaskills: The Spiritual Art of Therapy*. – Portland, OR : Lao Tse Press, 2000.
310. *Miller J. J.* Book Review: *Textbook of Transpersonal Psychiatry and Psychology* // *Psychiatric Services*. – 1998. – Vol. 49. – P. 541—542.
311. *Mindell A.* *Dreaming While Awake: Techniques for 24-Hour Lucid Dreaming*. Charlottesville. – VA : Hampton Roads Publishing, 2003. – P. 112—123.
312. *Mindell A.* *Quantum Mind: The Edge Between Psychology and Physics*. – Portland, OR : Lao Tse Press, 2000. – P. 43—48.
313. *Modell A.* Reflection on metaphor and affects. Presented at meeting of Chicago Psychoanalytic Society. – Chicago, 1996.

314. *Monastra V. J., Lubar F., Linden M.* The development of a quantitative electroencephalographic scanning process for attention deficit-hyperactivity disorder: reliability and validity studies // *Neuropsychology*. – 2001. – Vol. 15, № 1. – P. 36—44.
315. *Murphy B.* Steroids and depression // *J. Steroid. Biochem. Mol. Biol.* – 1991. – Vol. 38. – P. 537—559.
316. *Niedermeyer E.* Frontal lobe functions and dysfunction // *Clinical Electroencephalography*. – 1998. – № 2. – P. 79—90.
317. Neuroendocrine, cognitive and structural imaging characteristics of women on longterm sick leave with job stress-induced depression / I. Rydmark, K. Wahlberg, P. H. Ghatan, S. Modell, A. Nygren et al. // *Biol. Psychiatry*. – 2006. – Vol. 60. – P. 867—873.
318. *Neuropsychology handbook* / A. MacNeill Horton et al. (eds.). – N. Y., 1997. – Vol. 1. – P. 37—39.
319. *Nolen-Hoeksema S.* Sex differences in depression. – Stanford, California : Stanford University Press, 1990. – P. 13—14.
320. Novel Biochemical Markers of Psychosocial Stress in Women / M. Asberg, A. Nygren, R. Leopardi, G. Rylander, U. Peterson et al. // *PLoS ONE*. – 2009. – Vol. 4 (1). – P. 1—5.
321. *Pearce J. C.* The bond of power. – New York : E. P. Dutton, 1981. – P. 92.
322. *Pearls F. S.* Gestalt therapy verbatim. Lafayette: Real People Press. – Deutsch : Eligel, S.; Stuttgart : Klett, 1974.
323. Placebo-controlled trial of risperidone augmentation for selective serotonin reuptake inhibitor-resistant civilian posttraumatic stress disorder / B. O. Rothbaum, T. K. Killeen, J. R. Davidson et al. // *J. Clin. Psychiatry*. – 2008. – Vol. 69. – P. 520—525.
324. *Purvis K. L., Tannock R.* Language abilities in children with attention deficit hyperactivity disorder, reading disabilities, and normal controls // *J. Abnorm. Child. Psychol.* – 1997. – № 25 (2). – P. 133—144.
325. Risperidone monotherapy for posttraumatic stress disorder related sexual assault and domestic abuse in women / P. R. Padala, J. Madison, M. Monnahan et al. // *Int. Clin. Psychopharmacol.* – 2006. – Vol. 21. – P. 275—280.
326. *Ritterman M.* Using hypnosis in family therapy. – San Francisco : Jossey-Bass, 1983. – P. 28—30.

327. *Rehm L. P., Kaslow N. J., Rabin A. S.* Cognitive and behavioral targets in a self-control therapy program for depression // *J. Consulting and Clinical Psychology*. – 1987. – Vol. 55. – P. 60—67.
328. *Rehm L. P.* Psychotherapies for depression / K. D. Craig, K. S. Dobson (Eds.) // *Anxiety and depression in adult and children*. – 1995. – P. 183—208.
329. Regional brain electrical activity in posttraumatic stress disorder after motor vehicle accident / S. Rabe, A. Beauducel, T. Zollner et al. // *J. Abnorm. Psychol.* – 2006. – Vol. 115. – P. 687—698.
330. *Rosenberg J.* Body, Self and Soul: Sustaining Integration. – Humanics Ltd, US, 1991. – P. 20.
331. *Rogers C. P.* Client-centered therapy. – Boston : Houghton Mifflin; Deutsch : Die Klientenbezogene Gesprächstherapie; Munchen : Kindler, 1973.
332. *Rossi E. L., Ryan M. O., Sharp F. A.* (Eds.) Healing in hypnosis: The seminars, workshops, and lectures of M. H. Erickson. – New York : Irvington, 1983. – P. 13—14, 183.
333. *Rowan J.* The Transpersonal: Psychotherapy and Counseling. – London : Routledge, 1993. – P. 213—218.
334. *Van V. C., Akiskal H. S., Puzantian V., Rosenthal T.* Anxious depression; clinical, family history, and naturalistic outcome: comparison with panic and major depressive disorders // *J. Affect. Disord.* – 1984. – Vol. 6. – P. 67—82.
335. *Vich M. A.* Some historical sources of the term «transpersonal» // *Journal of Transpersonal Psychology*. – 1988. – Vol. 20 (2) – P. 107—110.
336. *Sammers F.* Existential guilt: An object relations concept // *Contemp. Psychoanal.* – 1996. – Vol. 32 – P. 43—63.
337. *Scotton B. W., Chinen A. B., John R. B.* Textbook of Transpersonal Psychiatry and Psychology. – New York : Basic Books, 1996. – P. 95.
338. *Seligman M.* Helplessness: On depression, development and death. – San Francisco, 1975. – P. 219.
339. *Seligman M.* Psychology Today. – 1973. – Vol. 7. – P. 43—48.
340. Sertraline treatment of posttraumatic stress disorder: results of 24 weeks of open-label continuation treatment / P. D. Lundborg, M. T. Hegel, S. Goldstein et al. // *J. Clin. Psychiatry*. – 2001. – Vol. 62. – P. 325—331.

341. *Sovatsky S.* Words from the Soul : Time, East // West Spirituality, and Psychotherapeutic Narrative. – New York : State University of New York Press (SUNY Series in Transpersonal and Humanistic Psychology), 1998.
342. St. John's worth and Kava in treating major depressive disorder with comorbid anxiety: a randomized double-blind placebo-controlled pilot trial / J. Sarris, D. J. Kavanagh, G. Deed et al. // *Hum. Psychopharmacol.* – 2009. – Vol. 24 (1). – P. 41—48.
343. *Steven J., Storming H.* LSD and the American Dream. – Paladin Books, UK, 1989. – P. 46.
344. *Shacter S., Singer T. E.* // *Psychol Rev.* – 1962. – Vol. 69 – P. 379—397.
345. *Tarnas R.* Cosmos and Psyche: Intimations of a New World View. – New York : Viking Press, 2008.
346. *Tart C.* A Psychophysiological Study of Out-of-Body Phenomena // *Journal of the Society for Psychical Research.* – 1968. – P. 62—63.
347. Tiagabine for posttraumatic stress disorder: effects of open-label and double-blind discontinuation treatment / K. M. Connor, J. R. Davidson, R. H. Veisler et al. // *Psychopharmacology (Berl.)*. – 2006. – Vol. 184. – P. 21—25.
348. *Tomkins S.* Script theory: Differential magnification of affects // *Nebraska Symposium on Motiuation.* – 1978. – Vol. 26 – P. 201—263.
349. *Thase M., Rush A., Mander R. et al.* Differential effects of nefazodone and cognitive behavioral analysis system of psychotherapy on insomnia associated with chronic forms of major depression // *J. Clin Psychiatry.* – 2002. – Vol. 63 (6). – P. 493—500.
350. The efficacy and tolerability of tiagabine in adult patients with posttraumatic stress disorder / J. R. Davidson, K. Brady, T. A. Mellman et al. // *J. Clin. Psychopharmacol.* – 2007. – Vol. 27. – P. 85—88.
351. *Turner R. P., Lukoff D., Barnhouse R. T., Lu F. G.* Religious or spiritual problem. A culturally sensitive diagnostic category in the DSM-IV // *Journal of Nervous and Mental Disease.* – 1995. – 183 (7). – P. 435—444.
352. *Wacker H. R.* Angst und Depression. Eine epidemiologische Untersuchung. – Bern : Huber, 1995. – P. 119.
353. *Walsh R.* The Spirit of Shamanism. – Los Angeles : J. P. Tarcher, 1990.
354. *Walsh R., Vaughan F.* On transpersonal definitions // *J. Transpersonal Psychology.* – 1993. – Vol. 25 (2). – P. 125—182.

355. *Walsh R., Vaughan F.* The worldview of Ken Wilber / B. W. Scotton, A. B. Chinen, J. R. Battista (Eds.) // Textbook of Transpersonal Psychiatry and Psychology. – New York : Basic Books, 2006. – P. 129.
356. *Washburn M.* Transpersonal Psychology in Psychoanalytic Perspective. – Albany, NY : State University of New-York Press, 2006.
357. *Wilber K.* Let's Nuke the Transpersonalists: A Response to Albert Ellis // Journal of Counseling & Development. – 1989. – Vol. 67. – P. 332.
358. *Wittchen H.-U.* Diagnostik und Hinweise auf eine Zunahme depressiver Störungen / M. Hautzinger (Hrsg.) // Verhaltenstherapie bei Depressionen. – Baltmannsweiler : Rottger-Schneider, 1994. – S. 10—24.
359. *Woodward D. J.* et al. // Fed Proc. – 1979. – Vol. 738. – P. 2109—2118.
360. *Wolpe J.* Neurotic depression: Experimental analog, clinical syndromes, and treatment // American Journal of Psychotherapy. – 2001. – Vol. 25. – P. 362—368.
361. *Wolpe J.* The practice of behavior therapy (4th ed). – New York : Pergamon Press, 2000. – P. 3.
362. *Walsh R.* Psychological Chauvinism and Nuclear Holocaust: A Response to Albert Ellis and Defense of Non-Rational Emotive Therapies // Journal of Counseling & Development. – 2008. – Vol. 67. – Issue 6. – P. 338.
363. *Wilber K.* Let's Nuke the Transpersonalists: A Response to Albert Ellis // Journal of Counseling & Development. – 2000. – Vol. 67. – Issue 6. – P. 332.
364. *Zillmer E. A., Spiers M. V., Culberson W. F.* Principles of neurophysiology. Wadsworth Thomson Learning. – Australia, 2001. – P. 235—241.

Приложения

Приложение 1

Амбулаторная карта № _____
Дата обращения « ____ » _____ 20 ____ г.
Ф.И.О (или псевдоним) _____

Возраст (полных лет), год рождения _____
Пол Мужской Женский (нужное подчеркнуть)
Место жительства _____
Контактная информация (телефон) _____
Жалобы:

История настоящего заболевания:

История жизни:

НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ (наличие душевных заболеваний и психологических проблем у родителей и др. родственников)

Родительская семья: количество детей в семье _____
Пациент родился по счету ребенком в семье _____
Беременность матери: рожден в браке – да/нет; ребенок желанный – да/нет; хотели сделать аборт – да/нет; ожидали – мальчика (девочку), пол будущего ребенка не имел значения / не знает; гестоз – да / нет;
Роды у матери: первые/ _____; предлежание: головное / тазовое; продолжительность часов _____
Методы родовспоможения: акушерские щипцы, вакуум-экстрактор, эпизиотомия, пельвиотомия, стимуляция- да/нет; обезболивание – да / нет; при рождении: вес ребенка _____, розовый / синий, кричал сразу – да /нет.
Вскармливание: естественное до _____ месяцев, смешанное с _____ месяцев, искусственное с _____ месяцев.
Раннее развитие: без особенностей, осложнения (указать какие):

В детстве: капризный, плохо спал, страхи, навязчивые действия

Перенесенные заболевания:

Перенесенные ЧМТ, отравления угарным газом: нет /да

Особенности взаимоотношений в родительской семье:
теплые, доверительные, удовлетворительные, безразличие, гиперопека,
конфликты, скандалы, угроза физическому здоровью

Отношения с матерью:

Отношения с отцом:

Школьные годы (взаимоотношения со сверстниками, одноклассниками,
учителями)

Окончил _____ классов

В школе дублировал классы: _____

Интересы, увлечения _____

Обучение в вузе, техникуме, профессионально-техническом училище

Позиция в учебном коллективе: обособленная, поверхностные контакты,
много друзей, лидер, подчиняемая

Служба в армии (да / нет)

Работа, производственные отношения

Позиция в рабочем коллективе: обособленная, поверхностные контакты,
много друзей, лидер

Брак (не состоит в браке, состоит в разводе, официально зарегистриро-
ванный брак, сожителство) в течение _____ лет

Отношения с супругом (ой): взаимопонимание, любовь, доверие, кон-
фликты, безразличие, другие _____

Отношения с детьми: взаимопонимание, доверие, конфликты, безразли-
чие, другие _____

Отношения с родителями жены (мужа): взаимопонимание, доверие,
конфликты, безразличие, другие _____

Особенности характера: самостоятельный, уверенный в себе, реши-
тельный, независимый, волевой, веселый, жизнерадостный, аккуратный,
обстоятельный, властный, жесткий, жестокий, прямолинейный, беском-
промиссный, твердый, агрессивный, вспыльчивый, возбудимый, отход-
чивый; Любит быть в центре внимания, общительный, эмоциональный,

мечтательный, склонен к фантазированию; Мягкий, нежный, чувствительный, впечатлительный, ранимый, нерешительный, неуверенный, робкий, застенчивый, тревожный, зависимый, склонный к уединению. затруднения в общении, обидчивый, долго помнит обиды, сдержанный, холодный, склонность к самоанализу, сомневающийся,

ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС пациента

Внешний вид (опрятный, неопрятный, вызывающий)

Поведение (адекватное, неадекватное, вызывающее, в беседе активен / пассивен)

Контакт (недоступность, доступность, формальный, уход в сторону от темы беседы)

Ответы на вопросы (не отвечает, в плане заданного вопроса, односложные, ответы не по существу задаваемых вопросов)

Мимика (живая, однообразная, маскообразное лицо, неадекватная эмоциональному состоянию)

Эмоциональное состояние (ровное, неустойчивое, настроение сниженное/повышенное)

Эмоциональные реакции (живые, адекватные, гипертрофированные, плач, слезы, смех)

Мышление (последовательное, соскальзывание, логичное, «кривая» логика, аморфное, разорванное, бред, идеи отношения)

Восприятие (адекватное, иллюзии, галлюцинации – слуховые / зрительные / тактильные / вкусовые / обонятельные, сенестопатии, парестезии)

Отношение к состоянию (критическое, просит о помощи, критика формальная/отсутствует)

Суицидальные мысли, высказывания

Выставленные диагнозы:

Приложение 2

Описание трансперсонального сеанса

Курс (ступень) включает 8 сеансов групповой трансперсональной психотерапии. Очередность между курсами составляет 10—12 месяцев. В психотерапевтическом центре проводятся, как правило, 3 ступени. В периоде между курсами осуществляется индивидуальное психотерапевтическое сопровождение. Общая продолжительность 1 сеанса составляет от 6 до 8 часов. Сеанс проводится в вечернее время (как правило, с 17.00). Каждый сеанс имеет тематическую направленность. Перед началом работы в терапевтической группе осуществляется индивидуальная подготовка, которая, кроме изучения персонографических, биографических показателей и исключения противопоказаний, включает теоретическую подготовку пациентов.

В данном приложении предлагается примерное описание сеансов первой ступени, так как выборка обследуемых проводилась именно из этой группы.

1-й сеанс:

- знакомство с группой, формирование терапевтического круга, принятие групповых правил (конфиденциальность, 100-процентное посещение, ответственность и т. д.), изложение теоретической части. Техническая подготовка: научение дыхания и поведения в ИСС (3—4 час.);

- введение в транс и непосредственно само трансовое состояние (ИСС) (2—2,5 час.);

- выход из транса с последующим рисованием мандал (15—25 мин.);

- домашнее задание: ведение дневника, где пациенты самостоятельно отслеживают свое психологическое, психическое, соматическое состояние, сновидения. Написание негативных и позитивных эмоционально значимых биографических событий.

2-й сеанс:

- приветствие пациентами друг друга. Вербальный дневник с описанием своего состояния на период перерыва между сеансами. Обратная связь между пациентами и со стороны психотерапевта (2—3 час.) (с этой процедуры начинались и все последующие сеансы);

- психотерапевтические упражнения, направленные на сплочение и доверие среди пациентов в группе («глаза в глаза») (2—3 час.);

- дыхательная и телесная подготовка перед трансом, в рамках телесно-ориентированной работы (2—3 час.);

- введение в ИСС (2—2,5 час.);

- выход из транса с последующим рисованием мандал (15—25 мин.);

- домашнее задание: написание травматических событий, которые имели место в биографии родителей и своей собственной («яйцо травмы»).

3-й сеанс:

- приветствие с обратной связью (2—3 час.);

- телесно-ориентированная подготовка перед трансом. Телесные упражнения из серии «танатос» и работа с зеркалом (2,5—3,5 час.);

- введение в ИСС (2—2,5 час.);

- выход из трансa с последующим рисованием мандал (15—25 мин.);

- домашнее задание: продолжение ведения дневника.

4-й сеанс:

- приветствие, обратная связь (2—3 час.);

- телесно-ориентированная подготовка перед трансом, проведение динамических медитаций (1,5—2 час.);

- введение в ИСС (2—2,5 час.);

- выход из трансa с последующим рисованием мандал (15—25 мин.).

5-й сеанс:

- приветствие, обратная связь (2—3 час.);

- телесно-ориентированная подготовка перед трансом, проведение упражнения «мать и дитя» (1,5—2 час.);

- введение в ИСС (2—2,5 час.);

- выход из трансa с последующим рисованием мандал (15—25 мин.);

- домашнее задание: продолжение ведения дневника.

6-й сеанс:

- приветствие, обратная связь (2—3 час.);

- телесно-ориентированная подготовка перед трансом, проведение упражнения «родовой канал» (2—2,5 час.);

- введение в ИСС (2—2,5 час.);

- выход из трансa с последующим рисованием мандал (15—25 мин.).

7-й сеанс:

- приветствие, обратная связь (2—3 час.);

- телесно-ориентированная подготовка перед трансом, проведение упражнения «затаптывание», с «ритуалом захоронения проблемы (психотравмы)» (2—2,5 час.);

- введение в ИСС (2—2,5 час.);

- выход из трансa с последующим рисованием мандал (15—25 мин.);

- домашнее задание: продолжение ведения дневника.

8-й сеанс:

- приветствие, обратная связь (2—3 час.);

- введение в ИСС (2—2,5 час.);

- выход из трансa с последующим рисованием заключительной мандалы (15—25 мин.);

- домашнее задание: продолжение ведения дневника после курса психотерапии, до планового индивидуального сеанса через 3 месяца;

- окончание группового процесса, размыкание терапевтического круга.

Следует заметить, что на выходе из ИСС на каждом сеансе осуществлялся процесс чаепития, во время которого обследуемые давали обратные связи (1,5—2 час.), касаемые содержания трансa. В этот период психотерапевтом отслеживалось их психическое и физическое состояние.

Приложение 3
Результаты обработки данных самоотчетов
(дневников) с помощью контент-анализа

№	<i>Выделенные категории</i>							
	Тревожность (проблема)	Депрессивное настроение (проблема)	Агрессивность	Чувство радости, спокойствия, благополучия	Ощущение «целостности»	Биографические переживания	Перинальные переживания	Трансперсональные переживания
1.	*		*	*		*	*	*
2.	*	*		*	*	*	*	
3.	*	*	*		*	*	*	*
4.	*	*	*	*		*	*	*
5.		*			*	*	*	*
6.	*		*	*	*	*		
7.	*	*	*	*		*	*	*
8.		*		*	*	*	*	*
9.	*	*	*	*	*	*	*	*
10.	*	*	*	*		*	*	
11.	*		*	*	*	*	*	*
12.	*	*	*	*		*	*	*
13.		*	*			*	*	
14.	*	*	*	*	*	*		*
15.	*	*	*	*	*	*	*	*
16.	*		*			*	*	
17.	*	*	*	*		*	*	*
18.		*		*	*	*	*	*
19.	*		*	*		*	*	
20.		*		*	*	*	*	*
21.	*		*	*		*	*	*
22.	*	*	*			*		
23.	*		*	*		*	*	*
24.	*	*	*	*	*	*	*	
25.	*	*	*			*	*	*
26.		*		*		*	*	
27.	*		*	*	*	*	*	*
28.	*	*	*	*		*	*	
29.	*	*	*	*		*	*	*
30.	*	*		*		*	*	
31.	*		*		*	*	*	*
32.		*		*	*	*		

**Результаты обработки данных самоотчетов
(дневников) с помощью контент-анализа**

№	Выделенные категории							
	Тревож-ность (пробле-ма)	Депрес-сивное настро-ение (пробле-ма)	Агрес-сив-ность	Чувство радости, спокой-ствия, благо-получия	Ощуще-ние «це-лостно-сти»	Биогра-фические пережи-вания	Перина-тальные пережи-вания	Транс-персо-нальные пережи-вания
33.		*		*	*	*	*	
34.	*	*	*	*		*	*	*
35.		*		*	*	*	*	
36.	*		*	*		*	*	
37.	*	*	*	*		*	*	*
38.	*		*			*		*
39.	*		*	*		*	*	*
40.	*		*	*	*	*	*	*
41.	*	*	*	*		*	*	
42.		*		*	*	*	*	*
43.	*	*	*	*		*	*	*
44.		*		*	*	*	*	*
45.	*		*	*		*	*	
46.		*		*	*	*	*	*
47.	*	*	*			*	*	
48.	*		*	*		*	*	*
49.	*	*	*	*		*	*	
50.	*	*	*	*	*	*	*	*
51.		*		*	*	*	*	*
52.	*	*	*			*	*	
53.	*		*	*	*	*	*	*
54.	*	*	*	*		*	*	*
55.	*		*	*	*	*	*	*
56.	*	*	*	*		*	*	
57.	*		*		*	*	*	*
58.	*	*	*	*		*	*	*
59.		*		*	*	*	*	
60.	*	*	*		*	*	*	*
61.		*		*	*	*		*
62.	*		*	*		*	*	*
63.		*		*		*	*	
64.	*	*	*	*	*	*	*	*

**Результаты обработки данных самоотчетов
(дневников) с помощью контент-анализа**

№	Выделенные категории							
	Тревож-ность (пробле-ма)	Депрес-сивное настро-ение (пробле-ма)	Агрес-сив-ность	Чувство радости, спокойствия, благополу-чия	Ощуще-ние «це-лостности»	Биогра-фические пережи-вания	Перина-тальные пережи-вания	Транс-персональные пережи-вания
65.	*	*	*	*		*	*	*
66.		*		*		*	*	
67.	*		*	*	*	*	*	*
68.		*		*		*	*	*
69.	*	*	*	*	*	*	*	
70.		*		*	*	*		*
71.	*	*	*	*		*	*	*
72.		*		*	*	*	*	*
73.	*		*			*	*	*
74.		*		*	*	*	*	
75.	*		*	*	*	*	*	*
76.		*		*		*	*	*
77.	*	*	*	*	*	*	*	
78.	*	*	*	*		*	*	
79.	*		*	*	*	*	*	*
80.		*		*		*	*	*
81.	*	*	*		*	*	*	
82.	*			*	*	*	*	
83.	*		*	*		*	*	*
84.	*	*		*	*	*	*	*
85.	*		*	*		*	*	*
86.	*	*		*	*	*	*	*
87.	*	*	*	*		*	*	*
88.	*	*		*	*	*	*	*
89.	*		*	*		*	*	
90.	*	*		*		*	*	*
91.		*		*		*	*	*
92.	*	*	*			*		*
93.	*	*		*	*	*	*	*
94.	*	*	*	*		*	*	
95.	*		*	*		*	*	*
96.	*	*		*		*		

**Результаты обработки данных самоотчетов
(дневников) с помощью контент-анализа**

№	Выделенные категории							
	Тревож-ность (пробле-ма)	Депрес-сивное настро-ение (пробле-ма)	Агрес-сив-ность	Чувство радости, спокойст-вия, благо-получия	Ощуще-ние «це-лостно-сти»	Биогра-фические пережи-вания	Перина-тальные пережи-вания	Транс-персона-льные пережи-вания
97.	*		*	*		*	*	*
98.	*	*		*		*		
99.	*	*	*			*	*	*
100.		*		*	*	*		*
101.	*	*	*			*	*	*
102.	*		*	*	*	*	*	
103.	*	*	*			*	*	*
104.		*		*	*	*		*
105.	*	*	*	*		*	*	
106.		*		*		*	*	*
107.	*		*	*	*	*		*
108.		*		*		*	*	*
109.	*	*	*			*	*	
110.	*	*		*		*	*	*
111.	*	*	*		*	*	*	*
112.		*		*		*	*	
113.	*	*	*	*		*		*
114.		*		*	*	*	*	*
115.	*		*	*	*	*	*	
116.	*	*	*			*		*
117.	*	*	*	*	*	*	*	*
118.	*	*		*	*	*	*	*
119.	*		*	*		*	*	*
120.		*			*	*		*
121.	*	*	*	*	*	*	*	*
122.		*		*		*	*	*
123.	*	*	*	*	*	*	*	
124.	*	*		*		*		*
125.	*	*	*	*		*	*	*
126.		*		*	*	*	*	*
127.	*	*	*	*	*	*	*	

Оглавление

Список сокращений	3
Введение	4
Глава 1 ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА: ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ДИНАМИКИ И ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ (Обзор литературы)	7
1.1. Клинико-динамические закономерности тревожно-депрессивных расстройств (механизмы возникновения и клиническая динамика)	7
1.2. Нейрофизиологический аспект невротических расстройств	13
1.3. Место трансперсональной психотерапии в современном лечении невротических расстройств	17
Глава 2 ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА И МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ	32
Глава 3 КЛИНИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НЕВРОТИЧЕСКИХ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТРАНСПЕРСОНАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ (Результаты собственных исследований)	40
3.1. Клинические закономерности невротических тревожно-депрессивных расстройств в условиях трансперсональной психотерапии	40
3.2. Клинико-патопсихологические особенности у больных невротическими тревожно-депрессивными расстройствами в терапевтической динамике	71
3.3. Корреляционные взаимосвязи между психопатологическими и психологическими показателями	79
3.4. Клинико-нейрофизиологические характеристики невротических тревожно-депрессивных расстройств при проведении трансперсональной психотерапии (совместно с Е. Г. Элизбарян, В. В. Ахметовой).....	83
Заключение	95
Список использованной литературы	108
Приложения	135

Научное издание

**Анатолий Иванович Колчин
Николай Васильевич Говорин
Михаил Михайлович Аксенов**

**ТРАНСПЕРСОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ
ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АДАПТАЦИИ**

Редактор И. А. Зеленская

Подписано в печать 07.06.2011 г.

Формат 60x84¹/₁₆.
Бумага офсетная № 1.
Печать офсетная.
Печ. л.9,13; усл. печ. л. 8,49; уч.-изд. л 7,95.
Тираж 500. Заказ № 493

Тираж отпечатан в типографии «Иван Фёдоров»
634026, г. Томск, ул. Розы Люксембург, 115/1
Тел.: (3822)40-71-24, тел./факс: (3822)40-79-55
E-mail: mail@if.tomsk.ru



Колчин Анатолий Иванович

Кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития», врач-психотерапевт, руководитель психотерапевтического центра, ведущий практикующий специалист психодинамического и экзистенциально-гуманистического направления в Забайкальском крае. Автор многочисленных практических разработок и научных работ, посвященных трансперсональной психотерапии.



Говорин Николай Васильевич

Заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор. Проректор по последипломному образованию ГОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития», заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития». Председатель Забайкальского общества психиатров, психотерапевтов и наркологов. Автор более 380 научных работ по клинической и биологической психиатрии.



Аксенов Михаил Михайлович

Доктор медицинских наук, профессор. Ведущий научный сотрудник отделения пограничных состояний НИИ психического здоровья СО РАМН, заведующий кафедрой психологии развития личности Факультета психологии, связей с общественностью и рекламы Томского государственного педагогического университета. Ведущий практикующий специалист по преодолению кризисных ситуаций, адаптации к экстремальным условиям, повышению стрессоустойчивости. Автор 7 монографий и 257 научных работ.

