

**Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
им. А.М. Никифорова МЧС России**

**ВЕСТНИК
ПСИХОТЕРАПИИ**

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Главный редактор В.Ю. Рыбников

№ 64 (69)

Санкт-Петербург
2017

Редакционная коллегия

В.И. Евдокимов (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф., науч. ред.); С.Г. Григорьев (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); Р. Мизерене (Литва, Паланга, д-р мед. наук); В.А. Мильчакова (Санкт-Петербург, канд. психол. наук доцент); Н.А. Мухина (Санкт-Петербург, канд. мед. наук доцент); В.Ю. Рыбников (Санкт-Петербург, д-р мед. наук, д-р психол. наук проф.)

Редакционный совет

С.С. Алексанин (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); А.А. Александров (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); Ю.А. Александровский (Москва, д-р мед. наук проф.); Г.В. Ахметжанова (Тольятти, д-р пед. наук проф.); Е.Н. Ашанина (Санкт-Петербург, д-р психол. наук); С.М. Бабин (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); Т.Г. Бохан (Томск, д-р психол. наук проф.); Р.М. Грановская (Санкт-Петербург, д-р психол. наук проф.); Г.И. Григорьев (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); Е.В. Змановская (Санкт-Петербург, д-р психол. наук проф.); Е.А. Колотильщикова (Санкт-Петербург, д-р психол. наук); Н.Г. Незнанов (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); Е.Л. Николаев (Чебоксары, д-р мед. наук проф.); И.А. Новикова (Архангельск, д-р мед. наук проф.); М.М. Решетников (Санкт-Петербург, д-р психол. наук проф.); Е.И. Чехлатый (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); В.К. Шамрей (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.)

Адрес редакции:

194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11
Телефон: (812) 513-67-97, 592-35-79

ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ

Научно-практический журнал

- © Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, 2017
- © Международный институт резервных возможностей человека, 2017

**Nikiforov Russian Centre of Emergency and Radiation
Medicine, EMERCOM of Russia**

**BULLETIN OF
PSYCHOTHERAPY**

RESEARCH & CLINICAL PRACTICE JOURNAL

Editor-in-Chief V.Yu. Rybnikov

N 64 (69)

St. Petersburg
2017

Editorial Board

V.I. Evdokimov (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof., Science Editor); S.G. Grigorjev (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); R. Mizeriene (Palanga, Lithuania, Dr. Med. Sci.); V.A. Milchakova (St. Petersburg, PhD Psychol. Sci. Associate Prof.); N.A. Mukhina (St. Petersburg, PhD Med. Sci., Associate Prof.); V.Yu. Rybnikov (St. Petersburg, Dr. Med. Sci., Dr. Psychol. Sci. Prof.)

Editorial Council

S.S. Aleksanin (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); A.A. Aleksandrov (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); Yu.A. Aleksandrovskii (Moscow, Dr. Med. Sci. Prof.); G.V. Akhmetzhanova (Togliatti, Dr. Ed. Sci. Prof.); E.N. Ashanina (St. Petersburg, Dr. Psychol. Sci.); S.M. Babin (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); T.G. Bohan (Tomsk, Dr. Psychol. Sci. Prof.); R.M. Granovskaya (St. Petersburg, Dr. Psychol. Sci. Prof.); G.I. Grigorjev (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); E.V. Zmanovskaya (St. Petersburg, Dr. Psychol. Sci. Prof.); E.A. Kolotilshchikova (St. Petersburg, Dr. Psychol. Sci.); N.G. Neznanov (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); E.L. Nikolaev (Cheboksary, Dr. Med. Sci. Prof.); I.A. Novikova (Arkhangelsk, Dr. Med. Sci. Prof.); M.M. Reshetnikov (St. Petersburg, Dr. Psychol. Sci. Prof.); E.I. Chekhlaty (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); V.K. Shamrey (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.)

For correspondence:

11, Pridorozhnaya alley
194352, St. Petersburg, Russia
Phone: (812) 513-67-97, 592-35-79

BULLETIN OF PSYCHOTHERAPY

Research & clinical practice journal

© Nikiforov Russian Centre of Emergency and Radiation
Medicine, EMERCOM of Russia, 2017

© International Institute of Human Potential Abilities, 2017

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Абрамов Э.М.

Спешите делать людям добро: 100-летию со дня рождения психотерапевта Александра Романовича Довженко посвящается..... 8

Андреев В.А.

Слово ученика об Учителе – Александре Романовиче Довженко 25

Григорьев Г.И.

О стрессопсихотерапии А.Р. Довженко 49

Андреев В.А., Евдокимов В.И., Андреев А.В.

Медико-социальные показатели пациентов и эффективность стрессовой психотерапии, проводимой в Республиканском наркологическом психотерапевтическом центре им. А.Р. Довженко..... 65

Александров А.А., Ильченко Е.Г.

Диалог в аналитико-катартической терапии с позиций феноменологической герменевтики 92

Слабинский В.Ю., Воищева Н.М., Шарт А.Е.

Психотерапия посттравматического стрессового расстройства, осложнённого приёмом алкоголя 106

Евдокимов В.И., Чехлатый Е.И.

Анализ отечественных изобретений по психопрофилактике и психотерапии алкоголизма (1994–2016 гг.) 115

Токарева Г.М., Дубинский А.А., Кабанова Т.Н.

Факторы, сдерживающие риск насилия у психически больных с различной степенью общественной опасности 134

Информация о журнале 146

CONTENTS

PSYCHIATRY AND PSYCHOTHERAPY

Abramov E.M.

Hurry to make people feel good: the 100th anniversary of the psychotherapist Alexander Romanovich Dovzhenko 8

Andreev V.A.

The Word of the Disciple about the Teacher – Aleksander Romanovich Dovzhenko..... 25

Grigoriev G.I.

About stresspsychotherapy A.R. Dovzhenko 49

Andreev V.A., Evdokimov V.I., Andreev A.V.

Medico-Social Indicators of Patients and the Effectiveness of Stress Psychotherapy Conducted at the A.R. Dovzhenko Republican Narcological Psychotherapeutic Center..... 65

Aleksandrov A.A., Ilchenko E.G.

Dialogue in Analytic-cathartic therapy from positions of phenomenological hermeneutics 92

Slabinsky V.Yu., Voishcheva N.M., Shart A.E.

Psychotherapy for posttraumatic stressful disorder complicated by alcohol consumption 106

Evdokimov V.I., Chekhlatyi E.I.

The analysis of domestic inventions on prevention and psychotherapy for alcoholism (1994–2016)..... 115

Tokareva G.M., Dubinskii A.A., Kabanova T.N.

Factors restraining the risk of violence in mentally ill with varying degrees of public danger 134

Information about the Journal..... 146

29 марта 2018 г. исполняется 100 лет со дня рождения
народного врача Советского Союза, заслуженного врача
Украинской ССР, видного психотерапевта
Александра Романовича Довженко



А.Р. Довженко на фоне здания «Дача Стамболи»
(г. Феодосия, Крым), в котором размещался Республиканский
наркологический психотерапевтический центр

**СПЕШИТЕ ДЕЛАТЬ ЛЮДЯМ ДОБРО:
100-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТА
АЛЕКСАНДРА РОМАНОВИЧА ДОВЖЕНКО ПОСВЯЩАЕТСЯ**

Организация Союза писателей России в Республике Крым и Севастополе
(Россия, Республика Крым, г. Симферополь, ул. Воровского, д. 34)

Представлены основные периоды жизни народного врача СССР видного психотерапевта Александра Романовича Довженко (1918–1995). А.Р. Довженко родился 29 марта 1918 г. в Севастополе в простой рабочей семье. Образование врача получил в Крымском государственном медицинском институте (г. Симферополь). С 1948 г. жизненный и творческий путь связан с г. Феодосия (Крым). Работая дерматологом и используя элементы психологической коррекции, А.Р. Довженко успешно лечил у пациентов аллергические дерматозы, экзему, псориаз. В 1980 г. создается Республиканский наркологический психотерапевтический центр Минздрава Украинской ССР. Разработанный и внедренный А.Р. Довженко метод лечения пациентов с зависимостями получил общесоюзное признание. Будучи директором центра, А.Р. Довженко подготовил более 150 учеников, которые в настоящее время работают в России, на Украине и в других странах мира.

Ключевые слова: психотерапия, стрессовая психотерапия, аддикция, алкоголизм, наркомания, Александр Романович Довженко, Феодосия.

Введение

29 марта 2018 г. видному феодосийцу доктору Александру Романовичу Довженко исполнилось бы 100 лет! С одной стороны, в этой ярчайшей дате явственно ощущается дыхание времени, самой вековой истории, а с другой – осознание того, что речь идет об одном из наших современников, о живом, реальном человеке, с которым автору, как и многим другим, посчастливилось не только встречаться, но даже дружить.

В том же, 2018 г. 4 февраля исполнится 23 года, как его не стало, но интерес к его неординарной личности, к его таланту и способностям не только не ослабевает, но и, напротив, растет с каждым годом, с каждым днем.

Еще при жизни он стал легендой, молва о нем разлетелась по всем просторам бывшего Советского Союза и далеко за его пределами. В шестидесятые годы прошлого столетия Феодосия приобрела широчайшую из-

✉ Абрамов Эдуард Михайлович – поэт, писатель, общественный деятель, Организация Союза писателей России в Республике Крым и Севастополе (Россия, 295053, Республика Крым, г. Симферополь, ул. Воровского, д. 34).

вестность именно в связи с тем, что в этом небольшом провинциальном городе на юго-восточном побережье Крыма жил и работал знаменитый доктор – психиатр, психотерапевт-нарколог Довженко Александр Романович.

Сегодня о его необычайных способностях и об изобретенном им методе исцеления людей, страдающих зависимостью от таких тяжких и вредных привычек, как табакокурение, алкоголизм, наркомания, известно многое. Об этом написаны десятки книг, этому посвящены сотни статей в центральных и местных газетах и журналах, многочисленные теле- и радиопередачи, документальные кино – и видеофильмы.

Метод Довженко включен в гарантированные стандарты наркологической помощи, утвержденные Министерством здравоохранения СССР, вошел в новейшую медицинскую энциклопедию, подготовленную и изданную коллективом авторов России и Беларуси, приведен в новых учебниках психиатрии, освещен в ряде монографий, методических рекомендаций, научных и популярных публикаций. По методу Довженко защищены кандидатские и докторские диссертации.

Своему методу в последние годы жизни он обучил около 150 учеников, которые более 30 лет успешно продолжают дело своего великого учителя во многих городах России, ближнего и дальнего зарубежья.

В родном городе Александра Романовича Довженко, возле бывшей портовой поликлиники, почетному феодосийцу его учениками и благодарными пациентами установлен необычный памятник. Внушительная фигура народного врача СССР вырастает из гранитной глыбы. Его взгляд сосредоточен и одухотворен, а развернутые в характерном жесте целителя и гипнотизера ладони рук как бы посылают в сторону пациентов невидимые, добрые и сильные флюиды-импульсы.

Отдавая дань памяти этого неординарного во всех отношениях человека, прежде всего следует отметить его блестящий ум, поистине неистощимое трудолюбие, отзывчивость на чужую боль, готовность прийти на помощь любому нуждающемуся в ней и безграничную доброту к людям.

Александр Романович Довженко обладал великим талантом, непостижимыми и уникальными способностями, невероятной жизненной энергией, которые он без сомнений и колебаний отдавал людям до последнего дня жизни.

В настоящее время многие ученики и последователи А.Р. Довженко успешно применяют его метод для снятия пищевой зависимости и освобождения пациентов от избыточного веса, а также для борьбы с такими появ-

вившимися в последние годы «невинными увлечениями» людей, как токсикомания, игромания, интернет-зависимость [1–4].

Известно, что еще при жизни великий доктор провел серию пробных лечебных сеансов по разработанной им методике для замедления процессов биологического старения человека. А кроме всего этого, он успешно лечил логоневроз (заикание), энурез (ночное недержание мочи), освобождал пациентов от различных маниакальных состояний, аллергических расстройств, выводил их из тяжелейших депрессий [5].

Можно было бы привести этому десятки тысяч конкретных примеров, выдержки из многих писем оздоровленных доктором людей, но все-таки предлагаемая читателям статья имеет другую цель. Накануне знаменательного юбилея автору (сотруднику Республиканского наркологического психотерапевтического центра в г. Феодосии и другу) хотелось бы просто рассказать об Александре Романовиче не только как о великом, но и прежде всего обычном земном человеке, с которым волею судьбы довелось близко общаться на протяжении почти 20 лет.

Начало жизненного пути

Александр Романович Довженко – коренной крымчанин. Он родился 29 марта 1918 г. в Севастополе, в простой рабочей семье. Его отец, Довженко Роман Григорьевич, служил машинистом на различных судах речного и морского флота, в период навигаций подолгу, иногда на протяжении нескольких месяцев находился в плавании и лишь в зимнее время, при проведении ремонтных работ, жил с семьей, в небольшой, барачного типа, квартире.

Мать, Иванова Наталья Никифоровна, была посудомойкой в различных столовых города, а кроме того, должна была заниматься и всеми домашними делами, воспитывать детей. После Александра в семействе Довженко родились еще два сына – Николай и Владимир и дочь Елена.

По рассказам Александра Романовича, жили бедно, но дружно. Как старшему брату ему часто приходилось присматривать за малышами, особенно много внимания он уделял сестричке, к которой у него на всю жизнь сохранились особая привязанность и нежные, братские чувства.

Отучившись семь лет в одной из школ города, Александр поступил в ремесленное училище, окончив которое в 1934 г., он с помощью отца трудоустроился матросом-коچهгаром на теплоход «Армения», на котором и проплавал два года.

По воспоминаниям самого А.Р. Довженко, еще в те годы у него впервые проявились способности к гипнотическому внушению. Не раз вместе с друзьями-мальчишками он свободно проходил через контрольно-пропускной пункт на территорию Севастопольского морского порта, убедив вахтера, что имеет разрешение от главного диспетчера. А позже, на теплоходе «Армения», он развлекал в свободное от вахты время матросов, показывая им различные незатейливые фокусы. Он также мог одним прикосновением рук «снять» у любого из них головную боль.

Большое впечатление на подростка произвело увиденное им впервые цирковое представление, в программе которого выступал и артист-гипнотизер, легко погрузивший в сон нескольких зрителей. Тогда же Александр Романович раздобыл в городской библиотеке пару книг о гипнозе и возможностях внушения, буквально проштудировал их от корки до корки, а наиболее важные и значимые, по его мнению, выдержки из них старательно переписал в толстую общую тетрадь. Не исключено, что именно эти первые юношеские увлечения и опыты и сыграли решающую роль при выборе будущей профессии. Так или иначе, но в 1936 г., успешно сдав вступительные экзамены, Александр Довженко стал студентом Крымского государственного медицинского института в г. Симферополе.

Вполне возможно, что пример старшего брата оказал влияние и на судьбы двух младших – Николая и Владимира, поскольку оба они тоже стали дипломированными медиками, а в последующем – на сыновей, племянников, в том числе и внучатых, и племянниц. Например, Николай Романович многие годы был главным врачом Керченской городской станции переливания крови, а Владимир Романович, окончив институт, защитил диссертацию кандидата медицинских наук, получил ученое звание доцента и многие годы преподавал в том же вузе.



Фото на память с первыми учениками Республиканского наркологического психотерапевтического центра (г. Феодосия, Крым). Слева направо 1-й ряд: Гита Ильинична Резник, Александр Романович Довженко, Светлана Львовна Донская (Старцева); 2-й ряд: Сергей Степанович Яновский, Виталий Николаевич Добровольский, Эдуард Михайлович Абрамов, Борис Федорович Калиниченко, Александр Павлович Закревский

В годы учебы Александр Романович Довженко не только успешно овладевал знаниями, но и проявил многие другие свои способности: он активно участвовал в художественной самодеятельности, имея хорошие внешние данные и музыкальный слух, увлекся бальными танцами.

Тогда, при росте под два метра, он имел стройную спортивную фигуру и выглядел очень эффектно, кружась с дамой на паркете в венском вальсе или исполняя зажигательное аргентинское танго. Он настолько преуспел в бальной хореографии, что на старших курсах даже «подрабатывал» в сельских клубах и домах культуры в качестве учителя танцев. Получая за это вознаграждение в виде «натуроплаты» различными продуктами сельского хозяйства, «подкармливал» соседей по комнате в студенческом общежитии, чему они всегда были очень рады.

Забегая несколько вперед, отмечу, что любовь к высокому искусству Александр Романович сохранил на всю свою жизнь. Довольно часто бывая в крупных городах – Москве, Киеве, Харькове, он не упускал возможности попасть на цирковое представление или на спектакль в театр оперетты. Из музыки отдавал предпочтение классике, любил слушать старинные роман-

сы, народные песни. Кстати, он и сам довольно неплохо играл на фортепиано.

Еще один показательный факт из его жизни: будучи от природы очень общительным и доброжелательным, он в годы детства и юности почему-то так и не стал ни пионером, ни комсомольцем.

Тем не менее после успешного окончания учебы в 1941 г. А.Р. Довженко был назначен сразу на должность главного врача Джанкойской городской больницы, затем несколько лет работал на разных должностях в г. Цюрупинске Херсонской области, где «дослужился» до должности заведующего райздравотделом.

Вскоре после победоносного завершения Великой Отечественной войны, в 1948 г., Александр Романович возвратился в Крым. На этот раз местом постоянного проживания была избрана Феодосия, где он прожил более сорока лет. К тому времени доктор уже обзавелся семьей и ему как вновь назначенному главному врачу городского вендиспансера была предоставлена небольшая квартира в доме на улице Чапаева. В первом браке у доктора родился сын – Валерий, однако вскоре молодые супруги расстались. Вторая жена родила еще одного сына – Романа, но и этот брачный союз тоже вскоре распался. Со своей третьей женой, Людмилой Николаевной, Александр Романович прожил более 25 лет, детей в этом браке не было.

Хотя оба сына и дочь росли и воспитывались в разных семьях, отец постоянно заботился о них, оказывал необходимую помощь и поддержку и, несомненно, не без его влияния сыновья Валерий и Роман определились с выбором профессии. Оба окончили медицинские вузы, один – в Симферополе, другой – в Москве, и оба, овладев методом отца, продолжили его дело. В настоящее время Валерий живет и работает в Сочи, а Роман – в Киеве.

Кожно-венерологический диспансер

Итак, с 1948 г. доктор Александр Романович Довженко продолжил свой трудовой путь в Феодосии, в должности главного врача городского кожно-венерологического диспансера. Работая дерматологом, А.Р. Довженко убедился в высокой эффективности слова врача. Используя элементы психологической коррекции, успешно лечил у пациентов диспансера аллергические дерматозы, экзему, псориаз.



А.Р. Довженко принимает участие в дискуссии исследователей и практиков в Республиканском наркологическом психотерапевтическом центре (г. Феодосия, Крым)

Сразу следует отметить, что уже тогда его совершенно не привлекала административно-хозяйственная деятельность, он спокойно, можно даже сказать, безразлично относился к перспективам своего карьерного роста и мирился с работой в диспансере да еще и на «руководящей» должности только лишь потому, что она давала надежду в будущем улучшить свои жилищные условия.

И действительно, позже, в 1968 г., городские власти предоставили молодому главному врачу неплохую по тем временам трехкомнатную квартиру в новом двухэтажном доме № 4 по улице Вересаева. Все бы ничего, но фактически особого улучшения бытовых условий не произошло: в одной комнате Александр Романович поселил престарелую мать, другую заняла младшая сестра Елена вместе с мужем – Басихиным Михаилом Степановичем, в третьем разместился сам доктор с женой Людмилой. По сути, жили как в обычной коммунальной квартире, без горячей воды и газа. Кухня была настолько мала, что готовить в ней пищу или обедать приходилось по очереди.

Тем не менее в этой квартире Александр Романович с женой Людмилой и сестрой Еленой прожили более четырех десятков лет, до февраля 1995 г. Когда похоронили Наталью Никифоровну, маму доктора, в освобожденной комнате разместили его обширную библиотеку, которую он собирал и пополнял всю свою жизнь. Значительную часть книжной коллекции Александра Романовича составляли редкие, раритетные издания, лично приобретенные им в букинистических отделах книжных магазинов, в которые он всегда с большой охотой навещался во время многочисленных командировок. Кроме основной, врачебной работы, именно книги навсегда стали его «одной, но пламенной страстью». Ими были заполнены не только квартира, но и все подсобные хозяйственные помещения, вплоть до подвала дома и гараж. О главном увлечении А.Р. Довженко знали его многочисленные пациенты и ученики, часто дарившие ему книги, в том числе раритетные, уверенные, что от такого «подношения» знаменитый доктор будет не в силах отказаться.

В течение 13 лет, возглавляя феодосийский кожно-венерологический диспансер, старательно выполняя возложенные на него многочисленные обязанности руководителя, А.Р. Довженко окончательно убедился в том, что такая работа совершенно не подходит его творческой, стремящейся к поиску нового натуре. Психологическая коррекция некоторых кожных болезней укрепила его в мысли использовать свой дар для лечения социально значимых расстройств (алкоголизма, табакокурения) и психогенно обусловленных заболеваний. Особенно раздражала его необходимость заниматься в первую очередь не врачебной, профессиональной деятельностью, а постоянно решать рутинные хозяйственные вопросы, готовить различные отчеты и справки, регулярно отвечать на различные запросы городского отдела здравоохранения и даже регулярно присутствовать на совещаниях так называемого «партийно-хозяйственного актива» в городском комитете партии.

Руководители этого серьезного учреждения не однажды «заводили» с ним разговор о вступлении в ряды Коммунистической партии Советского Союза (КПСС), прямо заявляя, что его нынешний статус беспартийного может оказаться серьезным тормозом для продвижения по служебной «лестнице» или принятия решения о его поощрении и тем более возможного представления его к правительственной награде.

К этому следует добавить, что в те далекие годы партийная принадлежность руководителя учитывалась даже при решении вопроса о возмож-

ности его выезда за границу, независимо от того, служебная ли то командировка, либо обычная туристическая поездка.

И тем не менее убедить «строптивного» доктора так и не удалось. А сам он в «приватных» беседах не раз высказывался, что считает всякие «заседания», в том числе партийные собрания, всевозможные пленумы и конференции, пустой тратой времени. «Я врач, моя обязанность и главная задача – помогать больным, оздоравливать их, а не заниматься болтовней или с умным видом читать журнал “Политическое самообразование”». Подобные высказывания А.Р. Довженко, конечно же, не вызвали одобрения у партийного руководства города, формировали у его представителей негативное отношение к нему.

Портовая поликлиника

Была у доктора и другая причина для чувства недовольства своим положением – все годы работы в кожно-венерологическом диспансере он упорно занимался изучением специальной литературы и в частности – вопросов психосоматической медицины, психотерапии, гипнотерапии, различных народных, старинных методов. Тогда же А.Р. Довженко и пришел к своему главному выводу, что такая зависимость, как алкоголизм – это не просто «вредная привычка» человека, а тяжелое заболевание, которое тем не менее можно успешно излечивать нетрадиционным и безмедикаментозным методом – внушением, гипнозом и, самое важное, всего лишь в течение одного лечебного сеанса. Ранее ничего подобного в медицинской практике ни в СССР, ни за рубежом не было. Убедившись, что именно в этом состоит его предназначение, в октябре 1961 г., неожиданно для многих, Александр Романович, как говорят сейчас, «подал в отставку» и перешел с руководящей должности на должность рядового врача-дерматовенеролога в поликлинику морского торгового порта, в чем ему немало помог его хороший друг, Павел Яковлевич Винник, бывший в те годы начальником феодосийского морского порта. Именно тогда доктор и начал применять на практике свои первые сеансы по «снятию» алкогольной зависимости, проверяя разработанную им методику на портовых работниках. Делал это он в своем небольшом кабинете, проводя сеансы лечебного гипноза двум-трем желающим.

Очень скоро Довженко убедился, что его метод оказался необычайно эффективным, а пациентов, пожелавших избавиться от алкогольной зависимости, в таком крупном трудовом коллективе, как морской порт, было, как говорится, «хоть отбавляй».



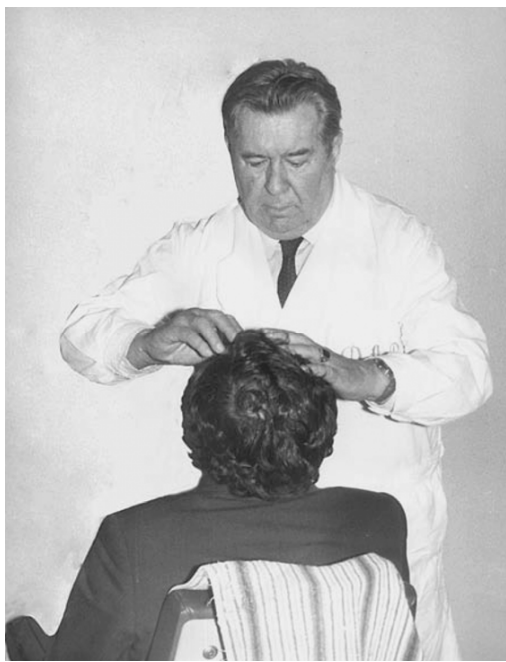
А.Р. Довженко перед докладом во Всесоюзном добровольном обществе борьбы за трезвость (Москва) [6]

Через некоторое время имя феодосийского чудо-доктора стало известным далеко за пределами Феодосии, туда потянулись из других городов страны десятки и даже сотни желающих попасть на сеанс к А.Р. Довженко. Лечебные сеансы доктор стал проводить в большом зале клуба порта.

Как это часто бывает, одновременно с популярностью у доктора появилось немало и недоброжелателей, и завистников среди медицинских работников всех рангов и местных городских чиновников, которых совсем не радовал приток приезжих алкоголиков. Доктора не раз называли аферистом, шарлатаном, в Феодосию зачастили проверяющие из различных «вышестоящих» инстанций.

К сожалению, на такой позиции оказались и руководители города, особенно из городского комитета партии во главе с бывшим первым секретарем Е.В. Костюком. Их особенно раздражала невозможность хоть как-то повлиять на строптивного доктора: он был беспартийным, а портовая поликлиника, где он официально числился на работе, прямо подчинялась Одесскому водздравотделу Черноморского пароходства. Усугубило ситуацию и то, что у доктора появились влиятельные защитники из числа высокопоставленных лиц в Киеве и даже в Москве, родственники или знакомые которых побывали на «лечении» у А.Р. Довженко. А вскоре материалы о нем стали печатать в периодической печати.

С самого начала своей «практики» Довженко завел строгий учет всех своих пациентов, а их с каждым днем становилось все больше.



«Закрепление кода» пациенту
проводит А.Р. Довженко [6]

В 1963 г. А.Р. Довженко на общественных началах создал в портовой поликлинике наркологический кабинет, действующий уже открыто, легально.

Сделанный анализ первых пяти лет его работы дал ошеломляющие результаты – до 90–95 % из числа побывавших на сеансе лечебного гипноза по методу Довженко освобождались от алкогольной зависимости и прекращали пьянствовать.

Но вскоре из-за многочисленных жалоб, поступавших в различные инстанции, наркологический кабинет при портовой поликлинике был закрыт, а десятки и сотни людей, прибывавших в Феодосию, вынуждены были обращаться теперь в феодосийский горисполком и горком партии.

В это трудное время поддержать доктора-новатора не побоялись такие руководители трудовых коллективов города, как новый начальник Морского торгового порта Юрий Павлович Большаков, генеральный директор крупнейшего судостроительного завода «Море» Леонид Семенович Астахов и другие. В числе сторонников А.Р. Довженко был и автор этой статьи, в то время заведующий отделом городского комитета партии.

Все это время Александр Романович проводил лечебные сеансы в различных «случайных» помещениях, часто выезжал в другие города. А в различные «высокие» инстанции теперь все чаще и чаще стали поступать устные и письменные обращения благодарных пациентов и их родственников с требованиями прекратить гонения на великого доктора и оказать ему необходимую помощь.

Республиканский наркологический психотерапевтический центр

И только в восьмидесятые годы прошлого столетия «лед наконец-то тронулся»! Александра Романовича заметили и поддержали ученые Харьковского научно-исследовательского института неврологии и психиатрии им. В.П. Протопопова [8]. Решительно встал на сторону феодосийского новатора министр здравоохранения Украины Анатолий Ефимович Романенко. В октябре 1980 г. его приказом в г. Феодосии создается Республиканский наркологический психотерапевтический центр Минздрава Украинской ССР, а Александр Романович Довженко утверждается его руководителем – внештатным научным сотрудником института. Для размещения нового центра феодосийские портовики выделили просторное помещение на первом этаже вновь построенного жилого дома 6 по улице Фурманова.

А вскоре произошли по-настоящему знаменательные события: Министерством здравоохранения СССР было принято решение о начале обучения врачей-наркологов из всех союзных республик по методу Довженко в феодосийском центре.

15 декабря 1984 г. Александра Романовича пригласили в Москву, где его приняли заместитель председателя Совета Министров СССР, председатель Госплана Советского Союза Николай Константинович Байбаков, а затем председатель Комитета партийного контроля при Центральном Комитете (ЦК) КПСС, член Политбюро ЦК партии Михаил Сергеевич Соломенцев. После переговоров в Москве было принято решение о передаче для размещения республиканского центра под руководством А.Р. Довженко более удобного и просторного помещения на «Даче Стамболи», расположенной в живописном старинном особняке на берегу моря. В этом здании Александр Романович работал с конца 1984 г. до последних дней жизни.



А.Р. Довженко (в центре) и сотрудники Республиканского наркологического психотерапевтического центра (г. Феодосия, Крым)

Как известно, Александр Романович Довженко удостоен высоких и почетных званий народного врача СССР и заслуженного врача Украины, а также многих правительственных наград, а его метод признан изобретением и ему было выдано авторское свидетельство, зарегистрированное в Государственном комитете СССР по делам изобретений и открытий [7].



Памятник А.Р. Довженко
в сквере напротив портовой
поликлиники в г. Феодосии
[<http://serg-klymenko.narod.ru>]

Именитые пациенты

По воле судьбы при жизни Александра Романовича автор не просто общался с ним, а стал другом, автор был вхож и в его семью, несколько раз сопровождал его в поездках в Москву по вызовам некоторых высокопоставленных персон. Хотя некоторые из них приезжали и в Феодосию. Приведу лишь один пример: в 1984 г. в центре Довженко побывала супруга второго человека в стране, секретаря ЦК КПСС Егора Кузьмича Лигачева. Она привезла с собой десятилетнего внука, страдавшего тяжелым аллергическим расстройством, переходящим в хроническую астму. Я был свидетелем того, как Александр Романович исцелил его в течение получаса общения. Иначе как чудо это невозможно было понять или объяснить. И таких примеров можно было бы привести очень много, но это уже, как говорится, другой разговор [<http://dialog33.ru/dov.html>].

В Феодосии Александр Романович прожил 47 лет. Февральским днем 1995 г. прощались с А.Р. Довженко. Умер доктор на 77-м году жизни, перенес два инсульта. Из клуба портовиков гроб с телом вынесли на мокрую от дождя пристань. Сигналы полусотен грузовых судов и траулеров

слились в один «крик». Доктора, долгие годы проработавшего в портовой поликлинике, провожали, как капитана. Деньги на скромные похороны собирали всем миром. Ни государство, ни вылечившиеся у Довженко «звезды» не дали ни копейки.

Литература

1. Абрамов Э.М. Владимир Андреев. – Симферополь : Крымучпедгиз, 2009. – 152 с. – (Сер. Ученики доктора Довженко ; вып. 1).
2. Абрамов Э.М. Ирина и Светлана Донские. – Симферополь : Крымучпедгиз, 2010. – 125 с. – (Ученики доктора Довженко; вып. 2).
3. Абрамов Э.М. Анатолий Артемчук. – Симферополь : Крымучпедгиз, 2010. – 207 с. – (Ученики доктора Довженко; вып. 3).
4. Абрамов Э.М. Александр и Артем Ляшенко. – Феодосия : Ухта : Вымпел, 2015. – 119 с. – (Ученики доктора Довженко; вып. 4).
5. Абрамов Э.М. Народный врач СССР : воспоминания об Александре Романовиче Довженко. – Феодосия, 2003. – 103 с.
6. Борисовский П.В. ДАР: Довженко Александр Романович – отец современного метода «кодирования» от алкоголизма. М., 2012. – 109 с.
7. Довженко А.Р. Авт. свид. 1165392А СССР. МПК А61Н 39/04. Способ А.Р. Довженко лечения хронического алкоголизма / Харьков. науч.-исслед. ин-т неврологии и психиатрии им. В.П. Протопопова. – № 2969611/28-13, заявл. 01.08.1980 ; опубл. 07.07.1985, Бюл. 25.
8. Довженко А.Р. Организация, стрессотерапии больных алкоголизмом в амбулаторных условиях (опыт работы) : метод. рекомендации / отв. за вып. П.В. Волошин ; Минздрав СССР [и др.]. – М., 1984. – 12 с.

Поступила 13.09.2017

Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Для цитирования Абрамов Э.М. Спешите делать людям добро: 100-летию со дня рождения психотерапевта Александра Романовича Довженко посвящается // Вестн. психотерапии. 2017. № 64 (69). С. 8–24.

HURRY TO MAKE PEOPLE FEEL GOOD: THE 100TH ANNIVERSARY OF THE PSYCHOTHERAPIST ALEXANDER ROMANOVICH DOVZHENKO

Organization of the Union of Writers of Russia in the Republic of Crimea and Sevastopol (Vorovskogo Str., 34, Simferopol, Republic of Crimea, Russia)

Eduard Mihajlovich Abramov – poet, writer, public figure, Organization of the Union of Writers of Russia in the Republic of Crimea and Sevastopol (Vorovskogo Str., 34, Simferopol, Republic of Crimea, 295053, Russia).

Abstract. The main periods of the life of Alexander Romanovich Dovzhenko, the People's Doctor of the USSR and prominent psychotherapist (1918-1995) are presented. A.R. Dovzhenko was born on March 29, 1918 in Sevastopol in a simple working family. He graduated from the Crimean State Medical Institute (Simferopol). Since 1948, the life and creative development was connected with the city of Feodosiya (Crimea). Working as a dermatologist and using elements of psychological correction, A.R. Dovzhenko successfully treated patients with allergic dermatosis, eczema, psoriasis. In 1980, the Republican narcological psychotherapeutic center of the Ministry of Health of the Ukrainian SSR was established. The method of treating patients with addictions, which was developed and approved by A.R. Dovzhenko, was recognized in the USSR. As the director of the center, A.R. Dovzhenko trained more than 150 students who currently work in Russia, Ukraine and other countries.

Keywords: psychotherapy, stress psychotherapy, addiction, alcoholism, drug addiction, Alexander Romanovich Dovzhenko, Feodosiya.

References

1. Abramov E.M. Vladimir Andreev. Simferopol'. 2009. 152 p. (Seriya Ucheniki doktora Dovzhenko [Series The Disciples of Dr. Dovzhenko] ; Issue 1). (In Russ.)
2. Abramov E.M. Irina i Svetlana Donskie. Simferopol'. 2010. 125 p. (Seriya Ucheniki doktora Dovzhenko [Series The Disciples of Dr. Dovzhenko] ; Issue 2). (In Russ.)
3. Abramov E.M. Anatolii Artemchuk. Simferopol'. 2010. 207 p. (Seriya Ucheniki doktora Dovzhenko [Series The Disciples of Dr. Dovzhenko] ; Issue 3). (In Russ.)
4. Abramov E.M. Aleksandr i Artem Lyashenko. Feodosiya : Ukhta. 2015. 119 p. (Seriya Ucheniki doktora Dovzhenko [Series The Disciples of Dr. Dovzhenko] ; Issue 4). (In Russ.)
5. Abramov E.M. Narodnyi vrach SSSR : vospominaniya ob Aleksandre Romanoviche Dovzhenko [People's Doctor of the USSR: memories of Alexander Romanovich Dovzhenko]. Feodosiya. 2003. 103 p. (In Russ.)
6. Borisovskii P.V. DAR: Dovzhenko Aleksandr Romanovich – otets sovremen-nogo metoda «kodirovaniya» ot alkogolizma [DAR: Dovzhenko Alexander Romanovich – the father of the modern method of "coding" from alcoholism]. Moskva. 2012. 109 p. (In Russ.)
7. Dovzhenko A.R. 1165392A SU, IPC A61H 39/04. Sposob A.R. Dovzhenko lecheniya khronicheskogo alkogolizma [A.R. Dovzhenko's Method of Treatment of Chronic Alcoholism]. Application N 2969611/28-13, 01.08.1980 ; published 07.07.1985, bulletin 25. (In Russ.)
8. Dovzhenko A.R. Organizatsiya, stressoterapii bol'nykh alkogolizmom v ambulatornykh usloviyakh (opyt raboty) [Organization of Stress Therapy of Patients with Alcoholism in Outpatient Settings (Work Experience)]. Ed. P.V. Voloshin. Moskva. 1984. 12 p. (In Russ.)

Received 13.09.2017

For citing. Abramov E.M. Speshite delat' lyudyam dobro: 100-letiyu so dnya rozhdeniya psikhoterapevta Aleksandra Romanovicha Dovzhenko posvyashchaetsya. *Vestnik psikhoterapii*. 2017. N 64. P. 8–24. **(In Russ.)**

Abramov E.M. Hurry to make people feel good: the 100th anniversary of the psychotherapist Alexander Romanovich Dovzhenko. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2017. N 64. P. 8–24.

СЛОВО УЧЕНИКА ОБ УЧИТЕЛЕ – АЛЕКСАНДРЕ РОМАНОВИЧЕ ДОВЖЕНКО

Международная ассоциация по изучению резервных возможностей человека
(Россия, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11)

Представлен творческий путь видного психотерапевта, народного врача СССР и заслуженного врача Украинской ССР Александра Романовича Довженко. С 1948 г. А.Р. Довженко жил и работал в г. Феодосия (Крым). Работая дерматологом, Александр Романович убедился в благотворном влиянии психотерапевтических приемов при лечении психогенно обусловленных дерматозами, что подвигло его на создание оригинального метода лечения психических расстройств и в первую очередь патологических зависимостей. В конце 1970-х гг. пришло официальное признание способа лечения. В 1980 г. при поликлинике морского торгового порта создан наркологический психотерапевтический кабинет. С 1982 г. он был реорганизован в Республиканский наркологический психотерапевтический центр Минздрава Украинской ССР, который возглавил А.Р. Довженко. С 1984 г. начинается обучение врачей эффективному методу лечения.

Представлены основные методические аспекты способа лечения больных алкоголизмом, разработанные А.Р. Довженко. Приведен список здравствующих учеников А.Р. Довженко.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, стрессовая психотерапия, психотерапевтическое кодирование, психиатрия, наркология, аддикция, Александр Романович Довженко.

Александр Романович Довженко родился 29 марта 1918 г. в г. Севастополь, в семье моряка, и сам в юношеские годы ходил по Черному морю на морских судах в должности кочегара-матроса и на всю жизнь сохранил любовь к морю.

Став студентом Крымского государственного медицинского института им. И.В. Сталина в 1936 г. (г. Симферополь), он не ограничивается учебной программой, знакомится с работами В.М. Бехтерева, И.П. Павлова, З. Фрейда по анализу высшей нервной деятельности человека. Много внимания и времени уделял Александр Романович углубленному изучению отечественной и восточной народной медицины, познакомился с траволече-

✉ Андреев Владимир Александрович – врач-нарколог, психотерапевт
Междунар. ассоц. по изучению резервных возможностей человека (Россия, 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11), индивидуальный предприниматель
(Россия, 298112, Республика Крым, г. Феодосия, бул. Старшинова, д. 12, кв. 125), e-mail: dovzhenkomuseumandreev@yandex.ru.

нием и гомеопатией.

Как вспоминают его родные, в общезнании, где у студентов всегда был порядок в комнатах и администрация не разрешала держать посторонние вещи, у него всегда под кроватью стоял огромный чемодан, полный книг [1]. И даже на лекции он приходил со стопкой книг, которые клал рядом на скамейку. Эта любовь к книгам у него сохранялась на всю жизнь.

Окончив Крымский медицинский институт и получив диплом врача, он работал практическим врачом в городах Джанкое, Цюрупинске, Херсоне, Черновцах, Каменке-Днепровской Запорожской области, в г. Феодосия, где провел 47 лет. Исполняя свои непосредственные обязанности, Александр Романович настойчиво экспериментировал, разрабатывал наиболее эффективную систему лечения больных. Он освоил более 10 медицинских специальностей: был гомеопатом, терапевтом, гинекологом, дерматологом, невропатологом, педиатром, педагогом в медицинском училище, читал лекции. Социальный заказ переориентировал его врачебную деятельность на борьбу с алкоголизмом, наркоманиями, курением. Свой оригинальный метод лечения он стал разрабатывать еще в первые послевоенные годы.

Неудовлетворенный результатами официальной медицинской помощи, ее низкой эффективностью в лечении перечисленных заболеваний, А.Р. Довженко искал свои пути, изучая народные средства и методы лечения. Познакомился с «травниками» и знахарями. Переписывал их рецепты, анализировал приемы целительства.

Разочарование в существующих в то время методах фармакотерапии определило у А.Р. Довженко интерес к психологическим методам лечения. Например, работая в городском кожно-венерологическом диспансере Феодосии, он мог часто наблюдать, что не очень большой арсенал медикаментов при лечении при кожных заболеваниях имел не столько фармакологическое, сколько психотерапевтическое действие (плацебо-эффект).

К сожалению, в доступной научно-популярной и научной литературе не акцентируется внимание, почему главный врач городского кожно-венерологического диспансера становится простым врачом дерматологического кабинета портовой поликлиники г. Феодосия. Указывается только факт послужного списка биографии.

На самом деле, анализируя результаты лечения больных, страдающими психогенными дерматозами (экзема, псориаз, крапивница и т. д.) и оценивая отдаленные результаты своего труда, Александр Романович стал оттачивать словесные формулы внушения, которые «проникали в душу» пациентов. Без лабораторий и дорогостоящей аппаратуры он находил та-

кие средства воздействия (слова, взгляды, жесты и проч.), которые оказывались значительными для пациента на уровне сознания и подсознания, интеллекта и эмоций. А.Р. Довженко обнаружил, что он способен помочь больному увидеть свою болезнь со стороны и тем самым найти силы для ее преодоления. В том числе используя поддержку семейного и социального окружения, которое должно создать вокруг больного обстановку, исключая возможность лично ориентированных психогенно обусловленных ситуаций.

Наблюдая отдаленные результаты лечения больных при помощи условно-рефлекторных методик и сенсibiliзирующих средств, Александр Романович отметил, что многие варианты психотерапевтического воздействия обязательно включают элементы эмоции страха. На это в своих работах указывал и А.А. Портнов [6]. На сегодняшний день стало ясно, что у большинства пациентов с патологическими зависимостями системообразующим механизмом лечения является не страх, а устранение ведущего симптома – снятие болезненного влечения к психоактивному веществу. Более того, если в эмоциях будет длительное время присутствовать страх, то у человека могут возникать соматоформные расстройства. Однако избавиться от эмоции страха пациенту не представляет особого труда – пришел к психотерапевту и снял у него кодирование (зарок).

К нему на прием шли больные с различными заболеваниями, среди них было очень много пациентов с проблемами патологических зависимостей, в первую очередь с алкоголизмом, а результаты его лечения были впечатляющими – у значительного числа больных тяга к алкоголю уменьшалась и исчезала. Александр Романович в помощи никому не отказывал и, вопреки принятому, информацию о пролеченных у него пациентах в госструктуры не подавал. В облаках не витал, работал, фактически заменив огромный коллектив медработников. Он стал пионером оказания амбулаторной помощи пациентам с зависимостями одномоментно, без госпитализации, за 1 день, благодаря чему сэкономил государству триллионы советских рублей.

Сотрудник и друг А.Р. Довженко юрисконсультант психотерапевтического центра Э.М. Абрамов отмечал: на сеансы попадали единицы, а за воротами стояли толпы. На железнодорожном вокзале то и дело спрашивали: «Как найти Довженко?». Поскольку в городе находились предприятия оборонного значения, официальные власти были недовольны: в Феодосию со всей страны приезжали алкоголики. Он лечил портовых рабочих и спившихся бомжей, детей министров и знаменитых актеров, послов и кос-

монавтов. Нередко неимущим людям покупал обратные билеты на поезд, давал деньги на продукты. Больные и их родственники доктора любили, а завистники и чиновники ненавидели. Во все инстанции шли письма: «Сотрудники центра берут с больных деньги». Шла волна проверок, которыми занимались и милиция, и прокуратура [1].

В тот период в городской газете «Победа» бюрократами от медицины и недоброжелателями проводилась травля врача-новатора. Потребовались твердая воля, выносливость, терпение и настойчивость в достижении цели, видение перспективы, мудрость человека с большим жизненным опытом и работа, работа, работа... Значительно помогла и своевременная поддержка друзей – в 1960 г. он с должности главного врача городского кожно-венерологического диспансера перешел в портовую поликлинику на должность врача-дерматовенеролога.

Ходили слухи о баснословном богатстве врача. Жил он с 1948 по 1967 г. в старом доме, в квартире площадью 30 м², а затем в двухэтажном доме сталинской постройки (квартира в 46 м²) до самой смерти (47 лет). В трех комнатах квартиры, кроме доктора и жены, жили еще его мать и сестра с мужем. Э.М. Абрамов и В.А. Андреев вспоминали, что всякий раз, бывая у Романыча в гостях, удивлялись тому, как скромно он живет, с каким трудом он и семья сестры размещаются за обеденным столом в крохотной кухне. А доктор, казалось, вообще не замечал неудобств. Все время он проводил на работе, дома только спал, да и то, как он выражался, «на книгах» [1, 2].

Следует отметить, что в СССР лечение алкоголизма формировалось по принципу: амбулаторная помощь, стационарное лечение (в психоневрологических и наркологических стационарах и больницах, в стационарах с трудовым режимом при промышленных предприятиях) и принудительное лечение в лечебно-трудовых профилакториях и исправительно-трудовых колониях. Однако эффективность лечения пациентов в лечебно-трудовых учреждениях была низкой и сопровождалась высокими рисками рецидивов.

В целях улучшения работы медицинских комиссий по освидетельствованию больных хроническим алкоголизмом и наркоманиями для направления их на принудительное лечение в лечебно-трудовые профилактории Минздравом СССР был издан приказ от 13.12.1977 г. № 1108, где обращено особое внимание на выполнение постановления пленума Верховного суда СССР от 24.12.1975 г. № 6, обязывающего медицинские комиссии указывать рекомендуемый срок принудительного лечения, исходя из оценки тяжести заболевания освидетельствуемого.

Пациент, попавший на диспансерный учет, был определенно поражен в правах. Это привело к тому, что социально сохранные лица стали предпочитать лечиться анонимно. Но при недостаточном осознании серьезности заболевания больные не прислушивались к рекомендациям врача о необходимости проведения реабилитационных курсов лечения, что также давало недостаточно высокую эффективность лечения. На этом фоне полезность метода А.Р. Довженко была фантастической, что никак не могли принять многие маститые ученые и администраторы медицины того времени. Больные после проведенного лечения в течение всего срока кодирования не употребляли алкоголь, а некоторые и после окончания срока кодирования.

Долгое время официальная медицина метод А.Р. Довженко по лечению алкоголизма, наркомании и табакокурения воспринимала крайне негативно. В том числе и по причине нечестной конкуренции. П.В. Борисовский, со слов Александра Романовича, писал [3], что руководитель Всесоюзного центра по психотерапии Минздрава СССР проф. В.Е. Рожнов (1918–1998 гг.) разрабатывал свою методику лечения алкоголизма с названием, идентичным названию метода Довженко, – стрессопсихотерапия. Этот видный психотерапевт обратился к простому периферийному врачу без всяких научных степеней с предложением объединить их метод. Понятно, что под руководством самого Рожнова – непрерываемого ученого и научного светила в этой области. А.Р. Довженко отклонил это «заманчивое» предложение, прекрасно понимая, какие за этим последуют санкции. Александр Романович потом рассказывал: «Мне было лестно внимание такого крупного и настоящего ученого, но мой метод от начала и до конца противоречит всем официальным наркологическим канонам, на защите которых и стоит главный психотерапевт страны...».

Александр Романович продолжал заниматься терапией хронического алкоголизма параллельно с исполнением обязанностей дерматовенеролога. К началу 1980-х гг. им были пролечены более 100 тыс. пациентов, по самым скромным подсчетам, за счет групповых сеансов. Эффективность лечения повышалась, информация о А.Р. Довженко и его методе распространилась по всему СССР и за рубежом.

Между тем В.Е. Рожнов написал разгромное письмо министру здравоохранения СССР Е.И. Чазову о вредности и опасности внедрения метода Довженко в наркологическую практику. Затем в борьбу за «чистоту рядов» включился директор Всесоюзного научного центра наркологии проф. Н.Н. Иванец. В итоге во всей наркологической службе страны Довженко объявили шарлатаном, а его метод – чистой профанацией, рекламным

трюком и проч. [3].

В 1979–1980 гг. сотрудники Харьковского научно-исследовательского института неврологии и психиатрии им. В.П. Протопопова использовали метод Довженко. Выбор больных был случайным. Получили ошеломляющие результаты: стойкая ремиссия была у 95 % больных за 1 год наблюдения, 70–75 % пролеченных больных – через 3 года. И это при 5–15-процентной эффективности официальных медикаментозных методов лечения в учреждениях здравоохранения в течение 1-го года наблюдения. Механизм метода Довженко был научно обоснован группой ученых института во главе с профессорами Т.М. Воробьевой и Н.К. Липгарт. Лечебная методика А.Р. Довженко наконец-то получила официальное признание и одобрение в самых высоких научных инстанциях Украины и в Минздраве СССР.

После таких результатов начальник Черноморского водздравотдела направил письмо председателю Феодосийского горисполкома с просьбой оказать помощь в организации на постоянной основе на базе Феодосийской поликлиники моряков психотерапевтического кабинета. Было предложено выделить ему 5-6 комнат, укомплектовать его кадрами, снабдить необходимой аппаратурой и инвентарем. В 1980 г. был создан наркологический психотерапевтический кабинет при поликлинике торгового порта, который возглавил А.Р. Довженко. Высокая результативность метода стала известна некоторым работникам госаппарата (заместитель председателя Совета Министров СССР, председатель Госплана СССР Н. К. Байбаков, министр Минздрава УССР А.Е. Романенко и др.), озабоченных чрезмерной алкоголизацией населения СССР и связанными с этим экономическими потерями государства.

В 1982 г. в г. Феодосия (Крым) наркологический психотерапевтический кабинет при поликлинике торгового порта был преобразован (реорганизован) в Республиканский наркологический психотерапевтический центр Минздрава Украинской ССР, со времени образования и до ухода из жизни в 1995 г. его бессменным руководителем был А.Р. Довженко.



В кабинете руководителя Республиканского наркологического психотерапевтического центра («Дача Стамболи», г. Феодосия, Крым)

В 1985 г. наконец-то было выдано авторское свидетельство на заявку, поданную в 1980 г. во Всесоюзный научно-исследовательский институт государственной патентной экспертизы, на способ А.Р. Довженко лечения алкоголизма [4]. В 1984 г. для информирования врачебной общественности были изданы методические рекомендации о методе стрессовой психотерапии по А.Р. Довженко. К сожалению, они стали библиографической редкостью, а некоторые лжеученики стали их трактовать достаточно вольно. Приводим основные положения этих рекомендаций [5].

Показания к лечению. Применение стрессопсихотерапии показано всем больным хроническим алкоголизмом, которые высказывают добровольное желание лечиться, имеют установку на лечение данным методом и явились к врачу в трезвом состоянии, с не менее чем 2-недельным воздержанием от спиртных напитков. Длительность и характер злоупотребления алкогольными напитками, стадия болезни, кратность рецидива, качество предшествующих терапевтических ремиссий не являются определяющими показателями при отборе больных на лечение, но учитываются при проведении психотерапевтического сеанса и определяют его содержание, направленность, форму и др.

Абсолютными противопоказаниями к применению методики являются делириозное, аментивное и другие нарушения сознания; состояние

опьянения или выраженной абстиненции; гипертонический криз, выраженная сердечно-сосудистая недостаточность и ряд неотложных состояний.

Этапы лечения. Несмотря на небольшую продолжительность лечебного процесса (весь сеанс проводится в течение 3-4 часов), методика предусматривает определенную этапность. Каждый этап преследует свои задачи, а психотерапевтическое воздействие различается по форме, направленности и содержанию.

1-й этап (подготовительный) характеризуется применением косвенной (опосредованной) суггестии. Она оказывается другими больными, прошедшими курс лечения; прессой; близкими пациента и медицинскими работниками, выдавшими направление на лечение; врачами (терапевт, невропатолог, нарколог) и средним медперсоналом в период заполнения медицинской документации и предварительного обследования; желательно в определенные дни недели – с понедельника по четверг, если следующий непосредственно лечебный этап проводится 1 раз/нед по пятницам, либо в другие дни при большем числе установленных лечебных дней; самой обстановкой и оформлением медицинских кабинетов, зала ожидания (стенды, фотографии, письма больных, отзывы и др.).

Тщательно собранный анамнез, консультативный осмотр невропатологом, терапевтом позволяют уже при первой встрече выяснить не только клинические особенности течения алкоголизма, но и наличие сопутствующих заболеваний, степень сохранности личности, характерологические особенности больных, выраженность установок на лечение и др.

Кульминацией вводного этапа является встреча с врачом-психотерапевтом – с личностью, по мнению больного, несомненно окажет ему необходимую помощь. Завершением первого этапа является подтверждение больным принятия всех условий врача, в том числе необходимости полного 2-недельного и более воздержания от приема алкогольных напитков.

Больному даются разъяснения, что применение метода возможно только при условии полного отсутствия алкоголя и продуктов его превращения в организме. До его сведения доводится, что перед главным этапом лечения – «кодированием» будут проведены специальные пробы на алкоголь, по которым врач четко определит, пил ли больной в течение установленного срока.

2-й этап (лечебный) включает коллективно-групповое занятие в течение 2-2¹/₂ ч в строго установленные дни недели. На передний план выступает рациональная психотерапия, основные положения которой, куль-

минационные моменты завершаются эмоционально-волевыми императивными суггестиями с элементами драматизации, ритуальными действиями.

Количество членов группы не должно превышать 20–25 человек. Увеличение их численности нецелесообразно, так как это затрудняет контакт врача с больными, контроль за ними, лишает его возможности вводить элементы индивидуальной суггестии, держать в течение занятия всех пациентов в поле зрения, поддерживать активность их внимания.

Помещение, где проводится занятие, должно быть специально оформлено и создавать у пациентов ощущение необычности, торжественности, подчеркивать и иллюстрировать исключительные возможности психотерапевта. Появление врача, манера его поведения также должны быть продуманно-эффективными, содержательными.

Этот этап характеризуется ярко выраженными элементами театрализации. Он представляет собой торжественное, ритуализированное «действие» – вхождение в новую, «чистую жизнь», «без капли спиртного», которую с этого момента начинает больной.

Классическая форма гипнотизации не проводится, больные находятся в бодрствующем состоянии. Им предлагают расслабиться, принять удобные позы и внимательно, не отрываясь, смотреть на переносицу врача. При этом возникает состояние легкой гипноидности, на фоне которой производятся мотивированные императивные внушения.

Решающим является четко продуманная динамика занятия, определенная последовательность и повторяемость суггестий, нарастание элементов драматизации. Всё 2-часовое занятие – это, по существу, монолог врача, убеждающего, разъясняющего и предостерегающего больного, укрепляющего веру в выздоровление и открывающего конкретные пути для этого.

Для усиления психотерапевтического действия этих примеров, а также другой, наиболее важной информации, они повторяются, практически в одной и той же форме с небольшими вариациями. Эти суггестивные повторы создают своеобразную динамику сеанса, когда наиболее важные формы суггестии произносятся неоднократно, в определенном порядке, как заключение отдельных психотерапевтических построений, смысловых блоков.

Следующей, последовательно возникающей задачей психотерапевта является конкретное объяснение, каким образом больной будет избавлен от пагубного пристрастия, в чем заключается сущность метода лечения. Здесь, в условно-научной форме, врач разъясняет содержание следующего,

третьего этапа методики – «кодирование». До сведения больных доводится, что волей врача, суггестивными приемами, «гипнотическим воздействием», определенными физиогенными манипуляциями у них в мозгу формируется устойчивый очаг возбуждения (типа «бодрящего очага» по Павлову), который с момента «кодирования» будет контролировать их поведение в течение выбранного срока («год», «три», «всю жизнь»).

При этом допустимо сравнение «гипнотического очага» с часовым механизмом, взрывателем и т. д. У больного формируется сознание неотвратимости смерти при несоблюдении сроков «кодирования». Аналогичные приемы нередко используются в народной медицине.

Категорическая установка на воздержание на 1-м этапе позволяет во время группового занятия легче пробиться через алкогольную анозогнозию, которая обычно подавляет страх. Это делает возможным пустить в ход «молоток страха» – страх смерти в случае нарушения «кода» и страх продолжения такой жизни, отвратительные картины которой преподносят больному в эмоционально-суггестивной форме.

Такая мощная танатофобическая суггестия возможна только в клинике алкоголизма, и только особенности измененной личности пациента делают ее допустимой.

Несомненно, что семантическим ядром методики является формула внушения, заключающаяся в том, что «не твоя – больного, а моя – психотерапевта воля избавляет тебя от недуга». Это принципиально отличается от традиционной психотерапевтической установки при лечении алкоголизма – использование воли самого пациента для преодоления болезни.

«Устрашение» как психотерапевтический прием с эмоциональной психологизацией возможных последствий для здоровья и даже жизни при невыполнении пациентом воли врача никогда не приводит больного алкоголизмом к «психической травматизации» или подавлению его как личности. Напротив, мобилизует его переход к полной трезвости, разумеется, если больной находится в определенных границах клинических проявлений алкоголизма. На принципе «устрашения» основаны и курсы сенсibiliзирующего лечения алкоголизма: хирургическая, подсадка препаратов «Эспераль», «Радотер», внутримышечное введение абрифиды, прием тетурама внутрь.

Приняв волевое решение о необходимости лечения, определив самостоятельно минимальный срок полного воздержания от алкоголя (иллюзия свободы), больной полностью доверяется врачу и беспрекословно следует его указаниям. Как показывает опыт, устранение фиксации личности на

борьбе с желанием выпить приводит к дезактуализации этого желания, полному исчезновению влечения к алкоголю. Формирование уверенности у пациента в том, что он может в любое время прервать ремиссию, явившись к врачу с просьбой о «раскодировании», поддерживает иллюзию свободы, уменьшает выраженность субъективно тягостных переживаний и ощущений в начальном периоде воздержания.

Применение термина «код», «кодирование» в психотерапевтической практике правомерно и обосновано эмоционально-привлекательной значимостью этого понятия, его широким распространением в современном мире (генетический код, код наследственности и др.) и, в то же время, неоднозначностью толкования, таинственностью. Его легко связать как с современными достижениями медицинской науки, так и практикой народной медицины. Опусредуя и суггестируя понятие «код», давая конкретное, условно-научное объяснение процесса «кодирования», подкрепляя его непонятными физическими (стрессовыми) манипуляциями, врач заставляет больного поверить в реальность и неотвратимость лечебного вмешательства.

Подчеркивая необходимость полного воздержания от приема спиртного и неотвратимость «наказания» в случае нарушения этого условия, некоторым больным сообщаются утешительные сведения, что через 10–15 лет они смогут иногда в дружеском застолье употребить какое-то количество спиртного, как любой здоровый человек.

Наряду с примерами полного излечения, по типу противопоставления, больным сообщается о смертельных исходах при употреблении спиртных напитков в период действия «кода».

Некоторым пациентам могут быть известны случаи нарушения запрета, естественно, не повлекшие за собой гибели больного. Необходимо подчеркнуть неотвратимость «срабатывания кода» в более позднем периоде (инсульт, инфаркт миокарда и др.) и необходимость быстрее «раскодирования» этих лиц.

Заключительные внушения этого этапа проводятся примерно следующим образом: «Вы теперь полностью осведомлены об опасности нарушения сроков, в течение которых действует код. У вас есть два выхода: отказаться от лечения и вернуться к своему пьянству или пролечиться и начать новую жизнь. Третьего не дано. Вы сами должны принять обдуманное решение о сроке кодирования: на 1 год, 2 с половиной, навсегда. Оно будет осуществлено согласно вашей свободной воле; нарушение его – грозит катастрофой!».

В конце занятия врач отвечает на все возникшие вопросы, разрешает сомнения некоторых больных.

3-й этап (ключительный) лечения состоит в проведении физических манипуляций и психотерапевтического ритуала непосредственного «кодирования» больных алкоголизмом, т. е. представляет собой материализацию внушений. Он осуществляется в отдельном кабинете, индивидуально с каждым больным. Оформление кабинета должно способствовать возникновению состояний напряжения и тревоги у пациентов, ожидания «специальных» манипуляций, которые освободят их от недуга.

Больной допускается к этой процедуре только после дачи расписки следующего содержания: «Я, (Ф. И. О.), предупрежден лечащим врачом о тех опасных для жизни последствиях, которые могут возникнуть в случае употребления мною алкогольных напитков раньше, чем закончится срок кодирования. Я обязуюсь не употреблять никаких спиртных напитков, даже в минимальных дозах, до окончания срока кодирования или момента раскодирования врачом по моей просьбе.

Буду строго выполнять все предписания и рекомендации лечащего врача». Здесь же больной указывает срок кодирования.

Таким образом, длительность абсолютного воздержания от приема алкоголя определяет сам пациент, но любой, даже минимальный (годовой) срок получает одобрение врача. Расписка пишется от руки, самостоятельно, по официальному образцу. Типографским способом должно быть набрано только слово «Расписка» на специальном бланке. Этот документ имеет не столько юридическое, сколько психотерапевтическое значение.

Начинается завершающее императивное внушение, которое осуществляется на фоне зрительной депривации (путем одномоментного принудительного закрытия глаз ладонью врача) и воздействия на вестибулярный аппарат (путем резкого забрасывания головы назад). Затем производится кратковременное и энергичное раздражение тройничного нерва в точках выхода (зоны Валле).

Анатомическими ориентирами точек выхода тройничного нерва (точки Валле) являются: у верхнего внутреннего края глазницы; под глазницей – переднего края нижней челюсти. Оно осуществляется энергичным пальцевым давлением в этих зонах в течение 2–5 с до ощущения боли. Несколько секунд спустя, в положении с широко открытым ртом, больному мощной струей плацебо-препарата производится орошение зева и глоточного пространства, что сопровождается различными вегетативными нарушениями (поперхивание, кашель, тахикардия, слюнотечение и др.). Для

этой цели используется хлорэтил, ампула которого обернута черной бумагой с эмблемой «смертельно опасно». Орошение производится в течение 1–2 с, при этом расходуется всего 0,2–0,3 мл препарата.

Больному предлагается сразу же прополоскать рот водой. Процедура кодирования длится 2–4 мин. Необходимо отметить, что зона носоглотки обильно снабжена нервными окончаниями, сосудистой сетью и играет важную рефлексогенную роль, еще не до конца раскрытую современной медициной.

В ходе проведения манипуляционных процедур речь должна быть лаконичной и точной, отрывистой и громкой. Формула внушения следующая: «А сейчас я закладываю в ваш мозг специальный код. Он будет контролировать ваше поведение, ваше отношение к спиртным напиткам. С этого момента вы не имеете права употреблять любые алкогольные напитки. Любые дозы спиртного на время действия “кода” опасны. Нарушение запрета приведет вас к смерти».

Объективно испытывая необычные ощущения, находясь в условиях зрительной депривации и ограничения ориентировки, больной кратковременно впадает в состояние напряженного ожидания (стресс ожидания). Критика в этот период, как правило, отсутствует. Больной полагает, что в его психику, «в каждую клеточку мозга», «в сознание и подсознание» уже заложено (или будет заложено) что-то весьма существенное и важное, которое по принципу действия взрывателя обязательно сработает при употреблении спиртного.

Происходящий за закрытыми дверьми процесс «кодирования» продолжает своей «таинственностью» и значительностью суггестировать ожидающих. Выходящие из кабинета больные тотчас покидают помещение. Очаг возбуждения, возникающий вследствие психотерапевтической «обработки» больного и выше отмеченной процедуры «кодирования» в отрицательных эмоциогенных структурах мозга вступает в конкурентные взаимоотношения с патологической интеграцией влечения к алкоголю и по механизмам доминанты блокирует это влечение. По-видимому, этим и объясняется развитие полного безразличия к алкогольным напиткам у больных уже по окончании процедуры «кодирования» и отсутствие влечения к спиртному в отдаленном периоде лечения. Специальный анализ отдельных случаев рецидива заболевания позволил установить, что причиной срыва явилось не влечение к спиртному, а различные экстремальные ситуации – «с женой поругался, хотел умереть...» и т. д.

При «кодировании» на минимальный срок, но не менее 1 года, больной получает возможность выработать способы психологической защиты, прежде всего от привычного пьющего социального микроокружения. Этого срока вполне достаточно для нормализации семейных отношений, нарушенных межличностных контактов, восстановления достойного положения в производственном коллективе.

Поэтапные рекомендации врача больному и его родственникам на весь период действия «кода» отражены в специальной памятке и выдаются после окончания лечения. Через год больные приглашаются на повторное «кодирование», которое, как правило, производится на 4-5 лет, а иногда – на «всю жизнь».

Полученные больным памятка и справка являются как бы связующим звеном, вещественными доказательствами проделанной процедуры лечения.

Методика, разработанная и применяемая автором, является разновидностью эмоционально-стрессовой психотерапии больных алкоголизмом. Она представляет собой рациональное сочетание психотерапевтических приемов, обращенных прежде всего к личности больного и материализованных рядом физиогенных воздействий. Эффективность методики в значительной мере определяется тем, что она представляет собой комплекс непрерывно следующих друг за другом приемов, повышающих внушаемость пациента как на предварительных (психическая индукция и сенсбилизация), так и на завершающих (физиогенные манипуляции) этапах психотерапевтического процесса. При этом вне гипноза как такового создается достаточно прочная доминанта в форме полного исчезновения влечения к алкоголю при одновременной актуализации, по принципу положительной индукции (в психологическом смысле), социально ценных тенденций личности.

В октябре 1984 г. началась практическая подготовка учеников Александра Романовича. Предварительно первые группы обязательно проходили стажировку в Харьковском научно-исследовательском институте неврологии и психиатрии им. В.П. Протопопова. Будущие ученики Довженко в течение 2 мес слушали лекции и получали практические знания у ведущих специалистов института и лишь после этого в г. Феодосию прибыла группа первых учеников в составе: А.Ф. Артемчука, В.Н. Добровольского, П.В. Задорожного (г. Харьков), С.Л. Донской (г. Минск), Б.Ф. Калиниченко (г. Донецк), Г.И. Резник (г. Кишинёв) и С.С. Яновского (г. Симферополь), которые проходили обучение в Феодосии 3 мес, а некоторые приезжали

дополнительно еще несколько раз на 2-3 нед, и только после этого им выдавали документ о прохождении курса обучения.



Закрепление кода стрессовой психотерапии пациенту.
Александр Романович Довженко (справа) ассистирует психиатр-нарколог
Олег Васильевич Новиков (слева)

Как только из публикаций в средствах массовой информации стало известно о том, что в Феодосии доктор Довженко начал обучение своему методу будущих последователей, в Феодосию в массовом порядке стали поступать письма-обращения на имя Александра Романовича. Обращений было так много, что Министерство здравоохранения СССР решило как-то упорядочить этот процесс. Был издан приказ № 960 от 14.08.1987 г. «О подготовке врачей психиатров-наркологов на базе Республиканского наркологического психотерапевтического центра». Министерству здравоохранения Украинской ССР поручалось обеспечить стажировку врачей, направляемых для освоения опыта работы врача Довженко, практически из всех регионов бывшего СССР. Приказом предусматривались и квота ежегодной подготовки в количестве 20 человек [2].



Фото с мастером на память, первые ученики (слева направо) 1-й ряд: Игорь Анатольевич Былим, Александр Романович Довженко, Владимир Александрович Андреев; 2-й ряд: Виталий Николаевич Добровольский, Алла Владимировна Довженко, Дмитрий Яковлевич Ойхер, Ирина Дмитриевна Старцева (Донская), Галимзян Закирович Шакирзянов

В таблице представлен список некоторых ныне здравствующих учеников А.Р. Довженко, прошедших обучение по лечению больных с аддикциями методом стрессовой психотерапии в Харьковском научно-исследовательском институте неврологии и психиатрии им. В.П. Протопопова и в Феодосийском республиканском наркологическом психотерапевтическом центре Минздрава Украинской ССР [7, с. 144–155].

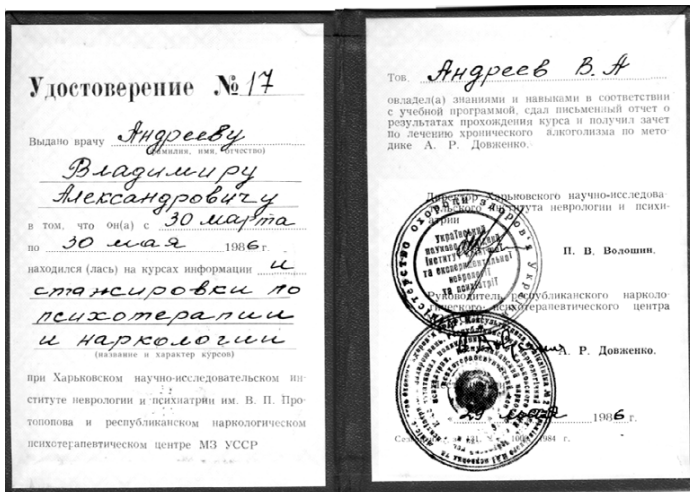
Поиски эффективных средств и методов лечения психических расстройств натолкнули автора данной статьи в конце 1970-х гг. на ряд публикаций в средствах массовой информации о методе А.Р. Довженко. При прохождении очередных курсов усовершенствования в 1981/1982 гг. в Государственном институте усовершенствования врачей (г. Харьков) по психотерапии и медицинской психологии он выкроил время для поездки в Феодосию, желая пообщаться и поближе познакомиться с А.Р. Довженко и его методом.

Список 135 учеников А.Р. Довженко

Фамилия, имя, отчество	Регион работы
Абросимова Наталья Павловна	г. Новосибирск, Россия
Авдиенко Алексей Федорович	г. Пушкин, Ленинградская обл., Россия
Андреев Владимир Александрович	г. Феодосия, АР Крым, Украина
Антоненков Виктор Иванович	г. Херсон, Украина
Аппаков Илсур Музипович	г. Мамадыш, Республика Татарстан, Россия
Арзыбов Алексей Алексеевич	г. Нижний Новгород, Россия
Артемчук Анатолий Филиппович	г. Харьков, Украина
Байрамова Канул Мусса-кызы	г. Баку, Азербайджан
Бондаренко Сергей Александрович	с. Новодеревеньково, Орловская обл., Россия
Борисов Дмитрий Евгеньевич	г. Нижний Новгород, Россия
Бридко Владимир Владимирович	г. Симферополь, АР Крым, Украина
Букреев Александр Иванович	г. Харьков, Украина
Букреев Владимир Иванович	г. Харьков, Украина
Бурчаков Николай Никанорович	г. Усть-Каменогорск, Россия
Былим Игорь Анатольевич	г. Кисловодск, Россия
Ващук Нелли Ивановна	г. Феодосия, АР Крым, Украина
Веремеенко Леонид Анатольевич	г. Феодосия, АР Крым, Украина
Волох Лев Иосифович	г. Запорожье, Украина
Воробьев Юрий Петрович	г. Каменка, Пензенская обл., Россия
Воротиляка Александр Владимирович	г. Днепропетровск, Украина
Галайда Виктор Николаевич	г. Харьков, Украина
Галушко Анатолий Дмитриевич	г. Херсон, Украина
Голобурда Александр Владимирович	г. Харьков, Украина
Гончаренко Олег Георгиевич	г. Воскресенск, Московская обл., Россия
Горбачева Ванда Иосифовна	г. Гомель, Беларусь
Горшков Александр Борисович	г. Челябинск, Россия
Григорьев Григорий Игоревич	г. Санкт-Петербург, Россия
Добровольский Виктор Васильевич	г. Симферополь, АР Крым, Украина
Добровольский Виталий Николаевич	г. Харьков, Украина
Довженко Алла Владимировна	г. Москва, Россия
Довженко Валерий Александрович	г. Сочи, Россия
Довженко Владимир Романович	г. Симферополь, АР Крым, Украина
Довженко Роман Александрович	г. Феодосия, АР Крым, Украина
Додух Виктор Николаевич	г. Керчь, АР Крым, Украина
Донская Светлана Львовна	г. Минск, Беларусь
Дьячков Леонид Дмитриевич	г. Саранск, Республика Мордовия
Евтушенко Виталий Григорьевич	г. Днепропетровск, Украина
Елин Виктор Алексеевич	г. Ялта, Украина
Ерошевский Василий Васильевич	г. Керчь, АР Крым, Украина
Журбенко Станислав Кузьмич	г. Владивосток, Россия
Задорожный Петр Васильевич	г. Харьков, Украина
Закревский Александр Павлович	г. Донецк, Украина
Захаров Владимир Николаевич	г. Чебоксары, Россия
Звягин Владимир Иванович	г. Петропавловск-Камчатский, Россия
Иванов Андрей Анатольевич	г. Рубцовск, Алтайский край, Россия

Фамилия, имя, отчество	Регион работы
Иванько Николай Петрович	г. Керчь, АР Крым, Украина
Ивнев Борис Борисович	г. Донецк, Украина
Идрисов Кюри Арбиевич	г. Грозный, Россия
Ильницкий Валерий Васильевич	г. Первомайск, Николаевская обл., Украина
Исаев Багадир Алиярович	г. Чимкент, Казахстан
Калугин Виктор Гаврилович	г. Геленджик, Россия
Калиниченко Борис Федорович	г. Донецк, Украина
Кваша Николай Петрович	г. Бердичев, Житомирская обл., Украина
Комлев Николай Евдокимович	г. Челябинск, Россия
Кононенко Игорь Николаевич	г. Донецк, Украина
Костюк Олег Трофимович	г. Киев, Украина
Крадинов Николай Иванович	г. Феодосия, АР Крым, Украина
Крадышев Артур Кузьмич	г. Севастополь, АР Крым, Украина
Крачко Никифор Никифорович	г. Брест, Беларусь
Кулибаба Владимир Алексеевич	г. Вилково, Одесская обл., Украина
Кучеревич Василий Ксенофонтович	г. Ужгород, Украина
Лазаренко Евгения Алексеевна	г. Мариуполь, Украина
Лисенко Владимир Павлович	г. Магадан, Россия
Лобанов Юрий Владимирович	г. Полтава, Украина
Лукьяненко Юрий Владимирович	г. Джамбул, Казахстан
Ляшенко Александр Григорьевич	г. Ухта, Республика Коми, Россия
Маркозова Любовь Михайловна	г. Харьков, Украина
Мельничук Степан Павлович	г. Сочи, Россия
Менякина Наталья Васильевна	г. Нижний Новгород, Россия
Метелев Александр Сергеевич	г. Киров, Россия
Мигали Нуц Нуциевич	г. Рахов, Закарпатская обл., Украина
Милютин Софья Павловна	г. Феодосия, АР Крым, Украина
Морозова Людмила Дмитриевна	г. Кишинев, Молдова
Мусиенко Георгий Александрович	г. Харьков, Украина
Назаров Непес Назарович	г. Геокча, Ашхабадская обл., Туркмения
Нелюбов Сергей Дмитриевич	г. Уральск, Россия
Новиков Олег Васильевич	г. Москва, Россия
Оберемко Александр Юрьевич	г. Ставрополь, Россия
Ойхер Дмитрий Яковлевич	г. Свердловск, Россия
Опилат Николай Васильевич	г. Киев, Украина
Омельченко Владимир Михайлович	г. Днепропетровск, Украина
Палиенко Григорий Иванович	г. Новгород, Россия
Паськов Виктор Васильевич	г. Москва, Россия
Петрусенко Сергей Васильевич	г. Котовск, Одесская обл., Украина
Пироженко Валерий Александрович	г. Магадан, Россия
Платонов Владимир Михайлович	г. Хабаровск, Россия
Полищук Владимир Александрович	г. Воронеж, Россия
Попов Валентин Алексеевич	г. Рига, Латвия
Полтев Александр Тимофеевич	г. Казань, Россия
Прохоренко Александр Валентинович	г. Макеевка, Донецкая обл., Украина
Прищепов Владимир Алексеевич	г. Гомель, Беларусь
Рапп Алла Александровна	г. Одесса, Украина

Фамилия, имя, отчество	Регион работы
Резник Гита Ильинична	г. Кишинев, Молдова
Рожкова Раиса Федоровна	г. Ташкент, Узбекистан
Росляков Владислав Семенович	г. Донецк, Украина
Савельев Вадим Петрович	г. Курган, Россия
Савельева Екатерина Федоровна	г. Новосибирск, Россия
Савченко Вячеслав Анатольевич	г. Санкт-Петербург, Россия
Савчикова Лилия Вениаминовна	г. Норильск, Россия
Самойлов Иван Васильевич	г. Тамбов, Россия
Сапрун Игорь Петрович	г. Харьков, Украина
Сапрыкин Василий Александрович	г. Челябинск, Россия
Сафронов Дмитрий Дмитриевич	г. Якутск, Россия
Сидорчук Анатолий Александрович	г. Медвежьегорск, Республика Карелия, Россия
Симонян Сурен Мавсесович	г. Ереван, Армения
Синяков Евгений Николаевич	г. Донецк, Украина
Собетов Борис Георгиевич	г. Львов, Украина
Сокурено Василий Саввич	г. Ростов-на-Дону, Россия
Солодуненко Олег Григорьевич	г. Никополь, Украина
Солоха Валерий Алексеевич	с. Домоткань, Днепропетровская обл., Украина
Сорока Сергей Васильевич	г. Чернигов, Украина
Старцева (Донская) Ирина Дмитриевна	г. Минск, Беларусь
Сторчак Василий Григорьевич	г. Коростень, Житомирская обл., Украина
Тихов Александр Анатольевич	г. Уфа, Башкирия, Россия
Третьяков Юрий Петрович	г. Алушта, АР Крым, Украина
Трухин Дмитрий Борисович	г. Симферополь, АР Крым, Украина
Усцелимов Владимир Никифорович	г. Феодосия, АР Крым, Украина
Фальков Виталий Августович	г. Рига, Латвия
Хлыновский Владимир Максимович	г. Алма-Ата, Казахстан
Хисамиев Илсояр Илхамович	г. Набережные Челны, Россия
Холопова Людмила Петровна	г. Новокузнецк, Россия
Чулков Сергей Юрьевич	г. Ухта, Республика Коми, Россия
Шакирзянов Галимзян Закирович	г. Казань, Татарстан, Россия
Шевелев Сергей Иванович	г. Барнаул, Россия
Шелест Юрий Николаевич	г. Мариуполь, Донецкая обл., Украина
Шорин Валерий Владимирович	ст. Седанка, г. Владивосток, Россия
Шпаченко Вячеслав Николаевич	г. Харьков, Украина
Щербаков Иван Филиппович	г. Архангельск, Россия
Щетинский Виктор Всеволодович	г. Харьков, Украина
Эпштейн Илья Цаликович	г. Нижневартовск, Россия
Эпштейн Олег Ильич	г. Нижневартовск, Россия
Яновский Сергей Степанович	г. Симферополь, АР Крым, Украина
Яснопольская Жанна Васильевна	г. Киев, Украина
Ячина Лариса Артуровна	г. Барнаул, Россия
Юсайтис Партицинос Ионович	г. Вильнюс, Литва



Удостоверение о стажировке по психотерапии, которое отличает ученика А.Р. Довженко от распространенных в последнее время лжеучеников

Автору этих строк посчастливилось оказаться среди учеников и последователей Довженко. В то время, когда Александр Романович оставил работу врача-дерматовенеролога поликлиники и числился заведующим наркологическим психотерапевтическим кабинетом при портовой поликлинике, он проводил свои знаменитые сеансы лечения желающих избавиться от алкогольной и никотиновой зависимости в клубе порта 1 раз/нед, по пятницам. Надо сказать, что таких желающих, прибывавших из различных регионов всего Советского Союза, было очень много, целые толпы людей – больные, их родственники, всякого рода посредники с утра до вечера буквально осаждали кабинет бывшего главного врача поликлиники Л.П. Левченко.

К ней и попал на прием автор публикации рассказать о том, что намерен перебраться с семьей на постоянное место жительства в г. Феодосию и что очень хотел бы работать в качестве врача-нарколога-психотерапевта в портовой поликлинике, чтобы быть поближе к знаменитому доктору, а по возможности – и овладеть методом, трудиться под руководством знаменитого доктора.

Подобных обращений и просьб Ларисе Петровне приходилось в то время выслушивать немало, поэтому ответ ее на обращение приезжего врача был достаточно стереотипен: «Мне проблем и хлопот по поводу од-

ного Довженко с его пациентами с головой хватает, и брать ещё одного психотерапевта и создавать себе дополнительную головную боль и расширять сферу бурной деятельности Довженко я не собираюсь».

Расстроенный таким «теплым приемом», тем не менее автор не пал духом и не отступил от своей цели. Прошел в городской отдел здравоохранения, где ему была оказана помощь в трудоустройстве в качестве врача-психиатра, с исполнением обязанностей психотерапевта и сексопатолога в городской поликлинике № 1 Феодосии.

С апреля 1984 г. автор статьи стал работать в Феодосии. По городу тогда очень быстро распространилась молва, что в городской поликлинике новый доктор-психотерапевт Андреев заставляет писать дневники болезни, раскрывать свои пороки и слабости, в которых на исповеди священнику да и себе-то порой стыдно признаться, и проводит какие-то чудодейственные сеансы гипноза, благотворно влияющие на психику человека и исцеляющие больных от многих психических расстройств.

Наконец-то состоялась вторая долгожданная встреча молодого, но настойчивого врача со знаменитым доктором, и пути наши в очередной раз пересеклись. Психотерапевтический центр располагался тогда уже в здании «Дача Стамболи». Во время аудиенции А.Р. Довженко внимательно выслушал претендента на роль будущего его ученика и последователя, задал несколько вопросов из области медицины. Когда же я сказал, что специально перебрался на жительство в Феодосию из Горького, чтобы стать учеником доктора Довженко, Александр Романович улыбнулся доброй улыбкой и ответил: «А я ведь вас запомнил. Вы заходили ко мне в портюю поликлинике в позапрошлом году. Ну, хорошо, раз уж вы такой настойчивый, проявили такую смелость и целеустремленность, я возьмусь обучить вас моему методу, тем более что вы теперь настоящий феодосиец, обладаете неплохим опытом да еще и на практике применяете гипноз, метод внушения».

Вновь улыбнувшись, Довженко добавил: «Я ведь слышан о ваших сеансах гипноза в поликлинике и занятиях йогой в группе “Здоровье” на базе “Динамо”, город у нас небольшой, и любая информация распространяется быстро». Он хитро посмотрел на меня и продолжил: «Ну как я могу вам отказать, если и ваша супруга Ирина Александровна, и сотрудница центра, Люся Павловна Первухина, которая проработала со мной несколько десятков лет, просят меня об этом». В середине 1985 г. автор статьи прошел стажировку и получил возможность из рук учителя взять его метод и использовать в своей практике.

Мне значительно чаще, чем другим ученикам, довелось присутствовать на проводимых чудо-доктором лечебных сеансах, я бывал и на многих лечебных сеансах, проводимых учениками Доктора, а впоследствии меня довольно часто приглашали для проведения лечебных сеансов, которые должен был проводить А.Р. Довженко, но не мог этого сделать – то ли в связи с его отсутствием, то ли из-за недомогания.

В те годы Александр Романович Довженко был еще достаточно энергичен и работоспособен и, несмотря на огромную нагрузку и постоянную занятость, уделял своим первым ученикам гораздо больше внимания, чем ученикам последующих групп, когда его здоровье и самочувствие значительно ухудшились. По установившейся традиции, после окончания подготовки новой группы учеников Александр Романович обязательно фотографировался с ними, если можно так выразиться, на официальные, памятные снимки – и коллективные, и индивидуальные.

Так уж волею судьбы получилось, что коренной дальневосточник, уроженец г. Хабаровска, выпускник Хабаровского медицинского института и Военно-медицинского факультета Горьковского медицинского института не только стал учеником знаменитого феодосийца, но и навсегда остался в Феодосии и больше чем кто-либо другой имел уникальную возможность встречаться, беседовать с Александром Романовичем, слушать его воспоминания о прожитой жизни, видеть его в различных ситуациях, получать от него бесценные советы, во всем следовать его примеру, а впоследствии – и возглавить Республиканский наркологический психотерапевтический центр Минздрава Автономной Республики Крым имени своего Учителя.

Литература

1. Абрамов Э.М. Народный врач СССР: воспоминания об Александре Романовиче Довженко. – Феодосия, 2003. – 103 с.
2. Артемчук А. Ф., Абрамов Э. М. Феномен доктора Довженко. К 90-летию со дня рождения Заслуженного врача Украины, Народного врача СССР Александра Романовича Довженко. – Харьков : Пляда, 2008. – 416 с.
3. Борисовский П.В. Почему Довженко неубежден официальной наркологией? // Трезвость и культура. 2012. № 1/2. С. 6–9..
4. Довженко А.Р. Авт. свид. 1165392А СССР. МПК А61Н 39/04. Способ А.Р. Довженко лечения хронического алкоголизма / Харьков. науч.-исслед. ин-т неврологии и психиатрии им. В.П. Протопопова. – № 2969611/28-13, заявл. 01.08.1980 ; опубл. 07.07.1985, Бюл. 25.
5. Довженко А.Р. Организация, стрессотерапии больных алкоголизмом в амбулаторных условиях (опыт работы) : метод. рекомендации / отв. за вып. П.В. Волошин ; Минздрав СССР [и др.]. – М., 1984. – 12 с.

6. Портнов А.А. Особенности развития и течения алкоголизма: (клинич. аспект проблемы) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1962. – 21 с.

7. Список учеников и последователей народного врача СССР А.Р. Довженко, прошедших обучение лечению больных хроническим алкоголизмом методом стрессопсихотерапии в Харьковском научно-исследовательском институте неврологии и психиатрии имени академика В.П. Протопопова в Феодосийском республиканском наркологическом психотерапевтическом центре МЗ УССР // Итоги и перспективы использования метода стрессотерапии А.Р. Довженко : материалы V всесоюз. науч.-практ. конф. – М., 1992. – С. 144–155.

Поступила 05.09.2017

Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Для цитирования. Андреев В.А. Слово ученика об Учителе – Александре Романовиче Довженко // Вестн. психотерапии. 2017. № 64 (69). С. 25–48.

THE WORD OF THE DISCIPLE ABOUT THE TEACHER – ALEXANDER ROMANOVICH DOVZHENKO

Andreev V.A.

International association of human potential abilities study
(Pridorozhnaya Alley, 11, St. Petersburg, Russia)

✉ Vladimir Aleksandrovich Andreev – narcologist, psychotherapist of the International association of human potential abilities study (Pridorozhnaya Alley 11, St. Petersburg, 194352, Russia), individual entrepreneur (13 Krymskaya St., apt. 19, Feodosia, Republic of Crimea, 298112, Russia), e-mail: dovzhenkomuseumandreev@yandex.ru.

Abstract. The creative development of the prominent psychotherapist Alexander Romanovich Dovzhenko, People's Doctor of the USSR and Honored Doctor of the Ukrainian SSR is presented. Since 1948 A.R. Dovzhenko lived and worked in the city of Feodosia (Crimea). Working as a dermatologist, Alexander Romanovich was convinced of the beneficial effects of psychotherapeutic techniques in the treatment of psychogenically caused dermatoses, which prompted him to create an original method for treating mental disorders, primarily pathological addictions. In the late 1970s, this method was recognized officially. In 1980, a narcological psychotherapeutic room was established at the out-patient department of the sea trading port. Since 1982, it was reorganized into the Republican Narcological Psychotherapeutic Center of the Ministry of Health of the Ukrainian SSR, which was headed by A.R. Dovzhenko. The main methodological aspects of the method of treating alcoholics as developed by A.R. Dovzhenko are presented. Since 1984, doctors have begun training in this effective treatment. The list of the living disciples of A.R. Dovzhenko is provided.

Keywords: clinical (medical) psychology, stress psychotherapy, psychotherapeutic coding, psychiatry, narcology, addiction, Alexander Romanovich Dovzhenko.

References

1. Abramov E.M. Narodnyi vrach SSSR: vospominaniya ob Aleksandre Romanoviche Dovzhenko [People's Doctor of the USSR: memories of Alexander Romanovich Dovzhenko]. Feodosiya, 2003. 103 p. (In Russ.)
2. Artemchuk A. F., Abramov E. M. Fenomen doktora Dovzhenko. K 90-letiyu so dnya rozhdeniya Zasluzhennogo vracha Ukrainy, Narodnogo vracha SSSR Aleksandra Romanovicha Dovzhenko [The phenomenon of Dr. Dovzhenko. To the 90th anniversary of the Honored Doctor of Ukraine, People's Doctor of the USSR Alexander Romanovich Dovzhenko]. Khar'kov : Pleyada, 2008. 416 p. (In Russ.)
3. Borisovskii P.V. Pochemu Dovzhenko neudoben ofitsial'noi narkologii? [Why is Dovzhenko uncomfortable with official narcology]. *Trezvost' i kul'tura* [Sobriety and culture]. 2012. № 1/2. Pp. 6–9. (In Russ.)
4. Dovzhenko A.R. 1165392A SU, IPC A61H 39/04. Sposob A.R. Dovzhenko lecheniya khronicheskogo alkogolizma [A.R. Dovzhenko's Method of Treatment of Chronic Alcoholism]. Application N 2969611/28-13, 01.08.1980 ; published 07.07.1985, bulletin 25. (In Russ.)
5. Dovzhenko A.R. Organizatsiya, stressoterapii bol'nykh alkogolizmom v ambulatornykh usloviyakh (opyt raboty) [Organization of Stress Therapy of Patients with Alcoholism in Outpatient Settings (Work Experience)]. Ed. P.V. Voloshin. Moskva. 1984. 12 p. (In Russ.)
6. Portnov A.A. Osobennosti razvitiya i techeniya alkogolizma: (klinicheskii aspekt problemy) [Peculiarities of development and course of alcoholism: (clinical aspect of the problem)] : Abstract dissertation Dr. Med. Sci. Moskva. 1962. 21 p. (In Russ.)
7. Spisok uchenikov i posledovatelei narodnogo vracha SSSR A.R. Dovzhenko, proshedsikh obuchenie lecheniyu bol'nykh khronicheskim alkogolizmom metodom stressopsikhoterapii v Khar'kovskom nauchno-issledovatel'skom institute nevrologii i psikhiiatrii imeni akademika V.P. Protopopova v Feodosiiskom respublikanskom narkologicheskom psikhoterapevticheskom tsentre MZ USSR [List of students and followers of the People's Doctor of the USSR A.R. Dovzhenko, who received training in the treatment of patients with chronic alcoholism by the method of stress-psychotherapy in the Kharkov Scientific Research Institute of Neuroscience and Psychiatry named after Academician V.P. Protopopov in Feodosia Republican Narcological Psychotherapeutic Center, Ministry of Health of the Ukrainian SSR]. *Itogi i perspektivy ispol'zovaniya metoda stressoterapii A.R. Dovzhenko*: [Results and perspectives of using the stress-therapy method A.R. Dovzhenko]: Scientific. Conf. Proceedings. Moskva. 1992. Pp. 144–155. (In Russ.)

Received 05.09.2017

For citing. Andreev V.A. Slovo uchenika ob Uchitele – Aleksandre Romanoviche Dovzhenko. *Vestnik psikhoterapii*. 2017. N 64. P. 25–48. (In Russ.)

Andreev V.A. The Word of the Disciple about the Teacher – Aleksander Romanovich Dovzhenko. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2017. N 64. P. 25–48.

О СТРЕССОПСИХОТЕРАПИИ А.Р. ДОВЖЕНКО

Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова (Россия, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41),
Международный институт резервных возможностей человека
(Россия, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11)

Представлено детальное описание метода стрессопсихотерапии алкоголизма, разработанного и долгие годы успешно применявшегося народным врачом СССР, заслуженным врачом Украинской ССР Александром Романовичем Довженко. Семантическим ядром метода является формула внушения, заключающаяся в том, что «не твоя (больного), а моя (психотерапевта) воля избавляет тебя от недуга». Устранение фиксации личности на борьбе с желанием принять алкоголь в конечном счете приводит к дезактуализации самого желания и полному исчезновению влечения к алкоголю. Пациентам также внушается, что направленными усилиями врача с помощью особых воздействий у них в мозгу формируется устойчивый очаг возбуждения нервных клеток (типа «бодрствующего очага» по И.П. Павлову, «доминанты» по А.А. Ухтомскому), который с момента лечения блокирует влечение к алкоголю на конкретный срок («кодирование»). Качественным отличием «кодирования» от других методов эмоционально-стрессовой психотерапии являлся новаторский переход от традиционного внушения во сне (в измененном состоянии сознания) ко внушению наяву (в состоянии бодрствования) без погружения пациента в гипнотический транс (сон). Стрессопсихотерапия по Довженко заключалась не в подавлении врачом воли больного, а в ее пробуждении и укреплении желания самого больного лечиться.

Ключевые слова: стрессопсихотерапия, патологические зависимости, алкоголизм, наркомания, Александр Романович Довженко, метод А.Р. Довженко.

Метод стрессопсихотерапии алкоголизма, разработанный народным врачом СССР¹, заслуженным врачом Украинской ССР, старшим научным

✉ Григорьев Григорий Игоревич – д-р мед. наук проф., проф. каф. общ., мед. психологии и педагогики Сев.-Зап. гос. ун-та им. И.И. Мечникова, директор Междунар. ин-та резервных возможностей человека (Россия, 191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41), e-mail: grigorijgi@hotmail.com.

¹ Народный врач СССР – высшее почетное звание врача в Союзе Советских Социалистических Республик. Подобное звание присваивалось Президиумом Верховного Совета СССР по представлению ЦК КПСС за выдающиеся заслуги перед советским народом в области здравоохранения. Указ о присвоении звания «народный врач СССР» подписывался Председателем Президиума Верховного Совета СССР.

сотрудником Харьковского научно-исследовательского института неврологии и психиатрии им. В.П. Протопопова, директором Республиканского наркологического психотерапевтического центра Минздрава Украинской ССР в г. Феодосии – доктором Александром Романовичем Довженко и введенный в лечебную практику в соответствии с методическими указаниями, утвержденными Минздравом СССР в 1984 г., широко известный как «кодирование», является одним из самых известных в наркологии методов психотерапии зависимостей [3, 7–10, 13–15, 21, 26, 27].

Доктор А.Р. Довженко считал себя продолжателем как петербургской психотерапевтической школы (В.М. Бехтерев), так и харьковской (К.И. Платонов, К.М. Дубровский). По мнению А.Р. Довженко, на передний план в его методе выступает рациональная психотерапия (мотивированное внушение) [20]. Семантическим ядром методики является формула внушения, заключающаяся в том, что «не твоя (больного), а моя (психотерапевта) воля избавляет тебя от недуга». Устранение фиксации личности на борьбе с желанием выпить в конечном счете приводит к дезактуализации самого желания и полному исчезновению влечения к алкоголю. Кульминационные смысловые моменты стрессопсихотерапии по Довженко завершаются эмоционально-волевыми императивными внушениями с элементами драматизации. Больным внушается также, что направленными усилиями врача с помощью особых физиогенных воздействий у них в мозгу формируется устойчивый очаг возбуждения нервных клеток (типа «бодрствующего очага» по И.П. Павлову, «доминанты» по А.А. Ухтомскому), который с момента лечения блокирует влечение к алкоголю на длительные сроки – на 1 год, 5, 10, 25 лет и даже на всю жизнь. На реальных примерах из личной практики врача-психотерапевта в наглядно конкретной, значимой для пациента форме раскрываются возможные негативные последствия нарушения больным режима трезвости.

Сущность метода состоит в создании стойкой психологической установки на длительное воздержание от алкоголя. Такая установка создается путем применения комплекса психотерапевтических приемов и подходов, «материализованных» посредством стрессогенных воздействий, направленных на активизацию эмоциогенных механизмов мозга и инстинкта самосохранения. При этом вне гипноза как такового создается прочная доминанта в форме полного исчезновения влечения к алкоголю при одновременной актуализации по принципу положительной индукции (в психологическом смысле) социально ценных тенденций личности [20, 21].

Применение метода предусматривает определенную этапность. На первом, вводном, этапе специальной врачебной комиссией производится отбор больных, желающих лечиться и готовых полностью отказаться от алкоголя. Во время беседы с врачами укрепляется установка на лечение, повышается доверие к методу, возрастают вера и убежденность больного в безусловно положительном для него результате лечения. Для решения этих задач применяется косвенное (опосредованное) внушение, используются механизмы психической индукции и сенсбилизации. Обязательным условием является не менее чем двухнедельное полное воздержание от алкоголя до начала лечения.

Задачи второго этапа – актуализация инстинкта самосохранения у пациентов и снятие «анозогнозической инертности», а также формирование высокого авторитета лечащего врача-психотерапевта у больных на основании демонстрации самим врачом собственных волевых способностей в личном достижении полной трезвости и объяснение причин и механизмов положительного эффекта проводимой терапии, подготовка больных к следующему этапу лечения. На этой стадии проводится групповое занятие в течение 2–2 ½ ч с последовательным применением ряда психотерапевтических приемов, осуществляемых на фоне внушения (убеждения) в бодрствующем состоянии; классическая формула гипногизации с погружением больного в состояние «гипнотического сна» и гипносуггестия в методе А.Р. Довженко не проводится [4, 11, 20, 21].

Третий этап рассматриваемого метода Довженко представляет собой эмоционально-стрессовую процедуру с использованием плацебо² (препарат «ДАР»³). Больные дают расписку, что предупреждены об опасности для здоровья употребления спиртных напитков на срок, который пациенты устанавливают сами. Само закрепление лечения длится 2–3 мин и представляет собой императивное внушение на фоне физиогенных воздей-

² Плацебо (ничто) – индифферентный (нейтральный) «препарат-пустышка» (например, глюкоза), механизм воздействия которого на человека связан не с психофармакологическими свойствами химического вещества, а с внушением врачом больному представления о несуществующих «целительных свойствах» данного «высокоэффективного препарата» при лечении конкретной болезни. Подобные эксперименты проводятся в медицине при испытании всех новых лекарств перед внедрением их в лечебную практику с целью выявления более высокой эффективности нового препарата (в основной группе) по сравнению с эффективностью плацебо (результат косвенного внушения от приема лекарства) в контрольной группе больных.

³ ДАР – Довженко Александр Романович.

вий, называемых автором «материализацией внушения». К физиогенным воздействиям относятся: зрительная депривация (одномоментное принудительное накрывание глаз ладонью врача) и воздействие на вестибулярный аппарат (резкое забрасывание головы пациента назад); затем кратковременное раздражение тройничного нерва в точках выхода (энергичное пальцевое давление в точках Валле в течение 2–5 с до появления болевых ощущений); несколько секунд спустя – орошение зева и глоточного пространства больного, находящегося в положении с широко открытым ртом, струей препарата плацебо, что сопровождается различными по степени выраженности вегетативными проявлениями. По мнению А.Р. Довженко [20], эти эмоционально-стрессовые физиогенные воздействия значительно усиливают (материализуют в сознании пациента), психотерапевтический эффект предшествующих этапов.

Автор метода, на основе учения И.П. Павлова, объясняет формирование отрицательного эмоционального отношения к алкоголю следующим нейрофизиологическим механизмом. В эмоциогенных системах мозга больного в результате применения ряда вышеуказанных физиогенных воздействий и психотерапевтических приемов формируются сильные и стойкие очаги возбуждения. Возбуждение нарастает по мере воздействия ряда возмущающих факторов: зрительной депривации (стресс ожидания), болевого воздействия на точки Валле (эмоции боли), орошения зева препаратом плацебо (эмоции дискомфорта), резкого забрасывания головы (вестибулярный стресс) и др. В результате возникает сильный и постоянно подкрепляющийся очаг возбуждения в отрицательных эмоциогенных системах мозга (типа «бодрствующего очага» по И.П. Павлову), который вступает в конкурентные взаимоотношения с патологической интеграцией влечения к алкоголю и по механизмам доминанты блокирует его. При этом врач авторитетно предупреждает больного о возможности психических и физических осложнений для его здоровья вплоть до смерти при нарушении режима трезвости, а в случае попытки употребления спиртного – о необходимости немедленного снятия всех последствий на индивидуальном приеме у лечащего врача.

Устрашение как психотерапевтический прием с эмоциональной психологизацией возможных негативных последствий для здоровья и даже жизни при невыполнении пациентом рекомендации врача никогда не приводит больного алкоголизмом к «психической травматизации» или подавлению его как личности. Напротив – мобилизует его переход к полной

трезвости, разумеется, если больной находится в определенных границах клинических проявлений алкоголизма [19, 20].

В старину в народной медицине использовались методы стрессовой психотерапии при исцелении от пьянства: человеку в запое давали опохмелиться стаканом водки, в котором наполовину была налита слизь рыбы линя; с целью выработки отвращения и страха иногда в водку добавлялся кал знакомого человека (например, только что умершего соседа или родственника), о чем сообщалось пьянице после выпивки, что приводило последнего в мистический ужас. Бывало, пьяного заворачивали в простыню со свежим коровьим навозом или экскрементами других животных, а потом выбивали из пропойцы розгами «зеленого змия», и т. п.

В первые годы использования метода стрессопсихотерапии по А.Р. Довженко подобный подход вызывал скептицизм у некоторых специалистов-наркологов, утверждавших, что нельзя вылечить больного за один эмоционально-стрессовый сеанс, при помощи психического страха [26]. При этом врачи-специалисты забывали, что современная наркология во многом базируется именно на страхе биологической смерти больного, используя подшивку препарата «дисульфирам», «химическую защиту», а также другие методы физического страха [4].

К тому же общеизвестно, что больного алкогольной зависимостью нельзя вылечить и за несколько лет, так как готовность к рецидиву в выпивке может сохраниться у него на всю оставшуюся жизнь [22, 23], особенно если пациент ожидает окончания действия срока лечения страхом как личного освобождения от «дамоклова меча» трезвости. Именно потому, что у пациента включается внутренний «счетчик времени» и он ждет окончания действия срока лечения страхом (иногда даже считает дни), по прекращении срока «кодирования», «химзащиты» или заключения в ЛТП⁴, зачастую в тот же день окончания заперта, у него возобновляется тяга к спиртным напиткам и наркотикам (по механизмам материализации самовнушения) – появляется желание отметить праздник своего «избавления» от многолетней трезвости.

Результатом любого самого успешного медицинского лечения является ремиссия различной продолжительности. По оценкам некоторых ав-

⁴ ЛТП – лечебно-трудовой профилакторий, в котором в советские времена больных лечили не столько медицинскими методами, сколько путем тюремного заключения. И даже если люди, будучи изолированы, не пили в ЛТП, то после освобождения из-под стражи, как правило, запивали в день своего выхода на свободу.

торов [5, 6, 24], ремиссия одного года после сеанса психотерапии по Довженко наблюдалась у 75–80 % пациентов. По данным десятилетнего мониторинга за больными (507 человек), пролеченными до 1991 г. в МИРВЧ методом стрессопсихотерапии по А.Р. Довженко и взявшими срок воздержания от алкоголя на 10 лет и более, состояние ремиссии 1 год и более сохранили 72,7 % больных, 3 года и более – 51,1 %, 5 лет и более – 36,8 %, 10 лет и более – 25,6 % [16].

Метод стрессопсихотерапии А.Р. Довженко, по сути, никогда не был гипносуггестивным в научно-медицинском понимании состояния «гипнотического транса». Приходящие на лечение больные алкоголизмом никогда не проходили предварительный отбор на гипнабельность (личную способность вхождения в состояние гипноза), который обязательно проводит любой врач-гипнолог, не погружались в состояние «гипнотического сна». К тому же, по данным П.И. Буля (2001), количество гипнабельных людей в обществе не превышает 20 %, а доктор Довженко принимал на лечение всех без исключения пациентов, имеющих большое искреннее желание лечиться. Абсолютными противопоказаниями к применению данной методики являлось делириозное, аментивное и другие нарушения сознания, состояние опьянения или выраженной абстиненции, гипертонический криз, выраженная сердечно-сосудистая недостаточность и ряд неотложных состояний [3, 4, 12, 20, 21].

Некоторые авторы [7, 26, 27] описывали метод стрессопсихотерапии по Довженко как гипносуггестивный. По мнению П.И. Буля и соавт. (2004), за состояния «гипнотического транса» современные исследователи нередко принимали возникающие во время лечения у пациентов измененные состояния сознания (внушения, переходящие в самовнушения), являющиеся результатом повседневной жизнедеятельности любой личности или коллектива [4]. Важнейшую роль внушения в общественной жизни отмечал еще профессор В.М. Бехтерев, выступая на актовом собрании Военно-медицинской академии, где с позиций учения о внушении он оценивал некоторые социальные вопросы, мотивацию поступков отдельных лиц, человеческих коллективов и причины событий, определяющих ход человеческой истории [2].

В немалой степени восприятию метода Довженко как магического и гипнотического способствовал и тот факт, что сами врачи, проводившие лечение по методу доктора Довженко, с целью повышения собственного авторитета и личной таинственности регулярно заявляли своим больным, что лечат их гипнозом, стремясь максимально использовать магический

ореол гипнотизма. Занимаясь подобными внушениями и самовнушениями, со временем врач нередко убеждал самого себя в наличии оккультных присущих только ему «гипнотических способностей», отчего подчас самому доктору начинало казаться, что он обладает этими «способностями» чуть ли не с самого рождения. Подобное самовнушение врача зачастую усугублялось наивными и искренними вопросами доверчивых людей: «Обладаете ли вы гипнозом?..»; «Мне кажется, вы обладаете гипнозом?..»; «Правильно ли я чувствую, что вы обладаете гипнозом?..» и т. п., а также мощным кумиротворяющим внушением так называемых исцеленных больных, которые, в свою очередь, начинали приписывать уважаемому врачу особые магические гипнотические способности.

Таким образом, путем формирования повышенной внушаемости (способности без критики воспринимать полученную информацию) и самовнушаемости личность врача, его критическая самооценка со временем повреждалась. В его измененной психике начинали формироваться навязчивые мысли как внутренние (самовнушенные), так и индуцированные извне – внешние (внушенные), постепенно переходящие в доминирующие и сверхценные идеи (по церковному определению, возможно, состояние прелести), при дальнейшем развитии могущие перейти в идеи переоценки собственной личности (болезненно завышенной самооценки) вплоть до бреда величия (в святоотеческом понимании, возможно, состоянии бесодержимости – порабощение воли человека сатаной).

Порой, не имея достаточного опыта и научных познаний в области психотерапии и гипнологии, такой горе-целитель даже не предполагал, что при лечении патологических зависимостей гипнотическое воздействие на больного с ослабленной нервной системой и повышенной внушаемостью не дает сколько-нибудь стойкого лечебного эффекта (как всякое положительное внушение, нередко разрушаемое внушением отрицательным) и, по современным научным данным, в лучшем случае вызывает лишь кратковременное отвращение к алкоголю, курению и наркотикам и годовую ремиссию не выше 10–15 % [4]. Именно поэтому ни гипносуггестия, ни гипнотерапия в последние десятилетия широко не применяются при лечении патологических зависимостей во всем цивилизованном мире. Многие всемирно известные психиатры и психологи, например Зигмунд Фрейд, начинали свою лечебную практику с гипноза, но, не добившись желаемых психотерапевтических результатов, вскоре переходили к другим, более эффективным в их исполнении личностно-ориентированным методам психологического воздействия.

Основной духовно-нравственной лечебной целью доктора Довженко было приведение пациента к решительному осознанию себя больным. Именно это восстановление внутренней критики через видение картины своей болезни приводило больного к большому искреннему желанию лечиться. От внутреннего покаяния, доходящего порой до потрясения личности, многие пациенты нравственно и духовно преобразались: у них не только полностью исчезала тяга к алкоголю и наркотикам, но и возникало горячее желание начать новую трезвую и здоровую жизнь. Недаром бывший главный психотерапевт СССР проф. В.Е. Рожнов называл врача-психотерапевта – «священником атеистического времени» [17, 18, 25]. Главной же уязвимой стороной метода А.Р. Довженко, по мнению ряда специалистов [26], был искусственно создаваемый самим врачом и окружающими культ личности врача, который брал на себя решение самых жизненно важных проблем пациента: «не твоя больная воля, а моя – здоровая – будет тебя исцелять».

Сегодня очевидно, что, работая в советские времена, доктор Довженко не имел возможности рекомендовать пациенту после лечения у врача обратиться за помощью в Церковь, к Богу, а если бы подобное случилось, то на этом бы и закончилась его лечебная практика. Вот доктор и «навешивал пациентов на самого себя» [4]. И все же подобный подход нередко порождал своего рода врачебное кумирство. К тому же зачастую, когда лечебное внушение прекращало свое действие (заканчивался добровольно выбранный самим больным срок трезвости), пациент оставался в немалой степени незащищенным от воздействия провоцирующих употребление спиртного факторов, поскольку в основе воздержания от алкоголя и наркотиков лежал в первую очередь один лишь страх физической смерти, а не страх Божий. И оттого нравственное изменение личности больного, наступавшее после лечения по методу Довженко, являлось скорее следствием длительной трезвости, чем результатом покаянной перемены ума [1].

Таким образом, стрессопсихотерапия по А.Р. Довженко («кодирование») – метод коллективно-группового многоэтапного психотерапевтического лечения патологических зависимостей (хронического алкоголизма, никотинизма и наркоманий), осуществляемый высокоавторитетным врачом (по мнению доктора Довженко, врач должен был предстать перед больным «таинственной и волевой личностью») путем внушения (убеждения) в бодром состоянии (без гипноза как такового) больному страху смерти при нарушении им режима трезвости (стрессопсихотерапевтический «плацебо-эффект»), направленного, главным образом, на преодоление фи-

зической зависимости (снятие тяги к психоактивным веществам) и в меньшей степени на снижение психической зависимости (восстановление радости жизни, утраченной вследствие систематического злоупотребления алкоголем, табакокурением и наркотиками), что, по мнению ряда ученых-специалистов, оказывало положительное нейро-медиаторное воздействие на ЦНС больного и способствовало психофизиологическому и нравственно-психологическому восстановлению его патологически измененной личности (без ее травматизации).

Качественным (коренным) отличием «кодирования» от прочих методов эмоционально-стрессовой психотерапии был действительно выдающийся новаторский переход от традиционного внушения во сне (в измененном состоянии сознания) ко внушению наяву (в состоянии бодрствования), без погружения больного в гипнотический транс (сон). Стрессопсихотерапия по Довженко заключалась не в подавлении врачом воли больного, а в ее пробуждении и укреплении желания самого больного лечиться.

Конечно же, доктор Довженко, будучи человеком глубоко верующим, никогда не ставил перед собой задачу, даже косвенно, подчинить волю своих больных. Ибо если бы последнее имело место, то для успешного – 100-процентного – исцеления не понадобилось бы желание самого человека. Напротив, по мнению А.Р. Довженко, именно активная роль пациента – его большое искреннее желание лечиться – являлась главным условием излечения по его методу.

Цитируя великого врача XIII в. Абульфараджа⁵, доктор Довженко говорил: «Нас трое: я – врач, больной и болезнь. Если больной помогает врачу, то они выступают вдвоем против одного врага – болезни. В этом случае врач часто помогает – излечивает больного. А если больной не помогает врачу? То больной объединяется вместе с болезнью, и они выступают вдвоем, против одного врача. Трудно в этом случае приходится врачу, и не всегда он может здесь помочь. Вот почему больной должен непре-

⁵ Абульфарадж (1226–1286 гг.), которого называли также Григорий Иоанн Бар-Эбрей, великий врач и историк, родился в Армении, изучал с раннего детства философию, медицину и теологию. Уже в 20-летнем возрасте становится православным епископом в Алеппо (ныне – Халеб, Сирия). А еще через 20 лет (1266 г.) доктор Абульфарадж – глава мафриан – христиан, исповедовавших византийское учение. Абульфарадж, знавший множество языков, был горячим поклонником выдающегося врача Авиценны (980–1037 гг.), многотомный Канон которого, написанный по-арабски, он перевел на другие языки. Именно по этим принципам Абульфарадж лечил больных и учил будущих врачей.

менно помогать врачу на протяжении всего лечения, вплоть до полного и успешного излечения!» [20].

Воистину, как сказал наш Спаситель Иисус Христос: «Нет больше той любви, как если кто положит душу свою за друзей своих» (Ин 15:13). Несомненно, доктор Довженко был «милосердный самарянин» и человеколюбивый православный христианин, «положивший живот свой за други своя». Но далеко не все его ученики, приехавшие на учебу в Феодосию по путевкам Минздрава СССР, были готовы уподобиться своему великому учителю-подвижнику. Воистину, учитель умирает в своих учениках!.. Главным недостатком метода А.Р. Довженко в исполнении его материалистически настроенных учеников, являлся искусственно создаваемый (в том числе средствами массовой информации и безудержной саморекламой) псевдоавторитет «высоковолевой», «магнетической», «гипнотической», культовой личности врача (своего рода «врачебное кумирство»). И по мере усиления культа личности целителя и его роли в излечении больного снижалась активность самого пациента, несмотря на формальные призывы врача максимально активно объединиться в борьбе с болезнью. Такая пассивность больного, который становился лишь объектом врачебного воздействия «культовой личности», прямо нарушала Божью Заповедь: «Не сотвори себе кумира» – и со временем привела к резкому снижению эффективности лечения данным методом.

Заключение

Таким образом, основными достоинствами метода народного врача СССР, заслуженного врача УССР А.Р. Довженко явились: высочайший лечебный результат (не сопоставимый с официальными наркологическими методиками); массовость; краткосрочность и экономичность; возможность проведения лечения в самых разных условиях (на производстве, в домах культуры, кинотеатрах и т. п.); и, конечно же, этим методом было положено начало революционного для советской психотерапии перехода от внушения во сне к убеждению наяву.

Но главное – это была первая в советское время попытка высокопрофессионального и высокоавторитетного в обществе врача оказать больным зависимостями не только массовую медицинскую, но и духовную помощь, пробудить в людях желание полной трезвости.

Литература

1. Бажин А.А., Григорьев Г.И., Еремеев А.И. Клинические аспекты психопатологии, психофармакологии и эмоционально-эстетической психотерапии. – СПб. : ВМедА, 1999. – 186 с.
2. Бехтерев В.М. Роль внушения в общественной жизни : речь на актовом собрании Воен.-мед. акад. // Обзор. психиатрии, невропатол. и эксперим. психологии. – 1898. – № 1. – С. 1–19.
3. Буль П.И. Техника гипноза и внушения. – СПб. : Сентябрь, 2001. – 178 с.
4. Буль П.И., Григорьев Г.И., Мизерене Р.В. [и др.] Концептуальные основы метода стрессопсихотерапии по А.Р. Довженко // Вестн. психотерапии. – 2004. – № 11 (16). – С. 95–101.
5. Воробьева Т.М. О новых знаниях по нейробиологическим основам приобретенных мотиваций и их значению в эффективности стрессопсихотерапии по А.Р. Довженко [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.dovzhenko.ru/files/fact.php>.
6. Воробьева Т.М. Природа факторы и механизмы формирования зависимости от психоактивных соединений // Наркология. – 2004. – № 1. – С. 34–40.
7. Гофман А.Г. Клиническая наркология. – М., 2003. – 214 с
8. Григорьев Г.И. Результаты катамнестического наблюдения по лечению научных сотрудников системы Ленинградского научного центра АН СССР, страдающих хроническим никотинизмом и алкоголизмом, по методу А.Р. Довженко за период 1988–1989 годов // Теория и практика метода А.Р. Довженко : материалы IV всерос. науч.-практ. конф. – М., 1990. – С. 32.
9. Григорьев Г.И., Кузнецов О.Н. Массовые эмоционально-эстетические методы психотерапии как этап анонимного лечения хронического алкоголизма // Вестн. гипнологии и психотерапии. – 1991. – № 1. – С. 8–11.
10. Григорьев Г.И., Зверев В.Ф. Нетрадиционный аспект психопрофилактики алкогольной зависимости // Вестн. гипнологии и психотерапии. – 1992. – № 2. – С. 42–44.
11. Григорьев Г.И. Сохранить в чистоте метод А.Р. Довженко // Итоги и перспективы использования метода стрессопсихотерапии А.Р. Довженко в наркологии : материалы всерос. науч.-практ. конф. – М., 1992. – С. 98–102.
12. Григорьев Г.И. ДАР (Довженко Александр Романович) // Исцеление словом : о лечении болезненных влечений методом целебного зарока : [Вып. I]. – Псков : Отчина, 1993. – С. 13–17.
13. Григорьев Г.И., Гурвич И.Н. Клинико-статистические исследования метода лечебного зарока в психотерапии алкоголизма // Вестн. психотерапии. – 1995. – № 2 (7). – Сообщение 1 : Основные социальные и клинические характеристики изучаемого контингента. – С. 9–25.
14. Григорьев Г.И., Гурвич И.Н. Клинико-статистические исследования метода лечебного зарока в психотерапии алкоголизма // Вестн. психотерапии. – 1996. – № 3 (8). – Сообщение 2 : Кросс-секционный анализ. – С. 9–36.
15. Григорьев Г.И., Гурвич И.Н. Клинико-статистические исследования метода лечебного зарока в психотерапии алкоголизма // Вестн. психотерапии. – 1997. – № 4 (9). – Сообщение 3 : Многомерный анализ и обсуждение. – С. 9–40.

16. Григорьев Г.И., Слатвицкий А.И., Советная Н.В. Результаты многолетнего мониторинга больных алкоголизмом, пролеченных в МИРВЧ методом стрессопсихотерапии // Вестн. психотерапии. – 2004. – № 11 (16). – С. 108–120.

17. Григорьев Г.И. Кризисно-реабилитационная помощь при наркоманиях на основе стрессовой психотерапии : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 2004. – 47 с.

18. Григорьев Г.И. Метод духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зорка // Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. – Изд. 3-е, перераб. и доп. – СПб. [и др.] : Питер, 2006. – С. 327–332.

19. Довженко А.Р., Артемчук А.Ф., Болотова З.Н. [и др.]. Стрессопсихотерапия больных алкоголизмом в амбулаторных условиях // Журн. невропатол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1988. – № 2. – С. 94–97.

20. Довженко А.Р. Организация стрессопсихотерапии больных алкоголизмом в амбулаторных условиях : метод. рекомендации. – М. : Минздрав СССР, 1984. – 26 с.

21. Довженко А.Р. Стрессопсихотерапия алкоголизма (кодирование) // Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб., 1998. – С. 601–602.

22. Ерышев О.Ф. Жизнь без наркотиков: советы психолога. – СПб. : Пионер, 2001. – 160 с.

23. Ерышев О.Ф. Этапы течения ремиссий при алкоголизме и профилактика рецидивов : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 1998. – 52 с.

24. Пятницкая И.Н. Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма. – М. : Медицина, 1988. – 288 с.

25. Рожнов В.Е. Теория и практика советской психотерапии. – М. : Медицина, 1982. – 316 с.

26. Энтин Г.М., Гофман А.Г., Музыченко А.П., Крылов Е.Н. Алкогольная и наркотическая зависимость : практ. руководство для врачей. – М. : Медпрактика, 2002. – 328 с.

27. Эпштейн И.Ц., Эпштейн О.И. О повторном лечении больных алкоголизмом методом А.Р. Довженко // Вестн. гипнологии и психотерапии. – 1992. – № 2. – С. 45–48.

Поступила 30.10.2017

Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Для цитирования. Григорьев Г.И. О стрессопсихотерапии А.Р. Довженко // Вестн. психотерапии. 2017. № 64 (69). С. 49–64.

ON STRESS-PSYCHOTHERAPY BY A.R. DOVZHENKO

Grigoriev G.I.

North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov
(Kirochnaya Str., 41, Saint-Petersburg, Russia),
International Institute of Human Reserve Opportunities
(Pridorozhnaya Alley, 11, Saint-Petersburg, Russia).

✉ Grigorii Igorevich Grigoriev – Dr. Med. Sci. Prof., Professor of Department of General and Medical Psychology and Pedagogics, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov (Kirochnaya Str., 41, Saint-Petersburg, 191015, Russia), Director, International Institute of Human Reserve Opportunities (Pridorozhnaya Alley, 11, Saint-Petersburg, 194352, Russia), e-mail: grigorijgi@hotmail.com.

Abstract. Detailed description of the method of stress-psychotherapy of alcoholism is provided. The method was developed and practiced for many years by Alexander Romanovich Dovzhenko, the Peoples Doctor of the USSR, and Doctor Emeritus of Ukrainian SSR. The semantic core of this method is the suggestion formula that it is not yours (patient) but my (psychotherapist) will treat your illness. Elimination of the personality fixation against alcohol desire ultimately leads to disactualisation of the desire itself and complete disappearance of the alcohol craving. Patients are also taught that the directed efforts of the doctor with the help of special effects form a stable focus of nerve cells in the brain (like I.P. Pavlov's "wakeful focus" and A.A. Ukhtomskii's "dominant"), which from the moment of treatment blocks alcohol craving for specific period of time ("coding"). Qualitative distinction of "coding" from other methods of emotional-stressful psychotherapy is the innovative transition from traditional hypnosis while sleeping (altered state of consciousness) towards hypnosis while waking (without immersing the patient in hypnotic dream). Stress-psychotherapy by A.R. Dovzhenko's method is awakening and strengthening of desire of the patient himself to be treated in contrast to suppression of the patient's will by doctor.

Keywords: stress-psychotherapy, pathological dependencies, alcohol abuse, narcomania, Alexander Romanovich Dovzhenko, A.R. Dovzhenko method.

References

1. Bazhin A.A., Grigor'ev G.I., Eremeev A.I. Klinicheskie aspekty psikhopatologii, psikhofarmakologii i emotsional'no-esteticheskoi psikhoterapii [Clinical aspects of psychopathology, psychopharmacology and emotional-aesthetic psychotherapy]. Sankt-Peterburg. 1999. 186 p. (In Russ.)
2. Bekhterev V.M. Rol' vnusheniya v obshchestvennoi zhizni : rech' na aktovom sobranii Voenno-meditsinskoi akademii [Role of suggestion in public life: speech at the assembly meeting of the Military Medical Academy]. *Obozrenie psikhiatrii, nevropatologii i eksperimental'noi psikhologii* [Review of psychiatry, neuropathology and experimental psychology]. 1898. N 1. Pp. 1–19. (In Russ.)
3. Bul' P.I. Tekhnika gipnoza i vnusheniya [Technique of hypnosis and suggestion]. Sankt-Peterburg. 2001. 178 p. (In Russ.)
4. Bul' P.I., Grigor'ev G.I., Mizerene R.V. [et al.] Kontseptual'nye osnovy metoda stressopsikhoterapii po A.R. Dovzhenko [Conceptual basic methods of stress-

psychotherapy by A.R. Dovzhenko]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2004. N 11. Pp. 95–101. (In Russ.)

5. Vorob'eva T.M. O novykh znaniyakh po neurobiologicheskim osnovam priobretennykh motivatsii i ikh znacheniyu v effektivnosti stressopsikhoterapii po A.R. Dovzhenko [On new knowledge on neurobiological basis of acquired motivations and their value in effectiveness of stress-psychotherapy by A.R. Dovzhenko] [Electronic resource]. URL: <http://www.dovzhenko.ru/files/fact.php>. (In Russ.)

6. Vorob'eva T.M. Priroda faktory i mekhanizmy formirovaniya zavisimosti ot psikhooaktivnykh soedinenii [Nature factors and mechanisms of formation of dependence on psychoactive drugs]. *Narkologiya* [Narcology]. 2004. N 1. Pp. 34–40. (In Russ.)

7. Gofman A.G. Klinicheskaya narkologiya [Clinical narcology]. Moskva. 2003. 214 p. (In Russ.)

8. Grigor'ev G.I. Rezul'taty katamnesticeskogo nablyudeniya po lecheniyu nauchnykh sotrudnikov sistemy Leningradskogo nauchnogo tsentra AN SSSR, stradayushchikh khronicheskim nikotinizmom i alkogolizmom po metodu A.R. Dovzhenko za period 1988–1989 godov [Results of follow-up research in treatment by A. R. Dovzhenko method applied to scientists working for Leningrad Scientific Centre of USSR Academy of Sciences who suffer chronic nicotine and alcoholism for period 1988-1989]. *Teoriya i praktika metoda A.R. Dovzhenko* [Theory and practice of Dovzhenko method] : Scientific. Conf. Proceedings. Moskva. 1990. P. 32. (In Russ.)

9. Grigor'ev G.I., Kuznetsov O.N. Massovye emotsional'no-esteticheskie metody psikhoterapii kak etap anonimnogo lecheniya khronicheskogo alkogolizma [Mass emotional and aesthetic methods of psychotherapy as stage of anonymous treatment of chronic alcoholism]. *Vestnik gipnologii i psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 1991. N 1. Pp. 8–11. (In Russ.)

10. Grigor'ev G.I., Zverev V.F. Netraditsionnyi aspekt psikhoprofilaktiki alkogol'noi zavisimosti [Non-traditional aspect of psycho-prophylaxis of alcohol dependence]. *Vestnik gipnologii i psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 1992. N 2. Pp. 42–44. (In Russ.)

11. Grigor'ev G.I. Sokhranit' v chistote metod A.R. Dovzhenko. *Itogi i perspektivy ispol'zovaniya metoda stressopsikhoterapii A.R. Dovzhenko v narkologii* [Dovzhenko method clean. Results and prospects of use of stress-psychotherapy by A.R. Dovzhenko in narcology] : Scientific. Conf. Proceedings. Moskva. 1992. Pp. 98–102. (In Russ.)

12. Grigor'ev G.I. DAR (Dovzhenko Aleksandr Romanovich) [DAR (Dovzhenko Aleksandr Romanovich)]. Istselenie slovom: o lechenii boleznykh vlechenii metodom tselebnogo zaroka [Word Healing: on treatment of painful desires by method of curative vow] : [Issue I]. Pskov. 1993. Pp. 13–17. (In Russ.)

13. Grigor'ev G.I., Gurvich I.N. Kliniko-statisticheskie issledovaniya metoda lechebnogo zaroka v psikhoterapii alkogolizma [Clinical and statistical studies of curative vow in alcohol psychotherapy]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 1995. N 2. Message 1 : Osnovnye sotsial'nye i klinicheskie kharakteristiki izuchaemogo kontingenta [Main social and clinical characteristics of study population]. Pp. 9–25. (In Russ.)

14. Grigor'ev G.I., Gurvich I.N. Kliniko-statisticheskie issledovaniya metoda lechnogo zaroka v psikhoterapii alkogolizma [Clinical and statistical studies of curative vow in alcohol psychotherapy]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 1996. N 3. Message 2 : Kross-sektsionnyi analiz [Cross-section analysis]. Pp. 9–36. (In Russ.)

15. Grigor'ev G.I., Gurvich I.N. Kliniko-statisticheskie issledovaniya metoda lechnogo zaroka v psikhoterapii alkogolizma [Clinical and statistical studies of curative vow in alcohol psychotherapy]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 1997. N 4. Message 3 : Mnogomernyi analiz i obsuzhdenie [Multidimensional analysis and discussion]. Pp. 9–40. (In Russ.)

16. Grigor'ev G.I., Slatvitskii A.I., Sovetnaya N.V. Rezul'taty mnogoletnego monitoringa bol'nykh alkogolizmom, prolechennykh v MIRVCh metodom stressopsikhoterapii [Results of long-term monitoring of alcoholic patients treated in MIRVCh (International Institute of Human Reserve Opportunities) by psychotherapy method]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2004. N 11. Pp. 108–120. (In Russ.)

17. Grigor'ev G.I. Krizisno-reabilitatsionnaya pomoshch' pri narkomaniyakh na osnove stressovoi psikhoterapii [Crisis rehabilitation assistance in drug addictions on the basis of stress-psychotherapy] : Abstract dissertation Dr. Med. Sci. Sankt-Peterburg. 2004. 47 p. (In Russ.)

18. Grigor'ev G.I. Metod dukhovno orientirovannoi psikhoterapii v forme tselebnogo zaroka [Method of spiritually oriented psychotherapy in the form of curative vow]. *Psikhoterapevticheskaya entsiklopediya* [Psychotherapeutic Encyclopedia]. Ed. B.D. Karvasarskii]. Ed. B.D. Karvasarskii. 3rd edition. Sankt-Peterburg. 2006. Pp. 327–332. (In Russ.)

19. Dovzhenko A.R., Artemchuk A.F., Bolotova Z.N. [et al.]. Stressopsikhoterapiya bol'nykh alkogolizmom v ambulatornykh usloviyakh [Stress-psychotherapy of alcohol patients in outpatient settings]. *Zhurnal nevropatologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 1988. N 2. Pp. 94–97. (In Russ.)

20. Dovzhenko A.R. Organizatsiya stressopsikhoterapii bol'nykh alkogolizmom v ambulatornykh usloviyakh [Organisation of stress-psychotherapy of alcohol patients in outpatient settings]. Moskva. 1984. 26 p. (In Russ.)

21. Dovzhenko A.R. Stressopsikhoterapiya alkogolizma (kodirovanie) [Stress-psychotherapy of alcoholism (coding)]. *Psikhoterapevticheskaya entsiklopediya* [Psychotherapeutic Encyclopedia]. Ed. B.D. Karvasarskii. Sankt-Peterburg. 1998. Pp. 601–602. (In Russ.)

22. Eryshev O.F. Zhizn' bez narkotikov: sovery psikhologa [Life without drugs: advice of a psychologist]. Sankt-Peterburg. 2001. 160 p. (In Russ.)

23. Eryshev O.F. Etapy techeniya remissii pri alkogolizme i profilaktika retsidivov [Stages of alcoholic relapse development and relapses prevention] : Abstract dissertation Dr. Med. Sci. Sankt-Peterburg. 1998. 52 p. (In Russ.)

24. Pyatnitskaya I.N. Zloupotreblenie alkogolem i nachal'naya stadiya alkogolizma [Alcohol abuse and initial stage of alcoholism]. Moskva. 1988. 288 p. (In Russ.)

25. Rozhnov V.E. Teoriya i praktika sovetskoi psikhoterapii [Theory and practice of Soviet psychotherapy]. Moskva. 1982. 316 p. (In Russ.)

26. Entin G.M., Gofman A.G., Muzychenko A.P., Krylov E.N. Alkogol'naya i narkoticheskaya zavisimost' [Alcohol and drug addictions: Practical guide for doctors]. Moskva. 2002. 328 p. (In Russ.)

27. Epshtein I.Ts., Epshtein O.I. O povtornom lechenii bol'nykh alkogolizmom metodom A.R. Dovzhenko [On repeated treatment of alcoholic patients by method of A.R. Dovzhenko]. *Vestnik gipnologii i psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 1992. N 2. Pp. 45–48. (In Russ.)

Received 30.10.2017

For citing. Grigor'ev G.I. O stressopsikhoterapii A.R. Dovzhenko. *Vestnik psikhoterapii*. 2017. N 64. Pp. 49–64. **(In Russ.)**

Grigoriev G.I. On stress-psychotherapy by A.R. Dovzhenko. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2017. N 64. Pp. 49–64.

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПАЦИЕНТОВ
И ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТРЕССОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ,
ПРОВОДИМОЙ В РЕСПУБЛИКАНСКОМ НАРКОЛОГИЧЕСКОМ
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ ИМ. А.Р. ДОВЖЕНКО**

**MEDICAL-SOCIAL SYMPTOMS IN PATIENTS AND EFFICIENCY
OF STRESS PSYCHOTHERAPY IN A.R. DOVZHENKO NATIONAL
NARCOLOGICAL PSYCHOTHERAPEUTIC CENTER**

- ¹ Международная ассоциация по изучению резервных возможностей человека (Россия, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11);
- ² Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2)

¹ International association of human potential abilities study
(Pridorozhnaya Alley, 11, St. Petersburg, Russia);

² Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Academica Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, Russia)

В 1997–2001 гг. в Республиканском наркологическом психотерапевтическом центре им. А.Р. Довженко (Автономная Республика Крым, Украина) ме-

✉ Андреев Владимир Александрович – врач-нарколог, психотерапевт, Междунар. ассоц. по изучению резервных возможностей человека (Россия, 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11), индивидуальный предприниматель (Россия, 298112, Республика Крым, г. Феодосия, бул. Старшинова, д. 12, кв. 125), e-mail: dovzhenkomuseumandreev@yandex.ru. Vladimir Aleksandrovich Andreev – narcologist, psychotherapist of the International Institute for Reserve Human Capacities (Pridorozhnaya Alley 11, St. Petersburg, Russia), individual entrepreneur (13 Krymskaya St., apt. 19, Feodosia, Republic of Crimea, 298112, Russia), e-mail: dovzhenkomuseumandreev@yandex.ru;

Евдокимов Владимир Иванович – д-р мед. наук проф., Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), e-mail: 9334616@mail.ru. Vladimir Ivanovich Evdokimov – Dr. Med. Sci. Prof., Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Academica Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: 9334616@mail.ru;

Андреев Александр Владимирович – врач-психиатр (Россия, 298112, Республика Крым, г. Феодосия, бул. Старшинова, д. 12, кв. 125), e-mail: avamail@mail.ru. Alexander Vladimirovich Andreev – psychiatrist (Starshinova Blvd., 12, apt. 125, Feodosia, Republic of Crimea, 298112, Russia), e-mail: avamail@mail.ru.

тодом стрессовой психотерапии, разработанным А.Р. Довженко, пролечено 2749 пациентов с аддикциями, в том числе с алкоголизмом – 2500, наркоманиями – 35, никотинизмом – 214. Установлено достоверное увеличение всех пролеченных пациентов, женщин, служащих и предпринимателей, больных в возрасте 31–50 лет. За 5 лет 472 (15,4 %) пациента по собственному решению сняли психотерапевтический код. В 39,8 % причиной добровольного снятия кода было стрессовое состояние, в 12,3 % – самоуверенность. Нарушили код 36,6 % пациентов. Больных пролеченных повторно было 943 (34,3 %). Среди этих пациентов преобладали лица с истечением срока кода и необходимостью закреплением кода (71,9 %), и возобновлением кода после его снятия (28,1 %). Эффективность метода стрессовой психотерапии по А.Р. Довженко в среднем в течение одного года составила 93,4 %, двух лет – 88,5 %, трех лет – 85,2 %, четырех лет – 83 %, пяти лет – 80,8 %. Исследования эффективности метода стрессовой психотерапии по А.Р. Довженко необходимо продолжить.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, стрессовая психотерапия, психотерапевтическое кодирование, психиатрия, наркология, аддикция, Александр Романович Довженко.

In 1997–2001, 2,749 patients with addictions were treated at the A.R. Dovzhenko Republican Narcological Psychotherapeutic Center (Autonomous Republic of Crimea, Ukraine) using the stress psychotherapy method developed by A.R. Dovzhenko, including 2,500 patients with alcoholism, 35 with drug addiction, and 214 with nicotineism. A reliable increase in the number of all treated patients, women, employees and entrepreneurs, patients aged 31–50 was established. Over 5 years, 472 patients (15.4 %) chose to remove their psychotherapeutic code. In 39.8 %, the cause of the removal of the SPT code was a stressful state, 12.3 % – overconfidence. 36.6 % of patients violated the code. There were 943, or 34.3 % patients who underwent retreatment. Among these patients, persons with the expiration of the code and the need to secure the code (71.9 %) and to renew the code after its removal (28.1 %) prevailed. The effectiveness of Dovzhenko's stress psychotherapy method during one year averaged 93.4 %, two years – 88.5 %, three years – 85.2 %, four years – 83 %, five years – 80.8 %. Studies of the effectiveness of the A.R. Dovzhenko stress psychotherapy method should continue.

Key words: clinical (medical) psychology, stress psychotherapy, psychotherapeutic coding, psychiatry, narcology, addiction, Alexandr Romanovich Dovzhenko.

Введение

Широкая известность и высокая эффективность стрессовой психотерапии по методу А.Р. Довженко (СПТ) определили необходимость создания в 1982 г. Республиканского наркологического психотерапевтического центра Минздрава Украинской ССР (г. Феодосия, Крым), пополнив штат необходимыми специалистами и упорядочив систему приема больных по путевкам облздравотделов [3, 10, 11]. Со времени образования до ухода из жизни в 1995 г. центр возглавлял Александр Романович Довженко.

С 1982 по 1993 г. в центре получили лечение более 100 тыс. человек. К сожалению, полный архив центра не сохранился. По отчетам центра, среди пролеченных пациентов более 29 тыс. человек не употребляли психоактивные вещества, в том числе алкоголь – 86,8 %, наркотики – 1,7 %, не курили табак – 4,6 %, прочие средства – 6,9 % пациентов [1]. В результате личного участия председателя Госплана СССР Н.К. Байбакова центру в декабре 1984 г. было выделено в г. Феодосии одно из самых красивых зданий – «Дача Стамболи» (рис. 1).



Рис. 1. Ученики с мастером в помещении РНПЦ на «Даче Стамболи» – одном из самых красивых зданий г. Феодосии, 1991 г. (слева направо: С.В. Кизимов, В.А. Андреев, П.А. Бондаренко и А.Р. Довженко)

К сожалению, распад СССР, ухудшающееся здоровье А.Р. Довженко и ряд других причин социального и экономического плана привели к реорганизации деятельности центра. В Республике Украина не было возможности финансировать работу центра. «Дачу Стамболи» отдали более состоятельным арендаторам, и там открыли банк, а затем ресторан.

Республиканский наркологический психотерапевтический центр (РНПЦ) Минздрава Автономной Республики Крым был создан 19.07.1993 г. на основании приказа Министерства охраны здоровья Республики Украина от 22.01.1993 г. № 12 «О ликвидации Республиканского наркологического

психотерапевтического центра МЗ Украины», постановления Верховного Совета Республики Крым от 26.03.1993 г. № 278-1 «Об управлении имуществом, находящимся в республиканской собственности» и приказа Фонда госимущества Республики Крым от 29.04.1993 г. № 300. Приказом отдела охраны здоровья Совета министров Республики Крым (Украина) № 165 от 19.07.1993 г. открыт как Крымский Республиканский хозрасчетный наркологический психотерапевтический центр в г. Феодосия. В целях увековечения памяти народного врача СССР, заслуженного врача Украины А.Р. Довженко правительство Автономной Республики Крым (Украина) присвоила в 1995 г. его имя РНПЦ, а директором центра назначен ученик А.Р. Довженко врач-психотерапевт В.Н. Усцелимов.

Деятельность РНПЦ им. А.Р. Довженко была определена уставом. Основной вид деятельности, зарегистрированный в уставе, – лечение по методу СПТ больных с синдромами зависимости и другими психическими расстройствами. Центр был вынужден арендовать помещения в медицинском пункте спортивно-оздоровительного учреждения «Динамо» (г. Феодосия).

В 21.01.2010 г. РНПЦ им. А.Р. Довженко был реорганизован во внебюджетное подразделение в г. Феодосия Крымского Республиканского Учреждения «Наркологический Диспансер» города Симферополя с целью проведения лечения по методу Довженко на его базе, но 30.09.2011 г. и оно было закрыто из-за нерентабельности. Причина – финансовые проблемы в стране. Использование метода Довженко в государственных учреждениях здравоохранения в республике Крым было фактически свернуто.

Метод продолжили практиковать в небольшом количестве здравствующие ученики А.Р. Довженко в статусе индивидуальных предпринимателей. К сожалению, используя термины метода Довженко, многочисленные лжеученики и лжепоследователи стали обещать доверчивым пациентам и их родственникам за 5–25 мин избавиться от проблем любой зависимости, что значительно ухудшало эффективность такого лечения и распространяло негативную информацию о методе.

В результате переездов и отсутствия собственного помещения часть архива РНПЦ им. А.Р. Довженко была утрачена, строгого анализа деятельности центра не проводилось. Авторами статьи поставлена задача восполнить недостающие сведения.

Цель – провести анализ медико-социальных показателей пациентов центра в 1997–2001 гг. и установить 5-летнюю эффективность метода СПТ по А.Р. Довженко.

Материал и методы

Провели анализ социально-медицинских показателей пациентов, проходивших психотерапевтическое лечение в РНПЦ им. А.Р. Довженко за 5 лет, с 1997 по 2001 г. (г. Феодосия, Крым, Республика Украина).

Для лечения пациентов использовали метод СПТ, разработанный А.Р. Довженко, описанный им в методических рекомендациях [8] и зарегистрированный патентами на изобретениям СССР и России [7, 9].

Прием пациентов в центре проходил со вторника по субботу с 9.00 по 17.00, лечебные сеансы СПТ – по вторникам, четвергам и субботам, по мере комплектования групп. В связи с самокупаемой экономической формой работы центра, больные оплачивали свое лечение по прейскуранту, утвержденному Минздравом Автономной Республики Крым (Украина). Перед проведением СПТ пациенты давали письменное информированное согласие. Перед сеансом СПТ пациент был должен:

- иметь искреннее желание лечиться;
- пройти консультативный прием;
- за 10–15 дней до сеанса исключить спиртные изделия (табак, психоактивные вещества) во избежание осложнений из-за малого срока воздержания;
- 7 дней до сеанса не употреблять крепкий кофе, крепкий чай, шоколад, цитрусовые, снотворные, обезболивающие, успокаивающие препараты;
- помогать врачу, выполняя его рекомендации.

Причинами исключения являлись психотическое состояние пациента и несоблюдение условий, необходимых для эффективного лечения. При невозможности самостоятельно отказаться от алкоголя (психоактивных веществ) пациенты прибегали к услугам нарколога по снятию синдрома отмены при помощи лекарственных препаратов.

Сеанс СПТ в группах проводили психотерапевты центра. Длительность сеанса была 2–2¹/₂ ч. Помещение, в котором осуществляли ПТР, было умеренно затемнено, а врач-психотерапевт, сидящий за столом, – хорошо освещен (рис. 2). Во время сеанса исключались посторонние звуки. Отрицательным фактором являлось то, что из-за проблем с отоплением в холодное время года не всегда удавалось поддерживать комфортную температуру воздуха в помещениях гипнотария и кабинетов центра.

Методику СПТ по А.Р. Довженко условно делили на 3 части [8]. В 1-й части проводили вводную беседу косвенной (опосредованной) суггестией о социальном и биологическом вреде злоупотребления алкоголем (психоактивными веществами).

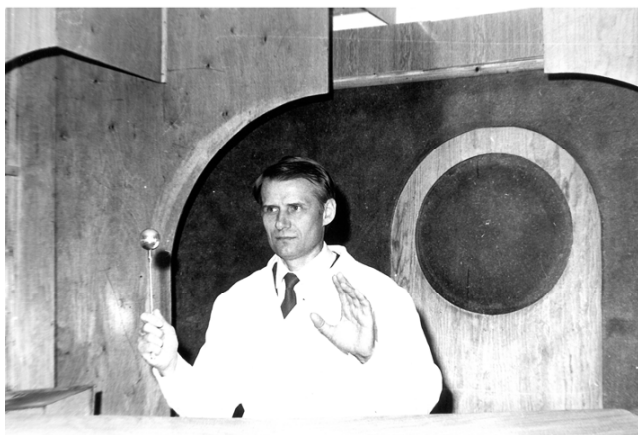


Рис. 2. Сеанс СПТ проводит врач-психотерапевт В.А. Андреев

Во 2-й части осуществляли рациональную психотерапию, кульминационные моменты которой завершали эмоционально-стрессовыми императивными суггестиями с элементами драматизации и ритуальных действий. Пациентов просили принять удобную позу, глаза – открыты, предлагали внимательно смотреть на переносицу врача. У пациентов в состоянии легкой гипноидности (иногда у них возникал и гипнотический транс) формировали доминанту неупотребления алкоголя (психоактивных веществ).

Вводили смысловое понятие «кода». В формуле внушения использовали ключевые слова, которые оказывали психотерапевтическое воздействие на пациента – «код», «кодирование», «раскодирование», «стресс при нарушении кода» и проч. (оставьте авт. надо – и пр.) Формировали программу нового образа жизни поведения пациента после кодирования, с установкой на здоровый и трезвый образ жизни. Во время сеанса акцентировали внимание на утверждении А.Р. Довженко о нежелательности повторного лечения и в то же время давали пациенту право выбора, на какой срок он будет закодирован. В психотерапии этот прием называют «выбор без выбора», когда с пациентом обсуждают только срок, на который он будет закодирован, создавая у него иллюзию свободы выбора.

А.Р. Довженко сравнивал формирование доминанты о неотвратимости смерти при несоблюдении сроков кодирования с часовым механизмом взрывателя мин (фугасов) [8]. Обращалось внимание на то, что эта неотвратимость наступит в любом случае. «Срабатывание кода» может возникнуть в более позднем периоде (острое нарушение мозгового кровообраще-

ния, инфаркт миокарда и проч.). (оставьте авт. надо – и пр.) Лицам, нарушившим запрет, необходимо было быстрее «раскодирование».

В конце этого периода отвечали на возникшие вопросы и разрешали сомнения пациентов.

3-ю часть СПТ проводили в индивидуальном порядке и только после дачи расписки пациентом о предупреждении об опасных для жизни последствиях, которые возможны при возобновлении употребления алкоголя (психоактивных веществ). Сущность этой части методики состояла в непосредственном кодировании больного – выборе срока, который после сеанса он не будет употреблять алкоголь (1 год, 3 года, 5 лет, вся жизнь), и физическом воздействии до легкого болевого порога на супраорбитальные точки выхода глазничного нерва (болевая точка Валле).

Для статистической обработки данных использовали пакет программ Statistica 10.0. В тексте представлены средние арифметические показатели и ошибки средних величин ($M \pm m$). Динамику использованных показателей исследовали с помощью анализа динамических рядов и расчета полиномиального тренда 2-го порядка.

Результаты и их анализ

В 1997–2001 гг. в РНПЦ им. А.Р. Довженко обратились за медицинской помощью 5277 пациентов (табл. 1). 2872 (54,4 %) пациентам было назначено лечение, а для 2405 (45,6 %) проведено консультирование. Среднегодовое количество обращений пациентов в центре было – 1055 ± 48 .

Среди всех пролеченных больных психотерапевтическое лечение по методу А.Р. Довженко проведено 2749 (95,7 %), неотложная фармакотерапия для снятия синдрома отмены – 45 (1,6 %), другие методы лечения – 78 (2,7 %) пациентам. Динамика количества пациентов в РНПЦ, пролеченных методом СПТ по А.Р. Довженко, представлена на рис. 3. В среднем ежегодно лечились по (550 ± 34) человека.

Таблица 1

Общая обращаемость пациентов в РНПЦ им. А.Р. Довженко

Метод лечения	Год					Итого
	1997	1998	1999	2000	2001	
Пролечено методом СПТ, в том числе:	482	502	499	621	645	2749
● снятие кода, их них:	61	83	60	68	38	310
алкоголизм	56	77	58	68	38	297
наркомания	1	0	0	0	0	1
никотинизм	4	6	2	0	0	12
● продление кода	14	8	4	2	0	28
● закрепление кода	17	23	24	19	34	117
Неотложная фармакотерапия (снятие синдрома отмены)	8	36	1	0	0	45
Пролечено другими методами	15	36	3	9	15	78
Назначено лечение	505	574	503	630	660	2872
Консультирование	401	473	503	512	516	2405
Общая обращаемость	906	1047	1006	1142	1176	5277

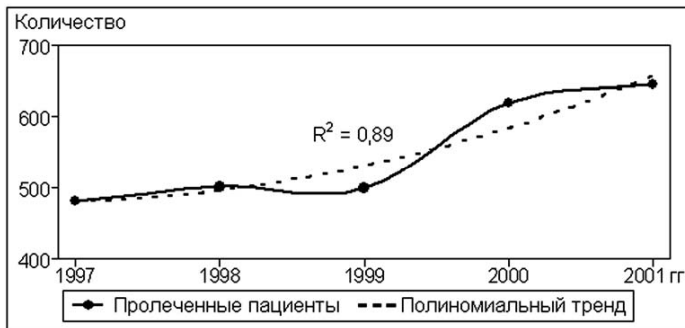


Рис. 3. Динамика количества пациентов в РНПЦ, пролеченных методом СПТ по А.Р. Довженко

Больных с аддикциями было 2749 (95,7 %), с прочими психическими расстройствами – 123 (4,3 %). Среди зависимостей преобладали пациенты с хроническим алкоголизмом и никотинизмом (табл. 2). Уместно заметить, что авторы намеренно вывели пациентов с переяданием из раздела аддикций. По организационным причинам они не будут учтены в других таблицах. Структура пролеченных пациентов СПТ по А.Р. Довженко представлена на рис. 4.

Таблица 2

Количество пациентов, получивших в РНПЦ им. А.Р. Довженко
психотерапевтическое лечение

Нозология (шифр по МКБ-10)	Год					Итого
	1997	1998	1999	2000	2001	
Зависимости, из них:	482	502	499	621	645	2749
хронический алкоголизм (F10.1–10.2)	419	457	452	570	602	2500
наркомания (F 11.1, 12.1, 13.1, 15.1, 16.1, 18.1, 19.1)	25	8	0	1	1	35
никотинизм (F17.1)	38	37	47	50	42	214
Прочие расстройства, из них:	23	72	4	9	15	123
переедание (ожирение) (F50.2–50.4)	5	15	1	5	11	37
энурез (F98.0)	4	4	1	0	0	9
неврозы (F40–44; 48)	6	17	1	4	4	32
соматоформные расстройства (F45)	8	36	1	0	0	45
Всего	505	574	503	630	660	2872

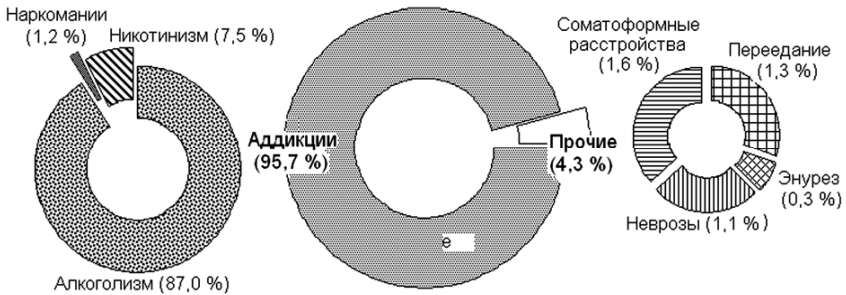


Рис. 4. Структура пациентов, получивших в РНПЦ им. А.Р. Довженко психотерапевтическое лечение (1997–2001 гг.)

Среди пациентов мужчины составили 83,2 %, женщины – 16,8 %. Полиномиальный тренд при среднем коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,77$) показывает достоверное увеличение доли пациентов-женщин с аддикциями (рис. 5).

Полиномиальные тренды количества пациентов с аддикциями в возрасте 31–40 и 41–50 лет со значимыми коэффициентами детерминации ($R^2 = 0,87$ и $R^2 = 0,70$ соответственно) показывали увеличение данных. В структуре пролеченного массива пациентов с аддикциями преобладали лица в возрасте 31–50 лет (57,5 %). На рис. 6 видно увеличение доли пациентов в

возрасте 31–40 и 41–50 лет и уменьшение доли пациентов остальных возрастных групп.



Рис. 5. Динамика доли пролеченных женщин с аддикциями

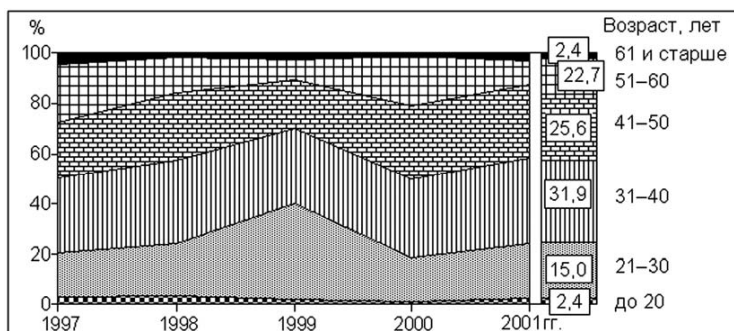


Рис. 6. Динамика структуры возраста пациентов с аддикциями

Полиномиальные тренды количества пролеченных служащих и предпринимателей, безработных, лиц рабочих профессий и военнослужащих при значимых коэффициентах детерминации ($R^2 = 0,89, 0,93, 0,61$ и $0,94$ соответственно) показывали увеличение данных. В структуре пациентов с аддикциями преобладали служащие и предприниматели (28,7 %) и безработные (26,8 %). В динамике структуры отмечается увеличение доли пациентов служащих, предпринимателей и военнослужащих, стабилизация – рабочих, фермеров и безработных и уменьшение – пенсионеров и студентов (рис. 7).

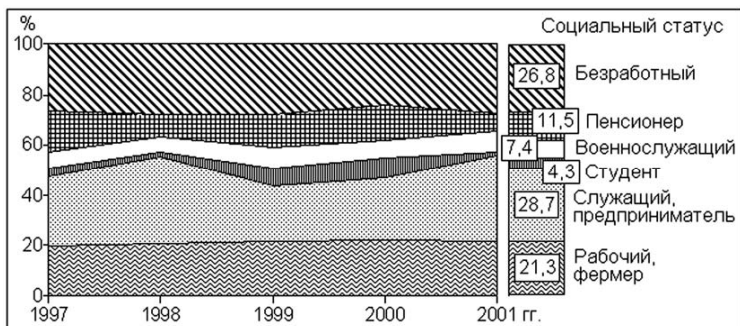


Рис. 7. Динамика структуры социального статуса пациентов с аддикциями

Как и следовало ожидать, наибольшее количество пролеченных пациентов с аддикциями проживали в Автономной Республике Крым (42,4 %) и в г. Феодосия (35,7 %), что можно объяснить регулярно проводимыми информационными и рекламными мероприятиями в средствах массовой информации, в первую очередь в Интернете, и огромным авторитетом имени Довженко, сохраняющимся на анализируемый период. Полиномиальные тренды количества пациентов, проживающих в Крыму и г. Феодосия, при высоких коэффициентах детерминации ($R^2 = 0,75$ и $R^2 = 0,96$ соответственно) показывали достоверное увеличение данных.

Пациенты, прибывавшие на лечение из других регионов Украины и СНГ, составили 16,4 и 5,5 % соответственно. Отмечается их уменьшение в динамике, что связывается с экономическими проблемами (высокой стоимостью проезда, размещения и т. д.).

В общей сложности за 5 лет 472 (15,4 %) пациента сняли СПТ-код. В 39,8 % причиной снятия СПТ-кода было стрессовое состояние, в 12,3 % – самоуверенность, 36,6 % – нарушили СПТ-код (рис. 8).

Больных, пролеченных повторно, было 943, или 34,3 %. Среди этих пациентов преобладали лица с истечением срока кода и необходимостью закреплением кода (71,9 %) и возобновлением кода после его снятия (28,1 %).

За эффективность метода СПТ по А.Р. Довженко нами была принята функция сохранения состояния ремиссии у пролеченных пациентов. Как правило, под наблюдение попадали пациенты со срывом ремиссии (табл. 3). При определении эффективности СПТ по А.Р. Довженко определили также количество пациентов, ушедших из-под врачебного наблюдения. Из годового числа пролеченных пациентов вычитали количество больных, посещавших врача. В 1997 г. процент ушедших из-под врачебного контро-

ля центра составил 36,7, в 1998 г. – 42,6, в 1999 г. – 49,5, в 2000 г. – 51,5, в 2001 г. – 58,6. Об эффективности лечения этих лиц собирали косвенный анамнез (сведения родственников, знакомых, новых пациентов, которые по рекомендации уже пролеченных поступали в психотерапевтический центр, и пр.). При этом не учитывались лица, у которых закончился срок СПТ-кода и они не обратились в РНПЦ им. А.Р. Довженко или нарушили код и его у психотерапевта не снимали, что, несомненно, изменило бы показатели эффективности метода.

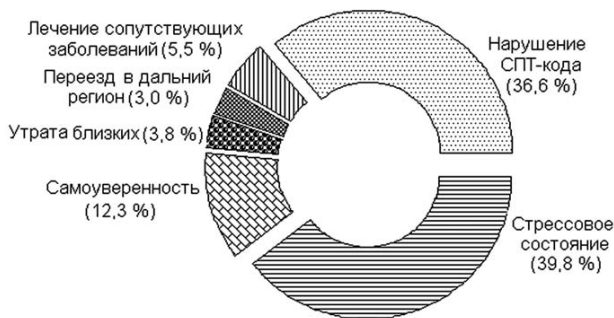


Рис. 8. Структура причины снятия и нарушения СПТ-кода

Таблица 3

Процент пациентов, пролеченных методом СПТ по А.Р. Довженко, нарушивших код и сохранивших состояние ремиссии

Год лечения	Количество наблюдавшихся больных	Интенсивность срыва					Ремиссия, год				
		1997	1998	1999	2000	2001	1-й	2-й	3-й	4-й	5-й
1997	307	10,4	16,3	18,4	18,9	19,2	89,6	83,7	81,6	81,1	80,8
1998	288		6,9	11,8	14,2	15,2	93,1	88,2	85,8	84,8	
1999	252			6,7	10,3	11,9	93,3	89,7	88,1		
2000	301				4,7	7,6	95,3	92,4			
2001	267					4,5	95,5				

Апробация метода анализа времени выживания (Survival analysis) с учетом цензурированных пациентов с зависимостями (случаев ухода пациентов из-под наблюдения) при проведении психотерапии представлено в исследованиях ученых Международного института резервных возможностей человека (Санкт-Петербург) [6]. Для оценивания длительности ремис-

сии у больных со сроком зарока до 10 лет включительно использовались правила:

– если срок воздержания от алкоголя совпадал со сроком зарока, то длительность ремиссии определялась сроком зарока;

– если было нарушение зарока до срока его завершения, то длительность ремиссии определялась от даты сеанса психотерапии до даты нарушения зарока;

– если пациент снял зарок без его нарушения до завершения срока зарока, то длительность ремиссии определялась от даты сеанса психотерапии до даты снятия зарока;

– если было прекращено посещение сеансов поддерживающей психотерапии, а сведения о срывах отсутствовали, то длительность ремиссии определялась от даты сеанса психотерапии до даты последнего посещения врача.

Оказалось, что показатели функции сохранения ремиссии по методу анализа времени выживания были меньше приведенных в табл. 3. До 72 % больных алкоголизмом общего массива, пролеченных духовно ориентированной психотерапией в форме целебного зарока на православной основе, сохранили состояние ремиссии в течение первого года, 51 % – трехлетнюю ремиссию, до 47 % – пятилетнюю и до 30 % – десятилетнюю ремиссию [5].

При всех прочих условиях длительность функции сохранения ремиссии у пациентов с алкоголизмом при психотерапии, проведенной Г.И. Григорьевым (учеником А.Р. Довженко) и соавт., зависела от срока выбранного ими зарока (табл. 4).

Таблица 4

Процент сохранения десятилетней ремиссии у больных алкоголизмом, пролеченных методом духовно-ориентированной психотерапии с различными сроками зарока [5]

Длительность ремиссии, лет	1 год	3 года	5 лет	10 лет и более	Вся жизнь
1	37,2	51,5	54,6	60,9	70,3
2	29,9	37,6	40,0	44,2	50,6
3	23,6	32,6	32,0	33,2	38,3
4	23,6	30,1	28,3	27,0	33,6
5	19,8	25,0	24,5	24,1	31,3
6	18,8	24,0	23,8	21,9	27,3
7	17,7	23,4	21,7	20,3	24,9
8	15,2	22,6	20,6	17,2	23,3
9	13,9	21,7	18,3	16,4	22,4
10	12,7	19,5	17,0	15,5	19,6

Пациенты, систематически обращавшиеся за медицинским консультированием, показывали более длительную ремиссию. Например, частота 5-летней ремиссии у пациентов с алкоголизмом, обращавшихся за психотерапевтической помощью 4 раза, без нарушения зарека составила 82 % [5].

В среднем эффективность лечения у пациентов в РНПЦ им. А.Р. Довженко в 1997–2001 гг. в течение 1-го года составила 93,4 %, двух лет – 88,5 %, трех лет – 85,2 %, четырех лет – 83 %, пяти лет – 80,8 %. Эти данные в основном соответствовали результатам лечения методом СПТ по А.Р. Довженко другими психотерапевтами [3, 4, 10].

Например, по данным А.Ф. Артемчука, из 618 пациентов, застрахованных компанией «Европейская», 93,4 % находились в состоянии терапевтической ремиссии в течение 3 лет [4]. Но они были больше, чем в публикациях Д.А. Автономова [2], Г.И. Григорьева [6], Г.М. Энтина, С.Г. Копорова [12] и др. Исследования эффективности метода СПТ по А.Р. Довженко необходимо продолжить.

Заключение

В 1997–2001 гг. в Республиканском наркологическом психотерапевтическом центре им. А.Р. Довженко (Автономная Республика Крым, Украина) методом стрессовой психотерапии, разработанным А.Р. Довженко было пролечено 2749 пациентов с аддикциями, в том числе с алкоголизмом – 2500, наркоманиями – 35, никотинизмом – 214.

Выявлено достоверное увеличение всех пролеченных пациентов, женщин с аддикциями, служащих и предпринимателей, больных в возрасте 31–50 лет.

В общей сложности за 5 лет 472 (15,4 %) пациента по собственному решению сняли код стрессовой психотерапии по А.Р. Довженко. В 39,8 % причиной добровольного снятия кода было стрессовое состояние, в 12,3 % – самоуверенность. Нарушили код 36,6 % пациентов. Больных пролеченных повторно было 943 (34,3 %). Среди этих пациентов преобладали лица с истечением срока кода и необходимостью закреплением кода (71,9 %) и возобновлением кода после его снятия (28,1 %).

Эффективность метода стрессовой психотерапии по А.Р. Довженко в среднем в течение 1-го года составила 93,4 %, двух лет – 88,5 %, трех лет – 85,2 %, четырех лет – 83 %, пяти лет – 80,8 %. Исследования эффективности метода стрессотерапии по А.Р. Довженко необходимо продолжить.

Introduction

Wide popularity and high efficiency of stress-psychotherapy according to the method of A.R. Dovzhenko determined it necessary to make a National Narcological Psychotherapeutic Center of Health Ministry of Ukrainian Soviet Socialist Republic (Feodosia, Crimea) in 1982, recruiting necessary experts and regulating the system of patient reception, who had public health administration vouchers [3, 10, 11]. From the moment of its establishment till 1995 the center was led by Aleksandr Romanovych Dovzhenko.

From 1982 to 1993 100,000 patients were treated in this center. According to the center's reports more than 29 thousand pretreated people did not take psychoactive things. 86.8 % of patients did not take alcohol, 1.7 % – did not take drugs, 4.6 % – did not smoke tobacco, 6.9 % – did not take any other substances [1].

As a result of N.K. Baibakov (the Chair of State Planning Committee of the USSR) and M.S. Solomentseva's (The Chairman of Political Control Committee of Central Committee of the Communist Party of the Soviet Union) personal participation, the center received the best building «Dacha Stamboli» in 1984 (fig.1).



Fig. 1. Students with their teacher in the building of National Narcological Psychotherapeutic Center at «Dacha Stamboli» – one of the most beautiful buildings in Feodosia, 1991 (from left – to right: S.V. Kizimov, V.A. Andreev, P.A. Bondarenko and A.R. Dovzhenko)

Unfortunately the Soviet Union collapse, A.R. Dovzhenko's health deterioration and some other social and economic reasons led to the center reorganization. The Republic of Ukraine had no opportunities to finance the center activity. «Dacha Stamboli» (the residence that belonged to the center) was rented to more high-incomed lessees. First, this building was rented to a bank, then to a restaurant.

National Narcological Psychotherapeutic Center of the Crimea Ministry of Health was founded on July 19, 1993 on the basis of an order N 12 of Ministry of Health of Ukraine from Jan 22, 1993 «The order of liquidation of National Narcological Psychotherapeutic Center of Ukraine Ministry of Health». On March 26, 1993 Supreme Soviet of Autonomous Republic of Crimea decreed a resolution N 278-1 «About estate administration of the property of Republic». State Property Fund of Crimea decreed an order N 300 from Apr 29, 1993.

Due to the order N 165 of Health Office of Council of Ministers of the Republic of Crimea from July, 19, 1993 Crimean Republic self-financing Narcological Psychotherapeutic Center was founded in Feodosia.

In order to perpetuating the memory of honored doctor of USSR and Ukraine A.R. Dovzhenko, the government of the Republic of Crimea (Ukraine) named the center after his name in 1995. V.N. Ustselimov – a psychotherapist, a follower of A.R. Dovzhenko, was appointed to the position of director.

The activity of A.R. Dovzhenko National Narcological Psychotherapeutic Center was defined by statute. Core business activity was treatment of patients with addiction syndrome and other psychological disabilities according to the stress-psychotherapy method. The center had to lease the premises at the medical aid post of sports and health institution «Dinamo» in Feodosia.

On 21.01.2010, the Dovzhenko RNPC was reorganized into an off-budget Feodosian branch of the Crimean Republican Institution “Narcological Dispensary” in the Simferopol with the intent to conduct A.R. Dovzhenko method treatment on basis thereof, but on September 30, 2011 it, too, was closed due to unprofitability. The reason – financial problems that beset the country. The use of the Dovzhenko method in public health institutions in the Republic of Crimea was effectively curtailed.

The method continued to be practiced by living disciples of A.R. Dovzhenko, who were few in number and had the status of individual entrepreneurs. Also, using the terms of the Dovzhenko method, numerous false disciples and false followers began to imitate the method, promising to gullible patients and their relatives to relieve them of addiction problems in 5–25 minutes, which dramatically worsened the results of such treatment, thus they ended up discrediting the name and method of Dovzhenko.

As a result of the relocations and the absence of own premises, part of the Dovzhenko RNPC’s archive was lost, no strict analysis of the Center’s activities had been conducted. The authors of the article have set the task of filling in the missing information.

The aim is to conduct analysis of patients’ health and social data from 1997 to 2001 and to establish five-year efficiency of A.R. Dovzhenko stress-psychotherapy method.

Information and Methods

Analysis of patients’ health and social data who had treatment at A.R. Dovzhenko National Narcological Psychotherapeutic Center from 1997 to 2001 were conducted (Feodosia, Crimea, Republic of Ukraine).

For the treatment of patients, the SPT method developed by A.R. Dovzhenko was used, described by him in methodological recommendations [8] and registered by patents for inventions of the USSR and Russia [7, 9].

Admission of patients was at the center from Tuesday to Saturday from 9.00 to 17.00, treatment sessions of stress-psychotherapy were on Tuesdays, Thursdays and Saturdays as groups were formed.

In relation to the self-liquidating work of the center, patients paid their treatment according to the price schedule confirmed by Ministry of Health of the Republic of Crimea. Before the treatment sessions of stress-psychotherapy, the patients gave a written informed consent.

Before the treatment sessions patients had to:

- have genuine desire to be treated;
- have an advisory reception;
- 10–15 days before the treatment session completely exclude alcoholic drinks (tobacco, psychoactive drugs) in order to avoid complications because of the short period of temperance;
- 7 days before the treatment session do not take strong tea, strong coffee, chocolate, citrus fruit, sleeping pills, pain management medications and other antianxiety drugs;
- to help a doctor, to follow medical advice.

The reasons of expulsion were psychotic state of a patient and nonadherence to the treatment protocol. In the cases when patients could not stop taking alcohol (psychoactive drugs), they required services of narcologist to cancel a withdrawal syndrome with the help of medicaments.

The session of stress psychotherapy in groups was conducted by therapists of the center. The duration of the session was 2–2¹/₂ hours. The room in which psychotherapy was administered was moderately darkened, and the psychotherapist sitting at the table was well lit (Figure 2). During the session, extraneous sounds were eliminated. The negative factor was that, due to problems with heating in the cold season, it was not always possible to maintain a comfortable temperature in the premises of the hypnotarium and the rooms of the center.

A.R. Dovzhenko's stress psychotherapy method was conditionally divided into 3 parts [8]. In the first part, an introductory conversation about the social and biological harm of alcohol abuse (psychoactive substances) was conducted using an indirect (mediated) suggestion.

In the second part, rational psychotherapy was carried out, culminating in emotional-stressful imperative suggestions with elements of dramatization and ritual actions. Patients were asked to assume a comfortable posture, with the eyes open, were invited to look closely at the doctor's bridge of the nose. The dominant non-use of alcohol (psychoactive substances) was formed in patients in a state of mild hypnoidy (sometimes they had hypnotic trance).

The semantic concept of "code" was introduced. In the suggestion formula, keywords were used that exerted a psychotherapeutic effect on the patient – "code", "coding", "decoding", "stress in case of code violation" and others. A program was formed of new way of life of a new way of life, the post-coding behavior of the patient, with the attitude towards a healthy and sober lifestyle. During the session, A.R. Dovz-

henko's statement about the undesirability of repeated treatment was emphasized, and at the same time the patient was given the choice of for how long he would be encoded. In psychotherapy, this technique is called "choice without choice", when only for a period to which he will be coded is discussed with the patient, creating an illusion of freedom of choice.

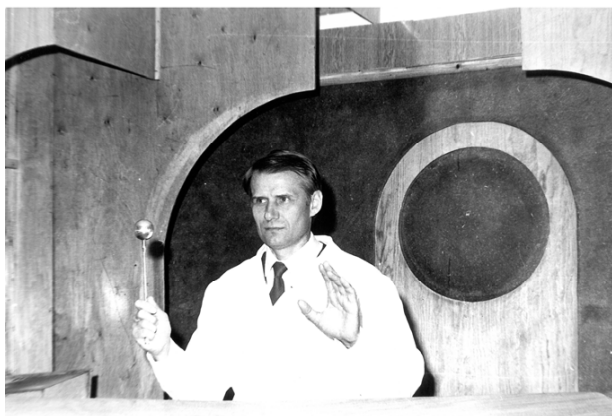


Fig. 2. The session of stress-psychotherapy conducted by psychotherapist V.A. Andreev

A.P. Dovzhenko compared the formation of the dominant about the inevitability of death in case of non-observance of the duration of coding to the clockwork of the fuse of mines (land mines) [8]. The patient's attention was drawn to the fact that this inevitability would occur anyway. "Code triggering" may occur in a later period (acute violation of cerebral circulation, myocardial infarction, etc.). The persons who broke the ban were in the need of a prompt "decoding".

At the end of this period, the patients' questions were answered and doubts resolved.

The third part of stress psychotherapy was carried out individually and only after the patient gave a statement of acknowledgement that he had been warned about life-threatening consequences that were possible if alcohol (psychoactive substances) abuse was resumed. The essence of this part of the technique was in directly coding the patient – choosing the period during which he would not drink alcohol after the session (1 year, 3 years, 5 years, his whole life), and pressing on the supraorbital exit point of the orbital nerve to a mild pain threshold (Valleix's tender spot).

Statistica 10.0 software package was used for statistical data processing. The text presents the arithmetic mean values and the errors of the mean values ($M \pm m$). The dynamics of health indicators were investigated using the analysis of dynamic series and calculation of an order 2 polynomial trend line.

Results and Their Analysis

In 1997–2001, 5,277 patients sought medical assistance at the A.R Dovzhenko RCPC (Table 1). 2872 (54.4 %) patients were prescribed treatment, and 2405 (45.6 %)

received counseling. The average annual number of patients' applications to the center was 1055 ± 48 .

Among all the patients treated, 2,749 patients (95.7 %) underwent psychotherapeutic treatment using A.R. Dovzhenko's method, urgent pharmacotherapy for removing the withdrawal syndrome was administered to 45 patients (1.6 %), 78 patients (2.7 %) were treated using different treatment methods.

Dynamics of the number of patients in the RCPC treated using A.R. Dovzhenko's SPT method (Fig. 3). On average, (550 ± 34) persons were treated annually.

Table 1

Total number of patient applications to A.R. Dovzhenko National Narcological Psychotherapeutic Center

Method of treatment	Year					In total
	1997	1998	1999	2000	2001	
Treated by stress-psychotherapy method, including:	482	502	499	621	645	2749
• removing the code of:						
Alcoholism	61	83	60	68	38	310
Drug abuse	56	77	58	68	38	297
Nicotinism	1	0	0	0	0	1
• the code prolongation	4	6	2	0	0	12
• the code stabilization	14	8	4	2	0	28
Urgent pharmacotherapy (withdrawal syndrome removal)	17	23	24	19	34	117
Treated using other methods	8	36	1	0	0	45
Treatment prescribed	15	36	3	9	15	78
Treatment prescribed	505	574	503	630	660	2872
Counseling	401	473	503	512	516	2405
Total applications	906	1047	1006	1142	1176	5277

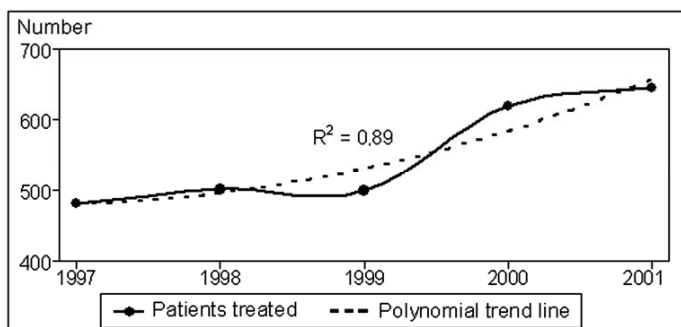


Fig. 3. Dynamics of the number of patients in the RCPC treated using A.R. Dovzhenko's SPT method

There were 2749 patients with addictions (95.7 %), 123 patients had psychiatric disorders. Among addictions, patients with chronic alcoholism and nicotinism prevailed (Table 2). The fact that the authors intentionally removed patients with overeating issues from the addictions section is worthy of note. For organizational reasons, they will not be taken into account in the other tables. The breakdown of the patients treated using A.R. Dovzhenko's SPT method is shown in Fig. 4.

Table 2
Number of patients who received psychotherapeutic treatment at the A.R. Dovzhenko RCPC

Nosology (ICD-10 code)	Year					Total
	1997	1998	1999	2000	2001	
Addictions, including:	482	502	499	621	645	2749
chronic alcoholism (F10.1– F10.2)	419	457	452	570	602	2500
drug addiction (F 11.1, 12.1, 13.1, 15.1, 16.1, 18.1, 19.1)	25	8	0	1	1	35
nicotinism (F17.1)	38	37	47	50	42	214
Other disorders, including:	23	72	4	9	15	123
overeating (obesity) (F50.2– F50.4)	5	15	1	5	11	37
enuresis (F98.0)	4	4	1	0	0	9
neuroses (F40–F44, F 48)	6	17	1	4	4	32
somatoform disorders (F45)	8	36	1	0	0	45
Total	505	574	503	630	660	2872

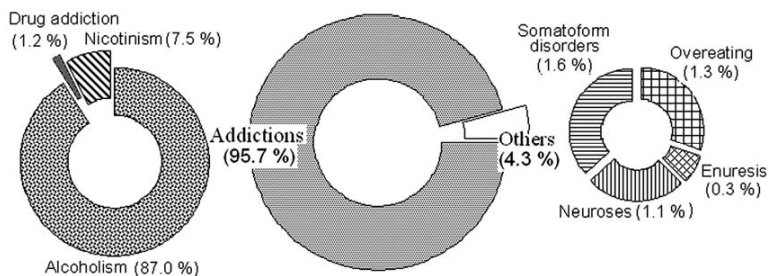


Fig. 4. Structure of patients who received psychotherapeutic treatment in A.R. Dovzhenko RCPC (1997–2001)

Men accounted for 83.2 %, women – 16.8 %. The polynomial trend line, with an average determination coefficient ($R^2 = 0.77$), shows a significant increase in the proportion of female patients with addictions (Fig. 5).

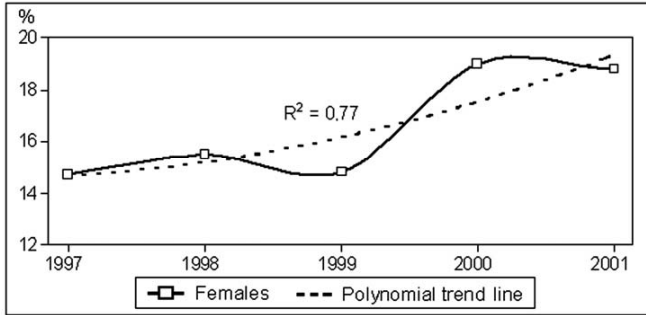


Fig. 5. Dynamics of the proportion of treated women with addictions

The polynomial trend showing the number of patients with addictions aged 31–40 and 41–50 years with significant coefficients of determination ($R^2 = 0.87$ and $R^2 = 0.70$, respectively) revealed an increase in the data. In the structure of the array of treated patients with addictions, persons aged 31–50 years (57.5 %) predominated. Figure 6 shows an increase in the proportion of patients aged 31–40 and 41–50 years and a decrease in the proportion of patients of other age groups.

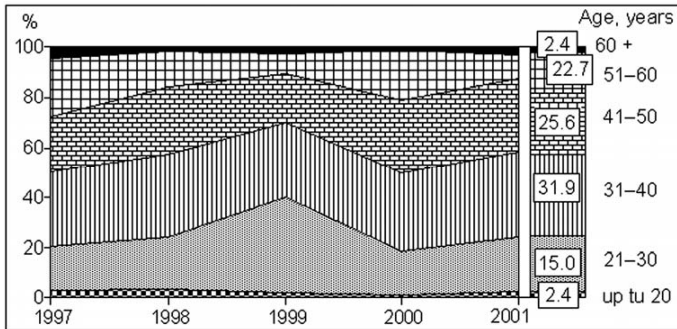


Fig. 6. Dynamics of age structure of patients with addictions

Polynomial trend lines showing the numbers of treated employees and entrepreneurs, unemployed, working professions and military personnel with significant coefficients of determination ($R^2 = 0.89$, 0.93 , 0.61 and 0.94 , respectively) showed an increase in the data. Employees and entrepreneurs (28.7 %) and unemployed (26.8 %) prevailed in the structure of patients with addictions. In the dynamics of the structure, an increase in the proportion of patients of employees, entrepreneurs and military personnel is observable, stabilization of the proportion of workers, farmers and the unemployed, and a decrease in the proportion of pensioners and students (Fig. 7).

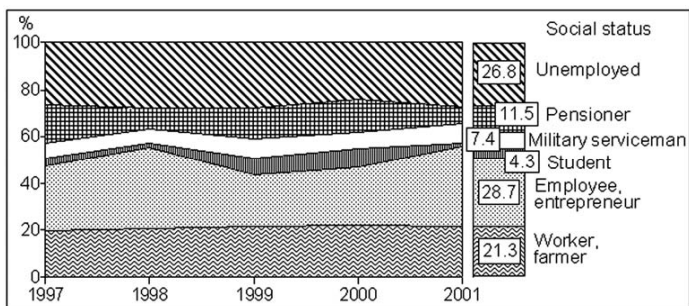


Fig. 7. Dynamics of the structure of the social status of patients with addictions

As expected, the largest number of treated patients with addictions lived in the Republic of Crimea (42.4 %) and in Feodosia (35.7 %), which can be explained by regular information and promotional activities in the mass media, primarily in the Internet, and the huge authority the name Dovzhenko commands, which persists as of the analyzed period. Polynomial trend lines showing the number of patients living in the Crimea and the city of Feodosiya, with high coefficients of determination ($R^2 = 0.75$ and $R^2 = 0.96$, respectively) showed a significant increase in the data.

Patients arriving for treatment from other regions of Ukraine and the CIS, accounted for 16.4 and 5.5 % respectively. A decrease in their dynamics is noted, which is due to economic problems (high cost of travel, accommodation, etc.).

A total of 472 patients (15.4 %) removed the SPT code over the course of 5 years. In 39.8 %, the cause of the removal of the SPT code was a stressful state, 12.3 % – overconfidence, 36.6 % – violated the SPT code (Fig. 8).

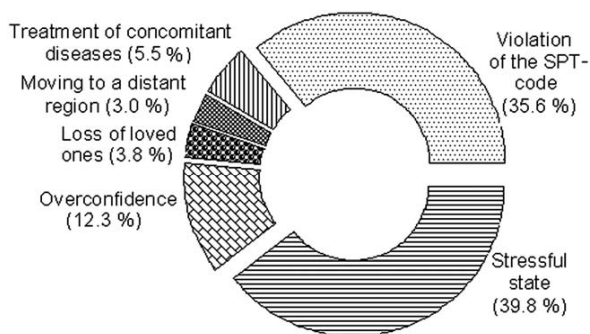


Fig. 8. The structure of the reason for the removal and violation of the SPT code

There were 943, or 34.3 % patients who had undergone retreatment. Among these patients, persons with the expiration of the code and the need to secure the code (71.9 %) and to renew the code after its removal (28.1 %) prevailed.

The function of maintaining remission in the treated patients was taken by us as the effectiveness of the A.R. Dovzhenko SPT method. In determining the effectiveness of the Dovzhenko SPT method, we determined the number of patients who had left medical supervision (Table 3). From the annual number of patients treated, we subtracted the number of patients who had visited the doctor. In 1997, the percentage of those who had left medical supervision at the center was 36.7, in 1998 – 42.6, in 1999 – 49.5, in 2000 – 51.5, in 2001 – 58.6. At the same time, people whose SPT-code had expired and who had not applied to the Dovzhenko RNPC, or who had violated the code and had not removed it at a therapist’s appointment were not counted, which would undoubtedly have changed the method’s effectiveness indicator.

Table 3

Percentage of patients treated with A.R. Dovzhenko SPT-method,
who violated the code and stayed in remission

Year of treatment	Number of patients observed	Year of giving up					Remission, year				
		1997	1998	1999	2000	2001	1st	2nd	3rd	4th	5th
1997	307	10.4	16.3	18.4	18.9	19.2	89.6	83.7	81.6	81.1	80.8
1998	288		6.9	11.8	14.2	15.2	93.1	88.2	85.8	84.8	
1999	252			6.7	10.3	11.9	93.3	89.7	88.1		
2000	301				4.7	7.6	95.3	92.4			
2001	267					4.5	95.5				

Approbation of the survival analysis method taking into account censored patients with dependencies (cases of patients leaving supervision) during psychotherapy is presented in the studies of the scientists of the International Institute for Reserve Human Capacities. (St. Petersburg) [6]. To assess the duration of remission in patients with a temperance pledge term of up to 10 years inclusive, the following rules were used:

- if the period of abstinence from alcohol coincided with the term of the temperance pledge, the duration of remission was determined by the term of the vow;
- if there was a violation of the temperance pledge before its completion, the duration of remission was determined from the date of the psychotherapy session to the date of temperance pledge violation;
- if the patient had withdrawn the pledge without violating it until the expiration of the pledge term, the duration of remission was determined from the date of the psychotherapy session until the date of the pledge withdrawal;
- if the attendance of supportive psychotherapy sessions had been discontinued, and there were no reports of giving-up, the duration of remission was determined from the date of the psychotherapy session to the date of the last visit to the doctor.

It turned out that the indices of the remission retaining function using the survival analysis method were less than those in Table 3. Up to 72 % of the total number of patients with alcoholism treated with spiritually oriented psychotherapy in the form of a curative pledge on an Orthodox basis had retained the state of remission during the first year, 51 % – a three-year remission, up to 47 % – a five-year remission and up to 30 % – a ten-year remission [5].

Under all other conditions, the duration of the remission retaining function in patients with alcoholism in the case of psychotherapy conducted by G.I. Grigoryev (Dovzhenko's disciple) and co-authors depended on the term of the pledge chosen (Table 4).

Patients who systematically sought medical advice showed a longer remission. For example, the frequency of five-year remission in patients with alcoholism who applied for psychotherapy 4 times, was 82 % without violating the pledge [5].

Table 4

The percentage of ten-year remission in patients with alcoholism treated by the method of spiritually oriented psychotherapy with different terms of the pledge [5]

Remission duration, years	1 year	3 years	5 years	10 + years	Lifetime
1	37.2	51.5	54.6	60.9	70.3
2	29.9	37.6	40.0	44.2	50.6
3	23.6	32.6	32.0	33.2	38.3
4	23.6	30.1	28.3	27.0	33.6
5	19.8	25.0	24.5	24.1	31.3
6	18.8	24.0	23.8	21.9	27.3
7	17.7	23.4	21.7	20.3	24.9
8	15.2	22.6	20.6	17.2	23.3
9	13.9	21.7	18.3	16.4	22.4
10	12.7	19.5	17.0	15.5	19.6

On average, the effectiveness of treatment in patients at the A.R. Dovzhenko RNPC in 1997–2001 during one year averaged 93.4 %, two years – 88.5 %, three years – 85.2 %, four years – 83 %, five years – 80.8 %. These data were largely consistent with the results of treatment using A.R. Dovzhenko SPT-method by other psychotherapists [3, 4, 10]. For example, according to A.F. Artemchuk, of the 618 patients insured by the European insurance company, 93.4 % were in a state of therapeutic remission for 3 years [4]. But they were greater than in the publications of D.A. Avtonomov [2], G.I. Grigoryev [6], G.M. Entin, S.G. Koporov [12] and others. Studies of the effectiveness of the A.R. Dovzhenko stress psychotherapy method should be carried on.

Conclusion

In 1997–2001, 2749 patients with addictions received treatment at the Dovzhenko Republican Narcological Psychotherapeutic Center (Autonomous Republic of Crimea, Ukraine) using the stress psychotherapy method developed by A.R. Dovzhenko, including 2500 patients suffering from alcoholism, 35 patients suffering from drug addiction, 214 patients, suffering from nicotineism.

A reliable increase in all treated patients, women with addictions, employees and entrepreneurs, patients aged 31–50 was revealed.

A total of 472 patients (15.4 %) decided to remove the Dovzhenko SPT code over the course of 5 years. In 39.8 % of the cases, the reason for voluntary code re-

removal was a stressful situation, in 12.3 % – overconfidence. 36.6 % of the patients violated the code. 943 (34.3 %) patients underwent retreatment. Among these patients, persons with the expiration of the code and the need to secure the code (71.9 %) and to renew the code after its removal (28.1 %) prevailed.

The effectiveness of Dovzhenko's SPT method during one year averaged 93.4 %, two years – 88.5 %, three years – 85.2 %, four years – 83 %, five years – 80.8 %.

Studies of the effectiveness of the A.R. Dovzhenko stress psychotherapy method should be carried on.

Литература (References)

1. Абрамов Э.М. Владимир Андреев. – Симферополь : Крымучпедгиз, 2009. – 152 с. – (Сер. Ученики доктора Довженко ; вып. 1). Abramov E.M. Vladimir Andreev. Simferopol'. 2009. 152 p. (Seriya Ucheniki doktora Dovzhenko [Series The Disciples of Dr. Dovzhenko] ; Issue 1). (In Russ.)

2. Автономов Д.А. Вклад А.Р. Довженко в мифологизацию отечественной наркологии: предпосылки, практика, анализ и последствия // Наркология. – 2014. – Т. 13, № 10 (154). – С. 94–102. Avtonomov D.A. Vklad A.R. Dovzhenko v mifologizatsiyu otechestvennoi narkologii: predposylki, praktika, analiz i posledstviya [A.R. Dov-zhenko's Contribution to the National Narcology Mythologisation. Prerequisites, Practice, Analysis and Implications]. *Narkologiya* [Narcology]. 2014. Vol. 13, N 10. Pp 94–102. (In Russ.)

3. Артемчук А.Ф., Абрамов Э.М. Дорога жизни. О методе доктора Довженко в вопросах и ответах. – Харьков : Феодосия, 2004. – 268 с. 3. Artemchuk A.F., Abramov E.M. Doroga zhizni. O metode doktora Dovzhenko v voprosakh i otvetakh [The Road of Life. On the Method of Dr. Dovzhenko in Questions and Answers]. Khar'kov : Feodosiya. 2004. 268 p. (In Russ.)

4. Артемчук А.Ф., Артемчук К.А. Краткосрочные методы лечения состояний зависимости: технологии, механизмы, результаты // Наркология. – 2013. – Т. 12, № 2 (134). – С. 74–81. Artemchuk A.F., Abramov E.M. Doroga zhizni. O metode doktora Dovzhenko v voprosakh i otvetakh [The Road of Life. On the Method of Dr. Dovzhenko in Questions and Answers]. Khar'kov. 2004. 268 p. (In Russ.)

5. Григорьев Г.И., Мизерене Р., Цветкова Т.Н. Психологическое консультирование при лечении алкогольной зависимости методом духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока // Вестн. психотерапии. – 2007. – № 21 (26). – С. 33–38. Grigor'ev G.I., Mizerene R., Tsvetkova T.N. Psikhologicheskoe konsul'tirovanie pri lechenii alkogol'noi zavisimosti metodom dukhovno orientirovannoi psikhoterapii v forme tselebnogo zaroka [Psychological counseling in the treatment of alcohol dependency with spirit-oriented psychotherapy of healing vow]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2007. N 21. P. 33–38. (In Russ.)

6. Длительность ремиссии и ее прогнозирование при лечении больных алкоголизмом методом ДОП ЦЗ // Духовно ориентированная психотерапия патологических зависимостей / [Григорьев Г.И., Александров А.А., Алексеев Г.И. и др.] ; под ред. Г.И. Григорьева. – СПб., 2008. – С. 334–405. Dlitel'nost' remissii i ee prognozirovaniye pri lechenii bol'nykh alkogolizmom metodom DOP TsZ [The Duration of Remission and Its Prediction in the Treatment of Patients with Alcoholism

Using the SOP CP Method]. Dukhovno orientirovannaya psikhoterapiya patologicheskikh zavisimostei [Spiritually Oriented Psychotherapy of Pathological Dependencies]. Grigor'ev G.I., Aleksandrov A.A., Alekseev G.I. [et. al.] ; Ed. G.I. Grigor'ev. Sankt-Peterburg. 2008. P. 334–405. (In Russ.)

7. Довженко А.Р. Авт. свид. 1165392А СССР. МПК А61Н 39/04. Способ А.Р. Довженко лечения хронического алкоголизма / Харьков. науч.-исслед. ин-т неврологии и психиатрии им. В.П. Протопопова. – № 2969611/28-13, заявл. 01.08.1980 ; опубли. 07.07.1985, Бюл. 25. Dovzhenko A.R. 1165392A SU, IPC A61H 39/04. Sposob A.R. Dovzhenko lecheniya khronicheskogo alkogolizma [A.R. Dovzhenko's Method of Treatment of Chronic Alcoholism]. Application N 2969611/28-13, 01.08.1980 ; published 07.07.1985, bulletin 25. (In Russ.)

8. Довженко А.Р. Организация, стрессотерапии больных алкоголизмом в амбулаторных условиях (опыт работы) : метод. рекомендации / отв. за вып. П.В. Волошин ; Минздрав СССР [и др.]. – М., 1984. – 12 с. Dovzhenko A.R. Organizatsiya, stressoterapii bol'nykh alkogolizmom v ambulatornykh usloviyakh (opyt raboty) [Organization of Stress Therapy of Patients with Alcoholism in Outpatient Settings (Work Experience)]. Ed. P.V. Voloshin. Moskva. 1984. 12 p. (In Russ.)

9. Довженко А.Р. 2006220 Рос. Федерация, А61Н 39/04. Способ лечения алкоголизма и/или наркоманий. – № 9393009741, заявл. 16.03.1993 ; опубли. 30.01.1994, Бюл. 2. Dovzhenko A.R. 2006220 RU, IPC A61H 39/04. Sposob lecheniya alkogolizma i/ili narkomanii [Method of Treatment of Alcoholism and/or Drug Addiction]. Application N 9393009741, 16.03.1993; published 30.01.1994, bulletin 2. (In Russ.)

10. Довженко А.Р., Артемчук А.Ф., Болотова З.Н. [и др.]. Стрессотерапия больных алкоголизмом в амбулаторных условиях // Журн. невропатологии психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1988. – Т. 88, № 2. – С. 94–97. Dovzhenko A.R., Artemchuk A.F., Bolotova Z.N. [et al.]. Stressoterapiya bol'nykh alkogolizmom v ambulatornykh usloviyakh [Stress Therapy of Patients with Alcoholism in an Outpatient Setting] *Zhurnal nevropatologii psikhiatrii imeni S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 1988. Vol. 88, N 2. P. 94–97. (In Russ.)

11. Новиков О.В., Шакирзянов Г.З., Борисовский П.В. Психотерапия по Довженко: секреты «кодирования». – М. [и др.] : Идель-пресс, 2008. – 207 с. Novikov O.V., Shakirzyanov G.Z., Borisovskii P.V. Psikhoterapiya po Dovzhenko: sekrety "kodirovaniya" [Borisovsky Psychotherapy according to Dovzhenko: the Secrets of "Coding"]. Moskva [et al.]. 2008. 207 p. (In Russ.)

12. Энтин Г.М., Копоров С.Г. Алкогольная ситуация в России и эффективность опосредованной стресс-психотерапии при лечении больных синдромом алкогольной зависимости // Наркология. – 2004. – Т. 3, № 11. – С. 25–32. Entin G.M., Koporov S.G. Alkogol'naya situatsiya v Rossii i effektivnost' oposredovannoi stress-psikhoterapii pri lechenii bol'nykh sindromom alkogol'noi zavisimosti [Alcoholic situation in Russia and efficiency mediated pressing psychotherapy at treatment of the patients by alcoholic dependence]. *Narkologiya* [Narcology]. 2004. Vol. 3, N 11. Pp. 25–32. (In Russ.)

Поступила 12.08.2017

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Для цитирования. Андреев В.А., Евдокимов В.И., Андреев А.В. Медико-социальные показатели пациентов и эффективность стрессовой психотерапии, проводимой в Республиканском наркологическом психотерапевтическом центре им. А.Р. Довженко // Вестн. психотерапии. 2017. № 64 (69). С. 65–91.

Received 12.08.2017

For citing. Andreev V.A., Evdokimov V.I., Andreev A.V. Mediko-sotsial'nye pokazateli patsientov i effektivnost' stressovoi psikhoterapii, provodimoi v Respublikanskom narkologicheskom psikhoterapevticheskom tsentre im. A.R. Dovzhenko. *Vestnik psikhoterapii*. 2017. N 64. P. 65–91. **(In Russ.)**

Andreev V.A., Evdokimov V.I., Andreev A.V. Medico-Social Indicators of Patients and the Effectiveness of Stress Psychotherapy Conducted at the A.R. Dovzhenko Republican Narcological Psychotherapeutic Center. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2017. N 64. P. 65–91.

ДИАЛОГ В АНАЛИТИКО-КАТАРТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ С ПОЗИЦИЙ ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ГЕРМЕНЕВТИКИ

Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова (Россия, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41);
Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии
и неврологии им. В.М. Бехтерева (Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3)

Аналитико-катартическая терапия (АКТА) – современная модель психотерапии, теоретической основой которой является психология отношений В.Н. Мясищева. Она представляет собой синтез аналитической беседы и имигративной техники «Диалога со значимым другим». Проведенный анализ показывает, что с точки зрения современных методологических подходов в психологии АКТА может быть отнесена к методам феноменологической герменевтики. Детально рассматривается основная техника, применяемая в процессе «диалога» – дублирование, предназначенное для выявления скрытых смыслов. Дублирование представлено совокупностью различных технических средств: от отражения чувств и эмпатического понимания до рефлексии и конфронтации. Удельный вес используемых техник зависит от стиля терапевта и от характеристик конкретного пациента. Используя технику диалога, терапевт добивается понимания пациентом связи между актуальными межличностными конфликтами (интерперсональное осознание) и условиями формирования неадекватной системы отношений в прошлом (генетическое осознание).

Ключевые слова: психотерапия, аналитико-катартическая терапия, феноменология, герменевтика, диалог, дублирование.

Аналитико-катартическая терапия Александрова (АКТА) возникла в процессе попыток создания интегративной модели личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии. Поначалу она позиционировалась как современная модель патогенетической психотерапии, в которой ассимилированы элементы психодрамы, клиент-центрированной психотерапии и гештальт-терапии. Однако поскольку ее «диалогический метод» принципиально отличается от «метода беседы» патогенетической психотерапии, то было бы правильнее рассматривать ее в более широком аспекте –

✉ Александров Артур Александрович – д-р мед. наук, проф., Сев.-Зап. гос. мед. ун-т им. И.И. Мечникова (Россия, 191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41), e-mail: profalexandrov@yandex.ru;

Ильченко Евгений Геннадьевич – врач-психотерапевт, аспирант отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии, Нац. мед. исслед. центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3), e-mail: Dr_ilchenko@mail.ru.

как современную модель психотерапии, основанной на психологии отношений В.Н. Мясищева [12]. В связи с этим возникают вопросы, связанные с идентичностью метода:

– какое место занимает АКТА в ряду других методов и направлений психотерапии?

– что представляет собой дублирование – основная техника АКТА, применяемая в процессе «Диалога-встречи» и предназначенная для прояснения неотчетливых переживаний, выявления скрытых смыслов?

Психотерапевт играет роль внутреннего Я-протагониста, помогая выразить и прояснить его чувства и невысказанные мысли. К каким конкретно техникам, имеющимся в арсенале психотерапии, прибегает терапевт с помощью дублирования? В поисках ответа на эти вопросы мы обратимся к феноменологическому и герменевтическому подходам, поскольку целью этих подходов в психотерапии как раз и является прояснение неотчетливых переживаний.

Методика проведения аналитико-катартической терапии изложена в предыдущей нашей статье журнала [1]. Фокусом настоящего исследования является «диалог-встреча» – воображаемый диалог пациента со значимым другим, который осуществляется при помощи монодраматической техники «пустого стула». Ниже приводится рисунок позиций «терапевт–пациент» в этом диалоге, которому в качестве эпиграфа предпосылаем цитату из Я. Морено.

Техника дублирования предлагает тип интерпретации в форме сообщений (Я-посланий), согласованных с Я-системой пациента. В роли «двойника» психотерапевт начинает игру с поддерживающей пациента роли, однако, как только между ними развился альянс, терапевт включает мягкую провокацию или конфронтацию для ускорения процесса кларификации [17]. Пациент получает инструкцию исправлять любое неточное заявление двойника. Это помогает протагонисту выразить в проигрывании (инэктмент) то, что никогда не было бы высказано в ходе обычного обмена. Любое замечание дубля, соответствующее миру переживаний протагониста, воспринимается последним как собственный внутренний голос; ошибочные замечания воспринимаются как «чужеродное тело» в собственном мире переживаний и «рефлекторно» устраняются. Важным является тот факт, что протагонист, как правило, не оказывает сопротивления верным высказываниям дубля, но принимает их и развивает в собственном монологе [11].

«Психодрама является театром правды, потому что полная правда человека заключает в себе не только то, что случается в действительности, но и то, что равно важно, что никогда не случилось и, возможно, никогда не могло случиться в реальности» (Я. Морено)



Феноменологический подход имеет два источника. 1-й – исходная описательная феноменология Э. Гуссерля. Феноменологи работают на уровне очевидных смыслов, то есть на уровне самопонимания пациентов. Понимание смысла здесь является простым воспроизведением того, что понимает сам пациент. Исследователь «выносит за скобки» собственные предсуждения, чтобы никакие его личные смыслы, интерпретации и теоретические концепты не проникали в уникальный мир респондента. Это так называемая феноменологическая редукция Э. Гуссерля.

2-й источник – интерпретативная, или герменевтическая феноменология. Изначально герменевтика – это искусство толкования текстов. Текст рассматривается в широком смысле, как любой объект толкования. Процесс психотерапии также можно представить в виде текстовых – дискурсивных практик. Наибольший вклад в разработку философской герменевтики внес Г. Гадамер [8]. Вкратце ее суть он выразил в следующей формуле: истину не может познавать и сообщать кто-то один. Поэтому важен диалог, который невозможен без понимания. Носителем понимания является язык. При этом понимание возникает не сразу, ему предшествует «пред-понимание», которое можно исправлять, корректировать, но полностью освободиться от него нельзя. Основными понятиями герменевтики являются интерпретация, пред-понимание и круг понимания (герменевтический круг) [10].

Как и описательная феноменология, герменевтика заинтересована в раскрытии смыслов. Однако понимание смысла здесь никогда не является простым воспроизведением понимаемого в его изначальной самобытности, но всегда совершается в процессе толкования. Понимание смысла всегда предполагает жизненное отношение интерпретатора к тексту (речи), его предварительную связь с тем, что сообщается в тексте. Эту герменевтическую предпосылку называют пред-пониманием. Мы входим в исследование с собственными пред-мнениями и пред-суждениями.

В настоящее время в рамках феноменологического движения доминирует герменевтическая феноменология. В связи с этим можно говорить о двух полюсах феноменологии: описательном (интуитивном) и интерпретативном (герменевтическом). Поль Рикёр осуществляет этот синтез в своей феноменологической герменевтике, аргументируя простым тезисом о том, что феноменология и герменевтика взаимно предполагают друг друга [16].

На описательном полюсе феноменологии расположена психотерапия К. Роджерса. Клиент-центрированные психологи полагаются на тенденцию актуализации и считают, что для достижения терапевтических изменений достаточно безусловного принятия пациента, эмпатического сопровождения процесса. На начальном этапе Роджерс назвал свой метод «недирективной психотерапией». Критики отмечали, что название метода является неудачным, так как любая психотерапия директивна по своей сути. Кроме того, критерий директивности–недирективности является в известной мере внешним, определяющим лишь стиль поведения психотерапевта, главное же не стиль терапии, а качество контакта психотерапевта с клиентом. Одним словом, недирективность – это не поведенческое измерение, а личностное. Содержательная недирективность в отношении к клиенту означает, что терапия ориентирована не на проблему (обсуждение проблемы, поощрение погружения клиента в проблему и т. п.), а на клиента: он свободен в терапии делать и говорить то, что хочет, он равноправен с психотерапевтом, он – ключевая фигура в создании психотерапевтических изменений. Позднее Роджерс изменил название терапии – она стала именоваться «клиент-центрированной» [4].

Вначале Роджерс применял рефлексивную технику – словесное отражение терапевтом чувств клиента, что позволяет ему осознать свой внутренний опыт, несогласованность опыта с Я-концепцией, искажение в Я-концепции. Терапевтические изменения наступают благодаря обеспечению терапевтом необходимых и достаточных условий контакта с клиентом. Отражая неосознанные чувства клиента, не нужно его толкать, необ-

ходимо «быть на полшага позади клиента», чтобы запустить его внутренний потенциал. Эта главная установка в работе с клиентом выводится из теоретической предпосылки – веры терапевта в тенденцию самоактуализации. В последние годы роль техник в работе Роджерса снизилась вплоть до полной редукции и возросла доля метафор и интуиции.

В современной клиент-центрированной психотерапии (КЦТ) на смену фундаменталистским, строго придерживающимся принципам описательной феноменологии, приходят современные модели клиент-центрированной терапии. Согласно новой точке зрения, одних условий недостаточно: изменения происходят путем эмпатического понимания – герменевтического понимания того, что «еще не поддается пониманию». Основатель этого направления Джобст Финке [13] указывает на отсутствие связи между теорией психотерапии Роджерса и концепцией нарушений, сформулированной им же в рамках теории личности. По его мнению, психотерапия должна работать с «глубинно-психологической» динамикой неконгруэнтного «Я», то есть быть направленной на понимание неконгруэнтного переживания и его значения. Финке различает три фактора, влияющих на изменения в терапии, которые происходят путем:

- 1) безусловного приятия (в смысле эмпатического сопровождения процесса, полагаясь на тенденцию актуализации);
- 2) и/или путем эмпатического понимания (в смысле герменевтического понимания того, что «еще не поддается пониманию»);
- 3) и/или путем личной встречи (в смысле корректирующего опыта отношений).

Различные течения клиент-центрированной терапии отличаются для Финке различной расстановкой акцентов, которые относят ее к одной или нескольким из трех концепций изменения. Сам Финке предпочитает концепцию эмпатического понимания: «решающая задача терапевта заключается в том, чтобы понять “необъяснимое”» и затем сообщить о понятом таким образом, чтобы это привело пациента к аффективно закрепленному и меняющемуся переживанию убеждению [13]. Эмпатическое понимание хотя и расположено на полюсе описания, однако несколько сдвинуто в сторону интерпретации.

Кроме возникновения различных моделей, в рамках исходной версии Роджерса для современного человек-центрированного подхода характерной чертой является также терапевтический эклектизм. Возникает вопрос, какое место собственно КЦТ должна занимать в структуре комбинированного психотерапевтического процесса. Некоторые авторы прямо указыва-

ют, что КЦТ следует использовать в начале терапии для установления доверительного контакта, а затем применять другие психотерапевтические техники [4]. Именно так и поступает АКТА: мы начинаем терапию с установления доверительных отношений, используем рефлексии и эмпатическое понимание, но не останавливаемся на этом, а движемся дальше по направлению к герменевтическому, или интерпретативному, полюсу феноменологического ряда. Интерпретация – это способ довести до сведения пациента некие смыслы.

Клиент-центрированные терапевты стремятся свести применяемые ими методы главным образом к прояснению и отражению чувств, поскольку считают, что интерпретация провоцирует сопротивление. Существует, однако, мнение, что отражаемые чувства представляют собой эмоционально окрашенные идеи, которые консультант считает наиболее значимыми из всех, которые были высказаны клиентом [15].

Различие в использовании технических средств в АКТА и КЦТ обусловливается разными теоретико-методическими установками этих подходов. Если клиент-центрированные психотерапевты опираются на тенденцию актуализации и невроз понимается ими как результат блокирования этой тенденции, то АКТА исходит из концепции невроза В.Н. Мясищева, согласно которой в основе невроза лежит нарушение особо значимых отношений личности, которое в субъективно трудноразрешимой жизненной ситуации приводит к образованию патогенного невротического конфликта. Отсюда и различие в техниках: в КЦТ – следование терапевта за пациентом (эмпатическое сопровождение) в надежде на реализацию его тенденции актуализации; в АКТА – действенная помощь терапевта в преодолении сопротивления пациента, деятельность, направленная на погружение пациента в проблемную ситуацию, обострение его внутренних противоречий (с помощью техники конфронтации), драматизацию переживаний, эмоциональное отреагирование, – одним словом, всех тех необходимых действий, которые приводят к внутреннему «взрыву» (катарсису) и последующей трансформации личности [2].

В отличие от клиент-центрированного психотерапевта, АКТА-терапевт работает в «зоне опережающего развития», по Л.С. Выготскому, идя «на шаг впереди пациента», но при этом не настаивает на своем видении проблемы: его сообщения (реплики) носят характер предположений, согласующихся с внутренними ощущениями пациента.

Итак, продолжаем движение к герменевтическому полюсу. С точки зрения герменевтического подхода, любое знание и описание чего-либо в

силу того, что они задействуют язык, систему значений, дискурс, есть уже определенная интерпретация. При этом нельзя забывать, что одних интерпретаций недостаточно. Они должны основываться на переживании пациента. Интерпретации – это всего лишь гипотезы, и только если они основываются на переживании клиента и его чувствуемом смысле, они становятся больше чем гипотезами. Ю. Джендлин призывает устанавливать контакт с пациентом не на уровне слов, а глубже, на уровне переживаний, когда в коммуникацию вовлекаются не только переживания клиента, но и переживания терапевта. Тем самым подчеркивается, что переживание терапевта – не только и не столько условие продуктивности, но необходимый инструмент, чтобы «встреча» – этот «онтологически завязывающий акт» – состоялась [6]. Весь смысл герменевтической феноменологии в ее значимости для психотерапии сосредоточен в цитате из Ю. Джендлин: «Чувствования без символизации слепы, символизация без чувствований пуста». В ней отражена «сцепка» двух составляющих психотерапии – феноменологии и герменевтики, так как смысл как «молекула субъективности» формируется из взаимодействия переживания и символизации [14].

АКТА сочетает два модуса понимания: феноменологический и герменевтический, а поскольку провести границу между описанием и интерпретацией невозможно, так как, с философской точки зрения, любое повторение сказанного – уже интерпретация, постольку при обсуждении используемых в АКТА технических приемов обратимся к «интерпретационному диапазону» Э. Шострома и Л. Браммера [15]: 1) отражение чувств; 2) кларификация; 3) рефлексия или отражающая интерпретация; 4) конфронтация; 5) глубинная интерпретация. Крайние позиции в этом ряду занимают КЦП (отражение чувств и кларификация) и психоанализ (глубинная интерпретация). Это и понятно, так как гуманистическая психология и психотерапия Роджерса в частности возникли в качестве альтернативы психоанализу. Центральные позиции в интерпретационном диапазоне занимают «рефлексия» и конфронтация – именно те техники, которые максимально представлены в дублировании, в связи с чем диалог в АКТА часто называется «конфронтационным диалогом».

«Рефлексия» или «отражающая интерпретация». Существует непрерывный диапазон, в котором присутствует смесь отражения чувств и интерпретации – «отражающая интерпретация» – рефлексия (reflection + interpretation). Этот метод заходит дальше прояснения, так как дополнительно используется материал, который находится вне сознания пациента. Терапевт добавляет к отражению чувств когнитивные элементы. Это соз-

дает у клиента ощущение сильного продвижения к цели благодаря тому, что вербализуется материал, который пациент мог осознавать лишь смутно.

При конфронтации терапевт представляет вниманию пациента идеи и чувства, которые можно охарактеризовать как неявные и неосознанные. Применяя этот метод, терапевт сталкивает пациента с его собственными высказываниями, связывает прошлое с настоящим, указывает на черты сходства, на отличия и несоответствия, которые не осознаны пациентом.

Герменевтический полюс феноменологии занимает глубинная интерпретация. Здесь необходимо провести различия между «глубинной герменевтикой» и «классической герменевтикой», как это предлагает Н.П. Бусыгина [5]. В классической герменевтике понять текст – значит усилить сказанное им, фокусируясь на заключенных в нем смыслах. Традиционная герменевтика, если можно так выразиться, работает «по горизонтали»: она пытается реконструировать связность сообщаемого, не подразумевая выхода в «вертикаль» – дискурс бессознательного. Глубинная же герменевтика, инициированная психоанализом, базируется на идее, что в тексте всегда есть смысловые разрывы, обусловленные бессознательной работой шифровки, так что смысл сказанного оказывается скрыт не только от того, кто слушает, но и от того, кто говорит. Можно по-разному понимать природу бессознательного. Например, смысловые разрывы можно интерпретировать с позиций здравого смысла или, ориентируясь на определенные теоретические традиции психологии, в свете тех или иных теоретических представлений о природе и содержании бессознательного. Но в любом случае мы будем полагать, что в сообщении есть нечто такое, что «прячется», скрывается за обычными символическими значениями, одновременно открываясь в них. Усмотреть это «нечто» и уже с его учетом реконструировать символический смысл сообщаемого – задача интерпретатора [5].

В АКТА отдельное внимание уделяется работе с метафорой, с символическим образом «Я», с символами сновидений, однако, в отличие от психоанализа, «выход в вертикаль», в «дискурс неосознанных» переживаний осуществляется не с помощью интерпретации терапевтом символов переживаний пациента, а в процессе их проигрывания в психодраматической технике. Здесь интерпретации не нужны: то, что скрывается за символическими значениями, «всплывает на поверхность» сознания в виде «ага-переживаний». Эта техника имеет много общего с «кататимными образными переживаниями» Г. Лейнера, который открыл ряд психодинамических феноменов, важных, в том числе, и для понимания механизмов аналитико-катартической терапии, а именно: фиксированные образы как проек-

ции «ядер конфликта»; фокусирование на релевантных проблемах; функциональное единство воображения и интрапсихического конфликта [3].

Рассмотрим основные понятия герменевтики в их значении для диалога аналитико-катартической терапии. Это – понимание, пред-понимание и герменевтический круг (круг понимания) [8]. Терапевт проецирует свои предварительные мнения на объект понимания (речь пациента), делая их тем самым осознанными и открытыми для пересмотра. Сообщения терапевта в диалоге («дублирование») носят характер предварительных набросков, предположений, намеков, которые в процессе диалога заменяются более точными. Важно только не держаться своих пред-мнений догматически, а быть готовым к их пересмотру. В этом суть герменевтической открытости.

Пред-понимание терапевта складывается из: 1) теоретических знаний (концепции личности, невроза, психотерапии); 2) знаний о пациенте, почерпнутых из беседы с ним, информации о нем от других; 3) из понимания культурно-социального контекста проблематики пациента; 4) собственного жизненного опыта терапевта. Последнее, пожалуй, является наиболее значимым, поскольку диалог в АКТА – это встреча в экзистенциальном пространстве, которая может произойти в том случае, если у терапевта есть опыт переживания той же проблемы, что и у пациента. Это и есть его рабочий инструмент. «Преимущество терапевта заключается в одном: он “проработал” свое переживание в процессе жизни и профессиональной подготовки и теперь на основе личного опыта может предполагать, какие существуют варианты развертывания и конструктивного развития экзистенциальной ситуации» [7].

Герменевтический круг – это принцип понимания текста, основанный на диалектике части и целого. Понятие введено философом и протестантским богословом Фридрихом Шлейермахером. Для понимания целого необходимо понять его части, но для понимания частей необходимо иметь представление о целом. Другими словами, понимание частей накладывает на понимание целого, которое уточняется и обогащается в ходе дальнейшего познания частей. Процесс понимания принципиально не может быть завершен, и мысль бесконечно движется по расширяющемуся кругу.

Концепция герменевтического круга привлекается нами (как одна из других возможных концепций) для обоснования важности достижения в процессе аналитико-катартической терапии как «генетического», так и «интерперсонального» осознания, будь то индивидуальная или групповая форма ее применения. Как известно, в современной психотерапии мнения по этому вопросу разделяются между теми, кто считает достаточным дос-

тижения интерперсонального осознания (представители феноменологического подхода), и теми, кто считает генетический контроль более существенным (психодинамическое направление). К последним относились и патогенетические психотерапевты, руководствуясь следующей установкой: «Важно подчеркнуть, что терапевтическое действие оказывает уяснение самим больным связей между обстоятельствами его жизни, сформированными ими особо значимыми его отношениями, вытекающей из них неадекватной психологической переработкой ситуации и возникновением болезненного состояния» [9].

Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова настаивает на сочетании генетического осознания, достигаемого преимущественно в индивидуальной форме психотерапии, с осознанием интерперсональным, которое в большей степени акцентируется в групповой форме психотерапии. Аналитико-катартическая терапия, благодаря использованию имажинативной техники диалога, предоставляет уникальную возможность сочетания двух видов осознания – как при проведении индивидуальной, так и групповой терапии. Это связано с тем, что в АКТА проигрываются диалоги со значимыми фигурами из настоящей жизни пациента, прямо или опосредованно включенными в актуальные переживания пациента, и с фигурами первичных социальных групп (родители, воспитатели и проч.), в которых формировались отношения личности пациента.

С точки зрения герменевтического круга, достигнутое понимание в диалогах с отдельными фигурами представляет собой части, которые накладываются на понимание целого – понимание неадекватности системы своих отношений. Рост самопонимания, в свою очередь, углубляется в ходе дальнейших диалогов со значимыми другими.

Целостное понимание предполагает также установление связей между интерперсональным осознанием и генетическим. То есть осознание меры своего участия в возникновении конфликтных ситуаций в настоящем приводится в связь с негативным опытом прошлого начиная с детства, с особенностями и условиями формирования системы отношений. Здесь целое – неадекватная система отношений, сформированная в прошлом; части – нарушенные межличностные отношения в настоящем.

Целое часто выступает как понимание пациентом взаимоотношений внутри собственной или родительской семьи. Тогда части – это понимание отношений с отдельными членами семьи. Такие диалоги приобретают характер «виртуальной семейной терапии»: герменевтический круг преобра-

зуется в движение по «семейному кругу» с выявлением ролей каждого его члена и осознанием пациентом своей роли в семье, в частности, роли идентифицированного пациента.

В АКТА происходит движение от неполного катарсиса к катарсису интеграции. Каждый диалог с отдельной фигурой заканчивается, как правило, частичным, или неполным, катарсисом. Это – интерперсональное осознание-понимание пациентом своей роли в межличностном конфликте. Для достижения полного катарсиса необходимы диалоги с родительскими или иными фигурами первичной группы. Полный катарсис является результатом интеграции частичных катарсисов, достигнутых в диалогах с отдельными значимыми фигурами.

Заключение

Аналитико-катартическая терапия – современная модель психотерапии, теоретической основой которой является психология отношений В.Н. Мясищева. С точки зрения современных методологических подходов, в психологии аналитико-катартическая терапия может быть отнесена к методам феноменологической герменевтики. Основная техника, применяемая в процессе «диалога» – дублирование, представлена широким диапазоном приемов: отражение чувств, эмпатическое понимание, кларификация, рефлексация, конфронтация. Каков удельный вес используемых техник (отражение, кларификация, конфронтация и интерпретация), зависит от стиля терапевта (он может быть более или менее конфронтационным) и от характеристик конкретного пациента. Используя технику диалога, аналитико-катартическая терапия добивается понимания пациентом связи настоящих межличностных конфликтов и переживаний (интерперсональное осознание) с условиями формирования неадекватной системы отношений в прошлом (генетическое осознание).

Литература

1. Александров А.А. Методика аналитико-катартической терапии эмоциональных нарушений // Вестн. психотерапии. – 2016. – № 60 (65). – С. 34–43.
2. Александров А.А. Аналитико-катартическая терапия эмоциональных нарушений. – 2-е изд. – СПб. : СпецЛит, 2017. – 231 с.
3. Александров А.А., Белоцерковский Г.М. Основы кататимно-имажинативной психотерапии. – СПб. : Изд-во СПбМАПО, 2010. – 93 с.
4. Бурлачук Л.Ф., Кочарян А.Ф., Жидко М.Е. Психотерапия. – М. [и др.] ; СПб. : Питер Принт, 2003. – 471 с.
5. Бусыгина Н.П. Методологические основания качественных исследований в психологии : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 2010. – 33 с.

6. Воробьева Л.И. Психотерапия в истории психологии: культурно-исторический анализ : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 2016. – 30 с.
7. Воробьева Л.И. Психотерапия как новая антропологическая практика // Культурно-историческая психология. – 2008. – № 2. – С. 30–38.
8. Гадамер Х.-Г. Истина и метод: основы философской герменевтики. – М., 1998. – 699 с.
9. Зачепицкий Р.А. О патогенетической психотерапии при неврозах // Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. – Л. : Изд-во Психоневрологич. ин-та им. В.М. Бехтерева, 1973. – С. 27–39.
10. Кохановский В.П., Яковлев В.П. История философии. – Ростов н/Д : Феникс, 2002. – 576 с.
11. Лейтц Г. Психодрама: теория и практика, классическая психодрама Я.Л. Морено. – М. : Прогресс, 1994. – 351 с.
12. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. – Л. : Изд-во ЛГУ, 1960. – 428 с.
13. Некрылова Н.В. Основные направления современной клиент-центрированной психотерапии // Журн. практич. психолога. – 2012. – № 1. – С. 81–102.
14. Улановский А.М. Феноменология в психологии и психотерапии: прояснение неотчетливых переживаний // Моск. психотерапевт. журн. – 2009. – № 2. – С. 27–51.
15. Шостром Э., Браммер Л. Терапевтическая психология: основы консультирования и психотерапии. – СПб. : Сова ; М. : Эксмо, 2002. – 624 с.
16. Шульга Е.Н. Когнитивная герменевтика. – М., 2002. – 233 с.
17. Blatner A. Psychodrama // Current Psychotherapies. Fourth edition F.E. Peacock. – Publishers, INC, 1989. – P. 561–571.

Поступила 21.10.2017

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Для цитирования. Александров А.А., Ильченко Е.Г. Диалог в аналитико-катартической терапии с позиций феноменологической герменевтики // Вестн. психотерапии. 2017. № 64 (69). С. 92–105.

DIALOGUE IN ANALYTIC-CATHARTIC THERAPY FROM POSITIONS OF PHENOMENOLOGICAL HERMENEUTICS

Aleksandrov A.A., Ilchenko E.G.

North-West State Medical University named after I.I. Mechnikov
(Kirochnaya Str., 41, St. Petersburg, Russia);

National medical research center of psychiatry and neurology
named after V.M. Bekhterev (Bekhterev Str., 3, St. Petersburg, Russia)

✉ Artur Aleksandrovich Aleksandrov – Dr. Med. Sci. Prof., North-West State Medical University named after I.I. Mechnikov (Kirochnaya Str., 41, St. Petersburg, 191015, Russia), e-mail: profalexandrov@yandex.ru;

Evgenij Gennadievich Ilchenko – psychotherapist, PhD Student of the Department of treatment of borderline mental disorders and psychotherapy National medical research center of psychiatry and neurology named after V.M. Bekhterev (Bekhterev Str., 3, St. Petersburg, 192019, Russia), e-mail: Dr_ilchenko@mail.ru.

Abstract. Analytic-cathartic therapy (ACTA) is a modern model of psychotherapy, the theoretical basis of which is psychology of relations by V.N. Myasishev. It is a synthesis of analytical conversation and psychodramatic technique of "Dialogue with an imaginary meaningful other". From the point of view of modern methodological approaches in psychology, ACTA can be referred to the methods of phenomenological hermeneutics. The main technique used in the process of dialogue is doubling. It is intended to clarify indistinct experiences and to reveal hidden meanings. It is carried out in a wide range of ways: from empathic support to confrontation and interpretation. What is the specific weight of the techniques used – reflection, clarification, confrontation and interpretation – depends on the therapist's style (it can be more or less confrontational) and on the characteristics of the particular patient. Using ACTA Dialogue technique, the patient establishes an understanding of the connection between actual social difficulties and experiences (interpersonal awareness) with the conditions for the formation of an inadequate system of relationships in the past (genetic awareness).

Keywords: psychotherapy, analytic-cathartic therapy, phenomenology, hermeneutics, dialogue, doubling.

References

1. Aleksandrov A.A. Metodika analitiko-katarticheskoi terapii emotsional'nykh narushenii [The technique of analytical-cathartic therapy of emotional disorders]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of psychotherapy]. 2016. N 60. Pp. 34–43. (In Russ.)
2. Aleksandrov A.A. Analitiko-katarticheskaya terapiya emotsional'nykh narushenii [Analytic-cathartic therapy of emotional disorders]. Sankt-Peterburg. 2017. 231 p. (In Russ.)
3. Aleksandrov A.A., Belotserkovskii G.M. Osnovy katatimno-imaginativnoi psikhoterapii [Basics of catatimno-imaginative psychotherapy]. Sankt-Peterburg. 2010. 93 p. (In Russ.)
4. Burlachuk L.F., Kocharyan A.F., Zhidko M.E. Psikhoterapiya [Psychotherapy]. Moskva : Sankt-Peterburg 2003. 471 p. (In Russ.)
5. Busygina N.P. Metodologicheskie osnovaniya kachestvennykh issledovaniy v psikhologii [Methodological foundations of qualitative research in psychology] : Abstract dissertation PhD Psychol. Sci. Moskva. 2010. 33 p. (In Russ.)
6. Vorob'eva L.I. Psikhoterapiya v istorii psikhologii: kul'turno-istoricheskii analiz [Psychotherapy in the history of psychology: cultural and historical analysis] : Abstract dissertation PhD Psychol. Sci. Moskva. 2016. 30 p. (In Russ.)
7. Vorob'eva L.I. Psikhoterapiya kak novaya antropologicheskaya praktika [Psychotherapy as a new anthropological practice]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya* [Cultural-historical psychology]. 2008. N 2. Pp. 30–38. (In Russ.)

8. Gadamer H.G. Istina i metod. Osnovy filosofskoi germeneytiki [Wahrheit und Methode]. Moskva. 1998. 699 p. (In Russ.)
9. Zacheptskii R.A. O patogeneticheskoi psikhoterapii pri nevrozakh [About pathogenetic psychotherapy in neuroses]. Psikhoterapiya pri nervnykh i psikhicheskikh zabolevaniyakh [Psychotherapy in nervous and mental diseases] : collection of scientific works. Leningrad. 1973. Pp. 27–39. (In Russ.)
10. Kokhanovskii V.P., Yakovlev V.P. Istoriya filosofii [History of philosophy]. Rostov-na-Donu. 2002. 576 p. (In Russ.)
11. Leitts G. Psikhodrama: teoriya i praktika, klassicheskaya psikhodrama Ya.L. Moreno [Psychodrama: theory and practice, classical psychodrama J.L. Moreno]. Moskva. 1994. 351 p. (In Russ.)
12. Myasishchev V.N. Lichnost' i nevrozy [Personality and neuroses]. Leningrad. 1960. 428 p. (In Russ.)
13. Nekrylova N.V. Osnovnye napravleniya sovremennoi klient-tsentrirovannoi psikhoterapii [The main directions of modern client-centered psychotherapy]. *Zhurnal prakticheskogo psikhologa* [Journal of Practical Psychologist]. 2012. N 1. Pp. 81–102. (In Russ.)
14. Ulanovskii A.M. Fenomenologiya v psikhologii i psikhoterapii: proyasnienie neotchetlivykh perezhivaniy [Phenomenology in psychology and psychotherapy: clarification of indistinct experiences]. *Moskovskii psikhoterapevticheskii zhurnal* [Moscow Psychotherapeutic Journal]. 2009. N 2. Pp. 27–51. (In Russ.)
15. Shostrom E., Brammer L. Terapevticheskaya psikhologiya. Osnovy konsul'tirovaniya i psikhoterapii [Therapeutic psychology. Fundamentals of counseling and psychotherapy]. Sankt-Peterburg : Moskva. 624 p. (In Russ.)
16. Shul'ga E.N. Kognitivnaya germeneytika [Cognitive hermeneutics]. Moskva. 2002. 233 p. (In Russ.)
17. Blatner A. Psychodrama. Current Psychotherapies. Fourth edition. F.E. Peacock. Publishers, INC. 1989. Pp. 561–571.

Received 21.10.2017

For citing. Aleksandrov A.A., Ilchenko E.G. Dialog v analitiko-katarticheskoy terapii s pozitsiy fenomenologicheskoy germeneytiki. *Vestnik psikhoterapii*. 2017. N 64. Pp. 92–105. (In Russ.)

Aleksandrov A.A., Ilchenko E.G. Dialogue in Analytic-cathartic therapy from positions of phenomenological hermeneutics. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2017. N 64. Pp. 92–105.

**ПСИХОТЕРАПИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО
РАССТРОЙСТВА, ОСЛОЖНЕННОГО ПРИЕМОМ АЛКОГОЛЯ**

¹ Научно-клинический и образовательный центр «Психотерапия и клиническая психология», Санкт-Петербургский государственный университет (Россия, Санкт-Петербург, 21-я линия, д. 8А);

² Петербургская школа психотерапии и психологии отношений (Россия, Санкт-Петербург, Спасский пер., д. 14)

Употребление алкоголя является распространенным осложнением посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Первым комплексный подход к психотерапии ПТСР, осложненного приемом алкоголя разработал В.М. Бехтерев, предложивший сочетание личностно-ориентированной психотерапии и гипносуггестивной терапии. Позже данный принцип составления программ комплексной психотерапии ПТСР, осложненного приемом алкоголя развивался В.М. Мясищевым, А.Р. Довженко, Г.И. Григорьевым, С.П. Семеновым и И.Г. Ульяновым. В 2000–2005 гг. было обследовано 1002 комбатанта. Употребление алкоголя (F10.0x1 по МКБ-10) наблюдалось у 97 %. Средняя степень интоксикации (F10.0x2) отмечалась у 85 %, легкая степень (F10.) – у 15 %. Употребление алкоголя пациенты оправдывали прежде всего наличием алгий, а также отечественными традициями и «больной» душой. Большая часть пациентов начала употреблять алкогольные напитки в возрасте 13–15 лет, и только 327 человек отметили, что проблемы с алкоголем появились после участия в боевых действиях. Программа комплексной психотерапии включала 5 сеансов индивидуальной личностно-ориентированной психотерапии (в методе позитивной динамической психотерапии), 20 ч групповой психотерапии, для купирования патологической тяги к алкоголю использовалась методика внушения наяву «новый Я». В результате комбинации психотерапевтических подходов отмечаются положительные результаты лечения.

Ключевые слова: наркология, психотерапия, психологическая помощь, комбатант, посттравматическое стрессовое расстройство, реактивное расстройство.

✉ Слабинский Владимир Юрьевич – канд. мед. наук доц., С.-Петерб. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, 21-я линия, д. 8А), e-mail: slabinsky@yandex.ru;

Воищева Надежда Михайловна – завуч, Петерб. школа психотерапии и психологии отношений (Россия, 190031, Санкт-Петербург, Спасский пер., 14), e-mail: pdpspb@yandex.ru;

Шарт Александра Евгеньевна – мл. науч. сотр., С.-Петерб. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, 21-я линия, д. 8А).

Введение

По данным ряда исследований, прием алкоголя как осложнение посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) выявляется более чем у 80 % пострадавших в чрезвычайных ситуациях (ЧС) [4, 7]. Ц.П. Короленко и Н.Л. Бундало предлагали считать употребление алкоголя и ПТСР коморбидной патологией, и если зависимость от алкоголя сформировалась в период, предшествующий травме, то соотносить это расстройство с таксонами по МКБ-10 F 43.1–F 10.2. А когда прием алкоголя приобретает систематический характер на фоне развития ПТСР, то прием алкоголя следует рассматривать как патологический копинг и диагностировать его как осложнение ПТСР [4].

История вопроса. Базовые элементы комплексной программы психотерапии ПТСР, осложненного приемом алкоголя, были предложены еще В.М. Бехтеревым. В 1910 г., обобщая опыт Русско-японской войны (1904–1905 гг.), он разработал актуальные в настоящее время основные принципы психиатрической помощи при боевых действиях. В 1911 г. В.М. Бехтерев писал, что уже более 10 лет применяет «перевоспитание» (приемы отвлечения внимания, укрепления воли и др., в комплексе с внушением) при терапии ПТСР. Он подчеркивал, что сочетание личностно-ориентированной психотерапии и внушения является очень эффективным [1]. Открытие Экспериментально-клинического института по изучению алкоголизма (1912 г.) позволило вывести психотерапию алкоголизма на новый научный уровень. Понимая социальную значимость проблемы, В.М. Бехтерев в 1919 г. создал Клинический психотерапевтический институт, специализирующийся на изучении и лечении ПТСР. Основным методом лечения ПТСР в данном институте стала индивидуальная и коллективная коррекция «социально-ортопедических отношений» в сочетании с сеансами внушения в бодрствующем состоянии. Работа осуществлялась бригадой специалистов, состоящей не только из врачей и психологов, но и инструкторов по социальной педагогике [8].

Ученик В.М. Бехтерева – В.М. Мясищев в качестве основы психотерапии жителей блокадного Ленинграда использовал «ортопедию отношений». Акцент делался на позитивной «реконструкции патологически измененных и реституции нормальных отношений». Он считал, что при психотерапии зависимостей следует сочетать личностно-ориентированный аспект с приемами гипноза. В то же время, более дифференцированная схема психотерапевтического лечения ПТСР во время Великой Отечественной войны (1941–1945 гг.) была разработана представителем Харьковской пси-

хотерапевтической школы И.З. Вельвовским. За основу комплексного подхода была взята гипносуггестивная психотерапия в сочетании с разнообразными когнитивными и поведенческими психотерапевтическими приемами. В реализации комплексной психотерапевтической программы принимали участие не только врачи-психотерапевты, но и практически весь врачебный и медсестринский персонал.

Большой вклад в разработку психотерапии алкоголизма внес Александр Романович Довженко, который разработал оригинальную методику стрессовой психотерапии больных с патологическими зависимостями, взяв за основу метод В.М. Бехтерева и существенно его переработав и развив. Он видел в своей психотерапии до «четырех десятков механизмов воздействия на психику человека, направленных на единую цель: реконструкцию его личности с ориентацией на активную и социально одобряемую жизнь». Большая роль отводилась театральности.

Отличительной особенностью метода А.Р. Довженко являлась слаженная работа команды специалистов. Для распространения эффективного метода лечения в СССР в 1982 г. в г. Феодосии (Крым) организовали Республиканский наркологический психотерапевтический центр Минздрава УССР. Г.И. Григорьев, являясь учеником А.Р. Довженко, на основе стрессовой психотерапии А.Р. Довженко разработал метод духовно ориентированной психотерапии алкоголизма в форме целебного зорока на православной основе.

Оригинальный метод лечения зависимостей создал С.П. Семенов. Его метод «ролевого переключения» является сочетанием психотерапевтической методики «акупунктурного программирования» и культурно-психологической методики «аутогенного перепрограммирования» [5].

Важно отметить, что из психологических механизмов в методах А.Р. Довженко, Г.И. Григорьевой, С.П. Семенова и др. решающая роль отводится катарсису во время сеанса кодирования. Именно переживание катарсиса позволяет осуществить скачок из состояния болезненной зависимости к состоянию отрицания алкоголя.

С.Н. Голуб и И.Г. Ульянов (2012 г.) представили комплексную методику лечения ПТСР у женщин, переживших насилие, при которой параллельно проводятся групповая личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия и коллективная пролонгированная гипносуггестивная психотерапия по Л.П. Яцкову [9]. Терапия длилась 6 мес и была направлена на осознание и преодоление интрапсихических конфликтов, перестройку системы отношений, восстановление полноценности индивиду-

ального и социального функционирования личности [3].

Цель исследования – разработка и применение комплексной психотерапии ПТСР, включающей и возможность терапии такого осложнения как употребление алкоголя.

Материал и методы

В 2000–2005 гг. в Приморском крае России в рамках государственного гранта Федеральной государственной службы занятости населения Российской Федерации «Длительная целевая программа психосоциальной адаптации граждан из числа принимавших участие в контртеррористической операции в Чеченской Республике, имеющих статус “безработного”» реализовали разработанную В.Ю. Слабинским программу «Светлый круг». Целью программы была не только психотерапия ПТСР у данных групп, но прежде всего ресоциализация (трудоустройство) комбатантов и профилактика криминального поведения.

По этой программе психотерапевтическую помощь получили 1670 пациентов с ПТСР в широком возрастном диапазоне, из них мужчин было 1002 человека (60 %), женщин – 668 (40 %). Лечение проводили психотерапевтической бригадой, состоящей из двух врачей-психотерапевтов и двух клинических психологов. Для организации групп пациентов привлекали профконсультантов и специалистов по социальной работе. Психотерапевтическую помощь оказывали амбулаторно.

С целью оповещения потенциальных участников использовали специально разработанные листовки-приглашения, материалы в краевых и районных газетных изданиях, проводили также беседы в военкоматах и подворовый (поквартирный) обход.

Дизайн программы определяли условиями государственного заказа. Продолжительность 1 курса составляла 7 дней и включала в себя «позитивную» диагностику, индивидуальную и групповую психотерапию. Предварительно каждого пациента консультировал врач и определял необходимость направления в психотерапевтическую группу. Пациенты получали 5 индивидуальных консультаций по протоколу (методика 1-го интервью в методе позитивной динамической психотерапии) и принимали участие в 20-часовой психотерапевтической группе по методике позитивной психодрамы.

Количество участников отдельного модуля программы лимитировалось необходимостью сочетания индивидуальной и групповой психотерапии, и рассчитывалось, исходя из нагрузки 8 пациентов на 1 специалиста

(врача-психотерапевта или медицинского психолога). Таким образом, психотерапевтическая бригада из 2 специалистов работала с 16 пациентами в течение 1 недели.

Кроме того, для купирования патологического влечения к алкоголю использовали методику внушения наяву «Новый Я» (Ситников А.П., 1991). Выполнение техники начинали с наведения гипнотической индукции, для чего использовался эриксоновский подход. Далее психотерапевт предлагал представить последовательно два образа: на левой руке – образ «Я реальный», то есть такой, каким стал после развития патологического влечения к алкоголю; на правой руке – образ «Я идеальный», то есть такой, каким я был до начала боевых действий или каким бы я хотел быть. После того как пациент визуализировал образы, психотерапевт предлагал ему объединить их, соединяя руки. Новый образ «Я-трезвого» следовало вложить в себя, прижав руки к груди.

При терапии ПТСР в качестве психотерапевтических мишеней выступали нарушения системы отношений в трех кластерах:

- отношение к себе;
- отношение к значимому другому;
- отношение к окружающему миру.

После окончания курса психотерапии для оценки психосоциального статуса пациентов использовали шкалу «Объективная оценка эффективности реабилитационных мероприятий в пограничной психиатрии» В.Я. Семке [6], основанной на градации эффективности лечения: 1) полное выздоровление; 2) практическое выздоровление; 3) неполное выздоровление; 4) незначительное выздоровление; 5) отсутствие выздоровления.

Результаты исследования обработали математически с использованием программы Statistica 10.0.

Результаты их анализ

Употребление алкоголя (F10.0x1 по МКБ-10) наблюдалось у 97 % мужчин. Средняя степень интоксикации (F10.0x2) отмечалась у 85 %, легкая степень (F10.0x1) – у 15 %. Употребление алкоголя пациенты оправдывали прежде всего наличием алгий, а также отечественными традициями и «больной» душой.

Большая часть пациентов начала употреблять алкогольные напитки в возрасте 13–15 лет, и только 327 человек отметили, что проблемы с алкоголем появились после участия в боевых действиях, именно этим пациентам в рамках настоящей статьи уделено наибольшее внимание.

Результаты опроса пациентов (n = 327) после проведенного курса психотерапии по шкале В.Я. Семке сведены в таблицу. В результате статистической обработки данных установлено, что «полное выздоровление» и «практическое выздоровление» по данным самочувствия отмечалось в 70 % случаев, «неполное выздоровление» – в 25,4 %, «незначительное выздоровление», «отсутствие выздоровления» – менее чем в 5 %.

Эффективность проведенной психотерапии ПСРТ,
осложненного употреблением алкоголя

Показатель	n (%)
Полное выздоровление	182 (55,7)
Практическое выздоровление	47 (14,4)
Неполное выздоровление	83 (25,4)
Незначительное выздоровление	15 (4,5)
Отсутствие выздоровления	0 (0)

К сожалению, условия государственного гранта не позволили собрать, катamnестические данные на пролеченных пациентов в полном объеме, поэтому для подтверждения эффективности психотерапевтического лечения с позиций доказательности требуются дополнительные исследования.

Выводы

Установлено, что для лечения посттравматического стрессового расстройства, осложненного приемом алкоголя, целесообразна направленная на реконструкцию нарушенных отношений личности и ресоциализацию комплексная индивидуальная и групповая личностно-ориентированная психотерапия в сочетании с гипносуггестивной психотерапией, способствующей ролевому переключению из состояния болезненного влечения в состояние отказа от алкоголя. В результате комбинации этих психотерапевтических подходов отмечаются положительные результаты психотерапевтического лечения.

Литература

1. Бехтерев В.М. Гипноз. – Донецк : Сталкер, 2000. – 384 с.
2. Григорьев Г.И., Мильчакова В.А. Метод стрессопсихотерапии А.Р. Довженко – базовая медицинская составляющая духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зорка на православной основе // Вестн. психотерапии. – 2009. – № 32 (37). – С. 24–47.

3. Голуб С.Н., Ульянов И.Г. Психотерапия и психопрофилактика преневротических состояний и невротических расстройств у женщин, подвергшихся домашнему насилию в Дальневосточном регионе // Сиб. вестн. психиатрии и наркологии. – 2012. – № 2. – С. 58–62.

4. Короленко Ц.П., Бундало Н.Л. Особенности употребления алкоголя людьми с боевой психической травмой // Сиб. обозрение. – 2007. – № 1 (42). – С. 43–47.

5. Семёнов С.П. Рекультурация (аутогенное перепрограммирование) // Вестн. психотерапии. – 2010. – № 34 (39). – С. 25–29.

6. Семке В.Я. Психогении современного общества. – Томск : Изд-во Томск. ун-та, 2003. – 408 с.

7. Слабинский В.Ю. Психотерапия пострадавших от землетрясения в 1995 году в Нефтегорске // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2017. – № 1. – С. 40–53.

8. Слабинский В.Ю. Психотерапия реактивных расстройств в Петрограде в 1900–1926 гг. // Учен. зап. ун-та им. П.Ф. Лесгафта. – 2016. – № 8 (138). – С. 273–278.

9. Яцков Л.П. поэтапная психотерапия нервно-психических (непсихотических) нарушений при последствиях церебрально-органической патологии // 7-й Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. – М., 1981. – Т. 3. – С. 303–305.

Поступила 07.11.2017

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи. Материалы статьи поддержаны государственным контрактом № 73(1) от 18.10.2000 г. Дальневосточного Федерального центра занятости населения по Приморскому краю в рамках реализации «Длительной целевой программы психосоциальной адаптации граждан из числа принимавших участие в контртеррористической операции в Чеченской Республике, имеющих статус "безработного"».

Для цитирования. Слабинский В.Ю., Воищева Н.М., Шарт А.Е. Психотерапия посттравматического стрессового расстройства, осложнённого приёмом алкоголя // Вестн. психотерапии. 2017. № 64 (69). С. 106–114.

**PSYCHOTHERAPY FOR POSTTRAUMATIC STRESSFUL DISORDER COMPLICATED
BY ALCOHOL CONSUMPTION**

Slabinsky V.Yu.¹, Voishcheva N.M.², Shart A.E.¹

¹ Research, Clinical and Educational Center "Psychotherapy and Clinical Psychology", Saint Petersburg University (8A, 21st line, St. Petersburg, Russia);

² St. Petersburg School of Psychotherapy and Psychology of Attitude (14, Spassky per., St. Petersburg, Russia).

✉ Vladimir Yur'evich Slabinsky – PhD Med. Sci., Associate Prof., Saint Petersburg University (8A, 21st line, St. Petersburg, 199034, Russia), e-mail: slabinsky@yandex.ru;

Nadezhda Mikhailovna Voishcheva – deputy head teacher; Petersburg School of Psychotherapy and Psychology of Attitude, 14, Spassky per., St. Petersburg, 190031, Russia) e-mail: pdpspb@yandex.ru;

Aleksandra Evgenievna Shart – Junior Research Associate, Saint Petersburg University (8A, 21st line, St. Petersburg, 199034, Russia)

Abstract. Alcohol abuse is a common complication of post-traumatic stress disorder (PTSD). The first comprehensive approach to psychotherapy of PTSD complicated by alcohol consumption was developed by V.M. Bekhterev, who proposed a combination of personality-oriented psychotherapy and hypnosuggestive therapy. Later this principle of drawing up programs of complex psychotherapy for PTSD complicated by alcohol consumption developed by V.S. Ziegel, V.M. Myasishchev, A.R. Dovzhenko, G.I. Grigoriev, S.P. Semenov, I.G. Ulyanov. In 2000–2005 1002 combatants were examined. The alcohol abuse (F10.0x1 in ICD-10) was observed in 97 %. The average degree of intoxication (F10.0x2 in ICD-10) was noted in 85 %, light degree (F10.0x1 according to ICD-10) – in 15 %. Alcohol abuse was justified by the patients by the presence of algias, as well as by traditions and a "sick" soul. Most patients started drinking alcohol at the age of 13–15, and only 327 people noted alcohol problems after participating in military activities. The program of complex psychotherapy included 5 sessions of individual personality-oriented psychotherapy (method of positive dynamic psychotherapy), 20 hours of group psychotherapy for the relief of pathological craving for alcohol, method of suggesting the "new self" in reality was used. As a result of a combination of psychotherapeutic approaches, positive results of treatment are noted.

Keywords: narcology, psychotherapy, psychological help, combatant, post-traumatic stress disorder, reactive disorders.

References

1. Bekhterev V.M. Gipnoz [Hypnosis]. Donetsk. 2000. 384 p. (In Russ.)
2. Grigor'ev G.I., Mil'chakova V.A. Metod stressopsikhoterapii A.R. Dovzhenko – bazovaya meditsinskaya sostavlyayushchaya dukhovno orientirovannoi psikhoterapii v forme tselebnogo zaroka na pravoslavnoi osnove [Grigoriev G.I., Milchakova V.A. Method of stress-psychotherapy by A.R. Dovzhenko – basic medical component of the spirit-oriented psychotherapy in the form of healing vow on the orthodox basis]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2009. N 32. Pp. 24–47. (In Russ.)
3. Golub S.N., Ul'yanov I.G. Psikhoterapiya i psikhoprofilaktika prenevroticheskikh sostoyanii i nevroticheskikh rasstroistv u zhenshchin, podvergshikhsya domashnemu nasiliyu v Dal'nevostochnom regione [Psychotherapy and psychoprophylaxis of preneurotic states and neurotic disorders in women subjected to domestic violence in the Far Eastern region]. *Sibirskii vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Journal of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2012. N 2. Pp. 58–62. (In Russ.)

4. Korolenko Ts.P., Bundalo N.L. Osobennosti upotrebleniya alkogolya lyud'mi s boevoi psikhicheskoi travmoi [Features of alcohol use by people with military mental trauma]. *Sibirskoe obozrenie* [Siberian Review]. 2007. N 1. Pp. 43–47. (In Russ.)

5. Semenov S.P. Rekul'turatsiya (autogennoe pereprogramirovanie) [Semyonov S.P. Reculturation (autogenic reprogramming)]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2010. N 34. Pp. 25–29. (In Russ.)

6. Semke V.Ya. Psikhogenii sovremennogo obshchestva [Psychogeny of modern society]. Tomsk. 2003. 408 p. (In Russ.)

7. Slabinskii V.Yu. Psikhoterapiya postradavshikh ot zemletryaseniya v 1995 godu v Neftegorske [Slabinskii V.Y. Psychotherapeutic Treatment of Victims of the 1995 Earthquake in Neftegors]. *Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychaynykh situatsiyakh* [Medical-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations]. 2017. N 1. Pp. 40–53. (In Russ.)

8. Slabinskii V.Yu. Psikhoterapiya reaktivnykh rasstroistv v Petrograde v 1900–1926 gg. [Psychotherapy of reactive disorders in Petrograd in 1900–1926]. *Uchenye zapiski universiteta imeni P.F. Lesgafta* [Transactions of P.F. Lesgaft University]. 2016. N 8. Pp. 273–278. (In Russ.)

9. Yatskov L.P. Poetapnaya psikhoterapiya nervno-psikhicheskikh (nepsikhoticheskikh) narushenii pri posledstviyakh tserebral'no-organicheskoi patologii [Step-by-step psychotherapy of neuropsychic (nonpsychotic) disorders in the aftermath of cerebral-organic pathology]. *7-i Vsesoyuznyi s"ezd nevropatologov i psikhiatrov* : [7th All-Union Congress of Neuropathologists and Psychiatrists]. Moskva. 1981. Vol. 3. Pp. 303–305. (In Russ.)

Received 07.11.2017

For citing. Slabinsky V.Yu., Voishcheva N.M., Shart A.E. Psikhoterapiya posttravmaticheskogo stressovogo rasstroistva, oslozhnennogo priemom alkogolya. *Vestnik psikhoterapii*. 2017. N 64. Pp. 106–114. (In Russ.)

Slabinsky V.Yu., Voishcheva N.M., Shart A.E. Psychotherapy for posttraumatic stressful disorder complicated by alcohol consumption. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2017. N 64. Pp. 106–114.

АНАЛИЗ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ИЗОБРЕТЕНИЙ ПО ПСИХОПРОФИЛАКТИКЕ И ПСИХОТЕРАПИИ АЛКОГОЛИЗМА (1994–2016 гг.)

¹ Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
им. А.М. Никифорова МЧС России

(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2);

² Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии
и неврологии им. В.М. Бехтерева (Россия, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3);

³ Санкт-Петербургский государственный университет
(Россия, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9)

Объект исследования составила электронная база данных отечественных патентов, зарегистрированных в Федеральной службе по интеллектуальной собственности (Роспатент) в 1994–2016 гг. Поиск позволил найти 353 изобретения, содержащих способы и устройства профилактики, лечения и реабилитации алкоголизма. Патентов на изобретения по психотерапии было 68, или 19,3 % от всего массива изученных изобретений. Их среднегодовое количество было $3,0 \pm 0,5$. В 22 (32,3 %) изобретениях имелись комбинированные виды психотерапевтического воздействия, краткосрочные методы – в 59 (87 %). Суггестивные способы психотерапевтического воздействия использовались в 41 (45,5 %) патентах, рациональная психотерапия – в 30 (33,3 %), эмоционально-стрессовая – в 7 (7,8 %), социально-психологический тренинг – в 6 (6,7 %), нейролингвистическое программирование – в 6 (6,7 %). В 44 (64,7 %) изобретениях выявлено сочетание психотерапии с биологическими методами лечения. В последние годы отмечается значительное уменьшение количества патентов на изобретения, связанных с психотерапией алкоголизма. Как правило, заявки на новые способы психотерапевтического воздействия отличаются нетехническими признаками, характеризующими интеллектуальную деятельность, например представление пациенту информации о негативном воздействии алкоголя на организм. «Спасти» заявку на изобретение может включение в формулу изобретения объективных показателей (клинических, лабораторных, психофизиологических или иных данных).

✉ Евдокимов Владимир Иванович – д-р мед. наук проф., Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), e-mail: 9334616@mail.ru;

Чехлатый Евгений Иванович – д-р мед. наук проф., вед. науч. сотр., Нац. мед. исслед. центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева (Россия, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3); руководитель, науч.-клинич. и образоват. центр «Психотерапия и клиническая психология», Санкт-Петерб. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9), e-mail: chekhlaty@mail.ru.

Ключевые слова: психотерапия, психологическая коррекция, наркология, алкоголизм, изобретение, патент, Федеральная служба по интеллектуальной собственности (Роспатент).

Введение

Алкоголизм – хроническое психическое прогрессирующее заболевание, разновидность токсикомании, характеризующееся пристрастием к алкоголю (этиловому спирту), с психической и физической зависимостью от него.

Низкий уровень жизни, неумеренное употребление алкоголя, снижение его качества обуславливают преждевременное развитие болезней и увеличения смертности населения по ряду заболеваний и травм. Считается, что ежегодно алкоголь в России является причиной смерти около $\frac{1}{3}$ части всех умерших мужчин и около 15 % женщин, что составляет не менее 500 тыс. человек. По данным Росстата, от случайных отравлений алкоголем в России погибает не более 14–16 тыс. человек, например, в 2015 г. умерли 15,2 тыс. человек, в 2016 г. – 14 тыс. [7]. К сожалению, официальные и общедоступные данные разнятся.

По данным Роспотребнадзора России, в 2016 г. в стране имелось более 5 млн человек, регулярно употребляющих алкоголь, при том, что осознали свою болезнь и активно лечатся не более 2 %. На рис. 1 представлены сведения [7, 8] об уровнях впервые выявленных случаях алкоголизма (первичная заболеваемость) в России и из них взятых впервые на профилактический учет в связи с вредными последствиями алкоголизма. При высоких коэффициентах детерминации ($R^2 = 0,77$ и $R^2 = 0,95$) полиномиальные тренды показывали динамику уменьшения данных. В 1995–2016 гг. среднегодовой уровень первичной заболеваемости алкоголизмом составил (118 ± 6) больных на 100 тыс. человек населения, из них около 86 %, или (101 ± 5) пациентов брались на профилактический диспансерный учет в расчете на 100 тыс. человек населения. За 22 года (1995–2016 гг.) отмечается уменьшение регистрации количества первичной заболеваемости алкоголизмом в 2,4 раза, например, в 1995 г. таких лиц было 156 на 100 тыс. населения, в 2014-м – только 65.

Среднегодовое количество алкогольных психозов, возникших впервые в жизни в 1995–2016 гг., было $(54,2 \pm 3,5)$ тыс. пациентов, на 100 тыс. человек населения России – (37 ± 3) больных. Отмечается значимая тенденция их уменьшения (рис. 2).

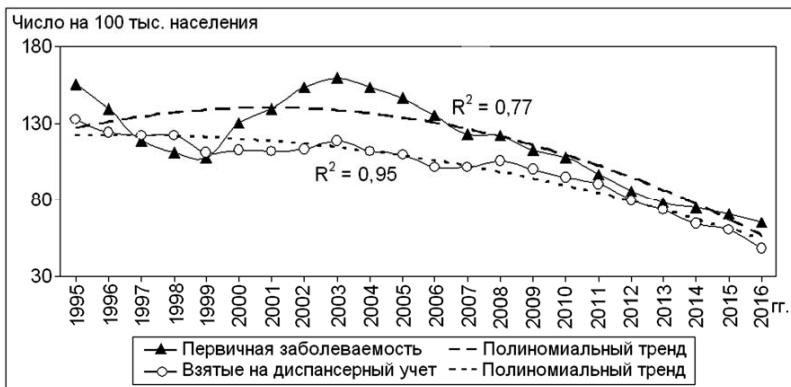


Рис. 1. Первичная заболеваемость алкоголизмом в России, из них взятые на профилактический учет в связи с вредными последствиями алкоголизма [7, 8]

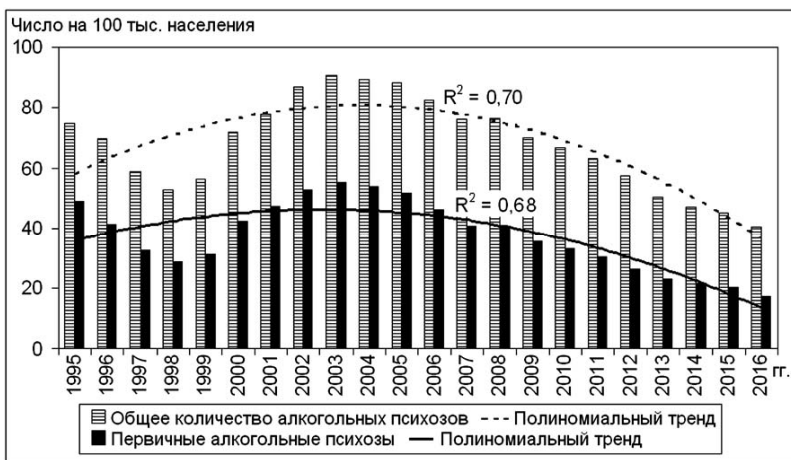


Рис. 2. Количество алкогольных психозов в России [7, 8]

На рис. 3 представлена официальная численность больных, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях вследствие алкоголизма и алкогольных психозов, и численность больных, состоящих на профилактическом учете в связи с употреблением алкоголя с вредными последствиями. Полиномиальные тренды при высоких коэффициентах детерминации ($R^2 = 0,96$ и $R^2 = 0,83$ соответственно) показывают статистически значимое уменьшение общей численности зарегистрированных больных в России и общей численности пациентов, взятых на профилактиче-

ский учет. Например, в 1995 г. было зарегистрировано 2 млн 406 тыс. больных, в 2016 г. – в 1,5 раза меньше, или 1 млн 590 тыс.

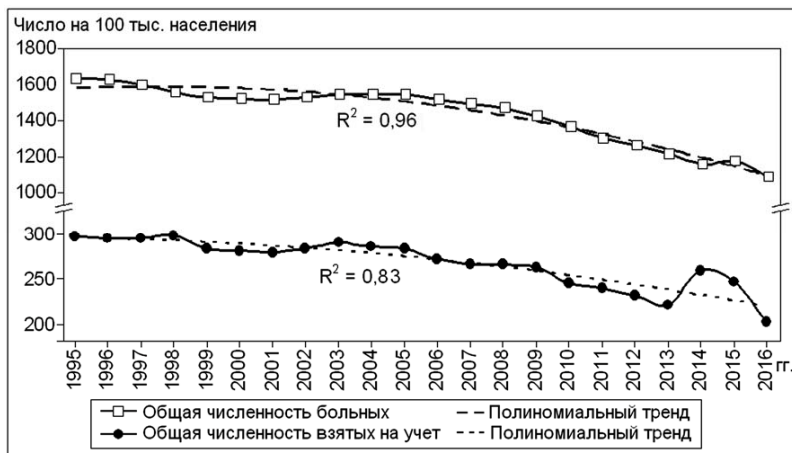


Рис. 3. Общая численность больных алкоголизмом и количество больных, состоящих на профилактическом учете в связи с употреблением с вредными последствиями [7, 8]

Среднегодовой уровень общей численности больных алкоголизмом в России в 1995–2016 гг. составлял (1436 ± 35) на 100 тыс. населения, общего количества больных, состоящих на диспансерном учете в связи с вредными последствиями алкоголя, – (268 ± 6) на 100 тыс. населения, общего уровня алкогольных психозов – (68 ± 3) на 100 тыс. населения России (см. рис. 2) [7, 8]. Более подробные статистические сведения о лицах, злоупотребляющих психоактивными веществами, в том числе алкоголем, содержатся в периодических статистических отчетах Научно-исследовательского института наркологии – филиала Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского Минздрава России [8].

При всей положительной динамике официальных данных ситуация с алкоголизмом в стране не улучшилась, а по ряду позиций, например по вовлечению в пьянство несовершеннолетних, ухудшилась. Помимо социальных проблем, личностных особенностей пациентов и социального окружения, способствующих алкоголизации населения страны, многообразия средств и методов лечения и реабилитации отмечается их низкая эффек-

тивность. В ремиссии более 1 года находился каждый пятый больной, а ежегодно снимается с учета по выздоровлению не более 3–4 %.

Считается, что при помощи патентно-ассоциированной литературы, которая отражает развитие интеллектуальной деятельности в научно-технической сфере, можно судить о ее развитии и проводить прогнозирование [3, 13, 15].

Изобретение – это техническое решение в любой области, относящееся к продукту (в частности, к устройству, веществу, штамму микроорганизма, культуре клеток растений или животных) или способу (процессу осуществления действий над материальным объектом с помощью материальных средств).

Изобретению предоставляется правовая охрана и выдается патент, если оно является новым, имеет изобретательский уровень и промышленно применимо. Патентные взаимоотношения в России регулируются 72-й главой (патентное право) IV раздела Гражданского кодекса [4]. Экспертизу заявок на изобретения, регистрацию, выдачу и учет патентов в России осуществляет (Роспатент). Срок действия патента на изобретение составляет 20 лет с момента регистрации заявки.

Патенты на изобретения соотносятся с Международной патентной классификацией изобретений (МПК). МПК содержит базовый и расширенный уровни. С 1 января 2010 г. действует базовая 9-я версия МПК, ее расширенный уровень уточняется ежегодно [9]. Все патенты на изобретения сгруппированы в 8 разделов МПК, которые обозначаются заглавной буквой латинского алфавита от А до Н.

Заголовок раздела приблизительно отражает его содержание. Раздел подразделяется на классы. Иногда в раздел входят подразделы, которые не имеют индексов. Индекс класса состоит из индекса раздела и двузначного числа. Заголовок класса отражает его содержание. Каждый класс МПК имеет один или несколько подклассов. Индекс подкласса состоит из индекса класса и заглавной буквы латинского алфавита. Заголовок подкласса максимально точно отражает его содержание. Подклассы делятся на группы и подгруппы. Патенты сферы диагностики и лечения алкоголизма относятся к разделу А – «Удовлетворение жизненных потребностей человека», подразделу – «Здоровье; спасательная служба; развлечение», классу А61 – «Медицина и ветеринария; гигиена».

Публикации, в которых рассматривались патенты на изобретения в сфере профилактики и лечения алкоголизма, единичны [5, 10, 11]. Мета-анализ запатентованных методов лечения наркологических расстройств

представлен в статье С.С. Сошникова и соавт. [14]. В основном проанализированы изобретения с 1985 по 2010 г. Из 429 патентов 223 посвящены лечению алкоголизма, в том числе 34 признаны как опасные (табл. 1). Ссылки на рандомизированные контролируемые испытания найдены только в 5 (1,5 %) патентах, заявителями которых являлись иностранные компании. В 231 патенте не было ссылок на подтверждающие исследования. В статье не раскрыты психологические методы лечения зависимостей.

Таблица 1

Типы и опасность предложенных запатентованных способов лечения [14]

Патологическая зависимость	Опасность лечения			Всего
	опасен	не опасен	не установлено	
Опийная	18	4	12	34
Психостимуляторы	0	0	1	1
Токсикомания	1	2	1	4
Алкоголизм	34	104	85	223
Смешанный	25	54	86	165
Пропущены значения	0	2	0	2
Всего	78	166	185	429

Цель исследования – провести анализ патентов на изобретения в сфере психопрофилактики, психотерапии и психологической реабилитации алкоголизма (далее – психотерапии).

Материал и методы

Объект исследования составила электронная база данных (БД) отечественных патентов на изобретения, зарегистрированные в Федеральной службе по интеллектуальной собственности (Роспатент) в 1994–2016 гг. С главной страницы сайта Федерального института промышленной собственности (ФИПС) (<http://www1.fips.ru/>) (рис. 4), активировав опцию «Информационные ресурсы» (см. рис. 4, п. 1), переходили на ее страницу. Страница содержит электронные ресурсы информационно-поисковой системы и реестр открытых полных текстов заявок и патентов на изобретения и прочие сведения. Использовали опцию «Информационно-поисковая система» (см. рис. 4, п. 2) и, нажав на опцию «Перейти к поиску», открывали окно «Выбор БД для поиска» (см. рис. 4, п. 3).

Использовали БД «Рефераты российских изобретений» (см. рис. 4, п. 4). Для открытия БД следует поставить в квадратике слева от ее названия

«галочку» и, активировав опцию «Поиск», расположенную на панели сайта ФИПС слева (см. рис. 4, п. 5), попадали на страницу сведений поисковых режимов: по авторам, патентообладателям, поисковым словам, времени публикации патента на изобретение, номеру заявки и пр. (см. рис. 4, п. 6).

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ФИПС
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ ПРОМЫШЛЕННОЙ СОБСТВЕННОСТИ

Информационно-поисковая система ②

Патентные документы РФ (рус.)
Патентные документы РФ (анг.)
Международная патентная классификация
Российские товарные знаки

? Рефераты российских ④ изобретений
 ? Заявки на российские изобретения
 ? Полные тексты российских изобретений из трех последних бюллетеней

Поиск
Основная область запроса: ? ⑥

алкогол* **Поиск** **Очистить форму**

Название ? _____
Номер документа ? _____
Опубликовано ? 1994.01.01-1994.31.12
МПК ? _____
Заявитель(и) ? _____
Автор(ы) ? _____

Найденные документы
Всего найдено: 28
Выбранные поисковые базы (количество найденных документов):
Рефераты российских изобретений (28)
Запрос: Основная область запроса: **алкогол***
(45) Опубликовано: **1994.01.01-1994.12.31** ⑦

№ документа	Номер документа публикации	Дата публикации	Название
1.	2020937	15.10.1994	НООТРОПНОЕ И АНТИАЛКОГОЛЬНОЕ СРЕДСТВО
2.	2022005	30.10.1994	СПОСОБ ПРОИЗВОДСТВА АЛКОГОЛЬНОГО МЕДОВОГО НАПИТКА
3.	2022556	15.11.1994	СПОСОБ КУПИРОВАНИЯ АЛКОГОЛЬНОГО АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА

Рис. 4. Страницы информационно-поисковой системы ФИПС

Для поиска использовали усеченное значком «*» слово «алкогол*», которое позволяло находить в названии патентов и реферате изобретения слова алкоголь, алкогольный, алкоголизм и др. Задавали годовой промежуток времени. Вначале следует указывать год, затем число и только потом

месяц. На примере (см. рис. 4, п. 6) поиск выданных отечественных патентов на изобретения проводили за 1994 г. Поисковый режим позволил выявить 28 откликов (см. рис. 4, п. 6). Парадоксально, но факт – режим сгруппировал патенты по созданию алкогольной продукции и способы и устройства по профилактике, диагностике и лечению алкоголизма.

На рис. 5 изображена страница просмотра рефератов патентов на изобретения. Активировав перечень документов (см. рис. 5, п. 1), открывали реферат патента на изобретение, содержащий номер патента, шифр МПК, номер заявки, дату подачи заявки (отсчета периода действия патента), дату и номер бюллетеня, опубликовавшего патент, адрес заявителя (патентного поверенного) и прочие сведения. Рутинным способом просматривали годовые массивы патентов и выявляли нужные.

Информационно-поисковая система

Документ ①

1 • 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7 ... 28

К документу:

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ



ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА
ПО ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ,
ПАТЕНТАМ И ТОВАРНЫМ ЗНАКАМ
(51) МПК
А61Н 39/04 (1990.01)

(19) **RU** ⁽¹¹⁾ **2 006 220** ⁽¹³⁾ **C1**

②

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

Статус: не действует (последнее изменение статуса: 18.03.2013)
 Пошлина: учтена за 18 год с 17.03.2010 по 16.03.2011

(21)(22) Заявка: <u>93 93009741</u> , 16.03.1993 (30) Конвенционный приоритет: 16.03.1993 RU 93 93009741	(72) Автор(ы): ДОВЖЕНКО АЛЕКСАНДР РОМАНОВИЧ (73) Патентообладатель(и): ДОБРОВОЛЬСКИЙ ВИКТОР ВАСИЛЬЕВИЧ, ПОДКОВА ВИКТОР ПЕТРОВИЧ
--	--

(54) СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛИЗМА И/ИЛИ НАРКОМАНИЙ

(57) Реферат:

Изобретение относится к области медицины и может быть использовано в психиатрии. Способ позволяет без использования медикаментозных средств лечить больных хроническим алкоголизмом и наркоманиями. Для этого формируют отрицательный условный рефлекс на алкоголь с помощью групповой ауто- и гетеросуггестии на группу, содержащую не менее 100 человек, раздражения точек Валле и точки выхода большого затылочного нерва до появления болевого ощущения.

Рис. 5. Страница изучения найденных рефератов изобретений

Зная номер патента на изобретение, при возникновении необходимости изучить его полный текст посредством ресурса «Открытые реестры» (рис. 6, п. 1) открывали электронную версию изобретения (см. рис. 6, п. 2).



ФИПС
 ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
 ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ ПРОМЫШЛЕННОЙ СОБСТВЕННОСТИ

Открытые реестры

Реестр изобретений Российской Федерации
[Вернуться к выбору реестра](#)
Найти документы

1

Параметр:

▼

Значение:

ПОИСК

Выберите диапазон номеров

- 1 - 2699999
- 2600000 - 2699999
- 2630000 - 2699999
- 2632000 - 2699999
- 2632600 - 2699999
- 2632500 - 2632599
- 2632400 - 2632499
- 2632300 - 2632399
- 2632200 - 2632299
- 2632100 - 2632199
- 2632000 - 2632099
- 2631000 - 2631999
- 2630000 - 2630999
- 2620000 - 2629999
- 2610000 - 2619999
- 2600000 - 2609999
- 2500000 - 2599999
- 2400000 - 2499999
- 2300000 - 2399999



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

(19) **RU** (11) **2 006 220** (13) **C1**

2

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА
 ПО ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ,
 ПАТЕНТАМ И ТОВАРНЫМ ЗНАКАМ
 (51) МПК
 A61H 39/04 (1990.01)

(52) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ
 Статус: не действует (последнее изменение статуса: 18.03.2019)
 Подана: 16.03.1993 RU 93 93009 741

(21)(22) Заявка: 93 93009 741, 16.03.1993 (30) Заявка: 16.03.1993 RU 93 93009 741	(72) Автор(ы): ДОВБОВЬСКИЙ ВИКТОР ВАСИЛЬЕВИЧ (73) Патентообладатель(и): ДОВБОВЬСКИЙ ВИКТОР ВАСИЛЬЕВИЧ, ПОДКО ВА ВIKTOP ПЕТРОВИЧ
--	---

(54) СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛИЗМА ИЛИ НАРКОМАНИИ
 (57) Реферат:
 Изобретение относится к области медицины и может быть использовано в психиатрии. Способ позволяет без использования медикаментозных средств лечить больных хроническим алкоголизмом и наркоманиями. Для этого формируют отрицательный условный рефлекс на алкоголь с помощью групповой ауто- и гетероусугубки на группу, содержащую не менее 100 человек, раздражения кожи. Выпаи и точки выхода большого затылочного нерва до появления боляего ощущения. 1 з. п. ф-лы.

Рис. 6. Страница поиска полнотекстовых патентов на изобретения

Статистическую обработку результатов исследования провели с использованием программы Microsoft Excel 15.0. Динамику показателей нарушений здоровья исследовали с помощью анализа динамических рядов и построения полиномиального тренда 2-го порядка. В тексте указаны средние арифметические данные и ошибка средней величины ($M \pm m$).

Результаты и их анализ

Поисковый режим позволил найти за 24 года 353 отечественных патента на изобретения, зарегистрированные в Роспатенте в 1994–2016 гг., в сфере профилактики, диагностики и лечения алкоголизма. Как правило, в

изученный массив изобретений не включали экспериментальные исследования, проведенные на животных. Среднегодовое количество изученных патентов в 1994–2016 гг. составило 15 ± 1 . На рис. 7 изображена доля изобретений по психотерапии в общем массиве изобретений по лечению алкоголизма. Изобретений по психотерапии было 68, и они составили 19,3 % от всего массива изученных изобретений.

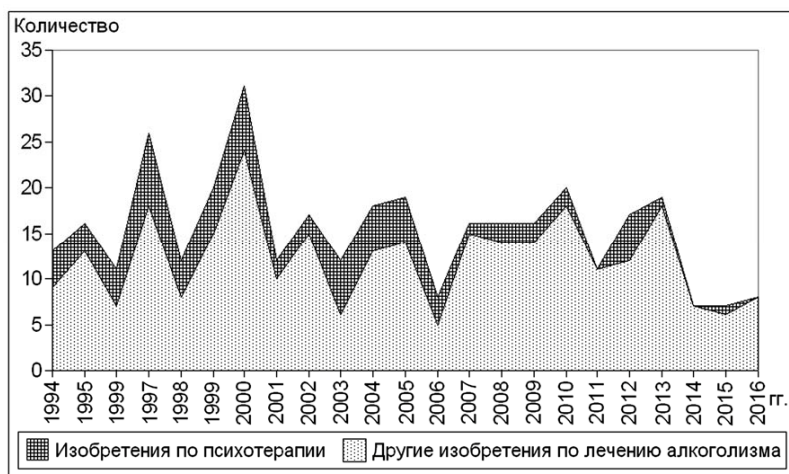


Рис. 7. Доля изобретений по психотерапии в общем массиве изобретений по профилактике, лечению и реабилитации алкоголизма

На рис. 8 представлена динамика изобретений по психотерапии и психологической коррекции. Их среднегодовое количество было $3,0 \pm 0,5$. В последние годы отмечается значительное уменьшение количества патентов на изобретения, связанных с психотерапией алкоголизма. После вступления в силу Гражданского кодекса [4], в 72-й главе которой отражены патентные права, был введен в действие Административный регламент Роспатента [1]. Изложенные в нем подходы ужесточили требования, предъявляемые к анализу подаваемых заявок на изобретения, и нашли отражение в современном Административном регламенте [2]. В частности, сквозь все требования и нормы проходит мысль, что изобретение – это техническое решение, а используемые в практике психотерапии и психологической коррекции методики трудно назвать техническими.

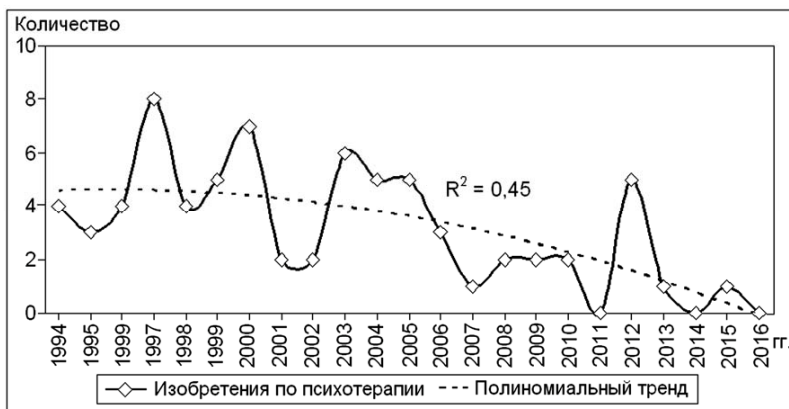


Рис. 8. Динамика патентов на изобретения по психотерапии алкоголизма

Разделы психологии тесным образом связаны с мыслительными процессами, характеризующими не что иное, как интеллектуальную деятельность. При этом, согласно п. 5 ст. 1350 Гражданского кодекса [4], продукт интеллектуальной деятельности не является изобретением. Изложенные в регламенте подходы экспертизы позволяют эксперту отказать в выдаче патента на изобретение, например, если заявленное решение отличается от прототипа только так называемыми нетехническими признаками, характеризующими интеллектуальную деятельность, например, представление пациенту информации о негативном воздействии алкоголя на организм. «Спаси» заявку на изобретение в данном случае могут включение в формулу изобретения объективных показателей (клинических, лабораторных, психофизиологических или иных данных) [4].

Психотерапевтическая энциклопедия содержит максимально полно и объективно представленные основные сведения о психотерапии и ее методах: виды, типы, способы и пр. [12]. При анализе патентов было установлено, что из более чем 500 представленных в энциклопедии методов и форм психотерапии использовались следующие: суггестивная психотерапия, рациональная психотерапия, эмоционально-стрессовая психотерапия, нейролингвистическое программирование (НЛП) в индивидуальной и коллективно-групповой формах и социально-психологический (СП) тренинг. Сведения о проводимых воздействиях, представленных в проанализированных патентах, сведены в обобщенную табл. 2.

В сумме примененных видов психотерапии оказалось больше, чем количество патентов. В 22 изобретениях имелись сочетанные психотера-

певтические воздействия, поэтому при определении доли использованных вмешательств, использовали их общую сумму (90). Применялись следующие виды психотерапевтического лечения, в том числе:

в 41 случае (45,5 %) – суггестивная психотерапия – группа методов психотерапии, в основе которых в качестве ведущего лечебного фактора выступает внушение или самовнушение: внушение реализуется в состоянии бодрствования, гипнотического сна (гипнотерапия), наркотического сна (нарко-психотерапия) и др.;

Таблица 2
Сведения о психотерапевтических воздействиях, представленных в изобретениях по лечению алкоголизма

Вид психотерапии	Все-го	Способ психотерапии					Комбинация психотерапии					
		коллективно-групповая	индивидуальная	одиночная	сочетанная	кратковременная	музыкаотерапия	рефлексотерапия	фитотерапия	физиотерапия	фармакотерапия	гомеопатические средства
Суггестивная	41	3	19	22	23	20	2	20	4	16	16	1
Рациональная	30	4	10	8	8	15	2	20	4	16	16	1
Эмоционально-стрессовая	7	3	4	4	3	5	-	3	-	-	-	-
СП-тренинг	6	3	3	2	4	3	-	4	-	-	-	-
НЛП	6	2	4	5	1	4	1	1	-	-	-	-

в 30 случаях (33,3 %) – рациональная – представляет собой интегративный метод психотерапии, в первую очередь ориентированный на нозологический подход к заболеванию как альтернатива терапии внушением. Она опирается прежде всего на разум, мышление пациента;

в 7 случаях (7,8 %) – эмоционально-стрессовая – психотерапевтический процесс рассматривается как активное лечебное вмешательство, цель которого произвести в душе больного на предельно высоком эмоциональном уровне пересмотр, а в ряде случаев и радикальное изменение отношения к себе, своему болезненному состоянию и окружающей микро- и макросоциальной среде;

в 6 случаях (6,7 %) – социально-психологический тренинг – метод активного обучения и психологического воздействия, осуществляемого в

процессе интенсивного группового взаимодействия и направленного на повышение компетентности в сфере общения;

в 6 случаях (6,7) – нейролингвистическое программирование – модель человеческих коммуникаций и поведения, которая может быть эффективно использована в психотерапии с целью их оптимизации.

В 59 патентах (87 %) на изобретения имелись краткосрочные способы (1–3 сеанса) психотерапевтического воздействия.

В 44 изобретениях (64,7 %) имелась совокупность психотерапии с биологическими методами лечения. В указанных патентах различные виды психотерапии сочетались с рефлексотерапией (20 изобретений, или 64,7 %), фармакотерапией (16, или 29,4 %), физиотерапией (16, или 29,4 %), фитотерапией (4, или 5,9 %) и гомеопатией (1, или 1,5 %).

Рефлексотерапия часто сочеталась со следующими видами психотерапии: суггестивная психотерапия – в 23 изобретениях, рациональная – в 7, эмоционально-стрессовая – в 3, социально-психологический тренинг – в 4, нейролингвистическое программирование – в 1. В сочетании с психотерапией чаще всего использовались следующие биологически активные точки (в скобках – международное обозначение): выхода надглазничного нерва (точка Валле), Да-Джу (V11), Инь-тан (ЗРС), Бай-хуэй (VC20), Я-мэнь (VC15), Вань-гу (4IG) и другие и аурикулярные точки, воздействие на них были механическим – либо пальцами, либо иглами. Сочетания разных методов психотерапии использовали различные точки и способы рефлексотерапии.

Совмещение психотерапии и фармакотерапии встречалось в единичных случаях: профлузак (антидепрессант), феназепам (транквилизатор), пропасол, этанол, изотонический раствор NaCl, растворы магния, никотиновой кислоты, тетурам и плацебо. Все они применялись для закрепления эффектов различных видов психотерапии, в том числе и плацебо, при лечении алкоголизма.

Психотерапия комбинировалась с другими методами воздействия на организм, по-видимому, для закрепления суггестивного или эмоционального эффекта психотерапии или «плацебо»-воздействия (импульсный и постоянный ток, различные приборы – КВЧ- и СВЧ-воздействие, лазер, аудио- и видеовоздействия, потоки воздуха, ароматы и проч., воздействующие на различные ощущения и сенсорные анализаторы организма – кинестетические, тактильные, визуальные, аудиальные и др.).

К сожалению, в ряде патентов по профилактике, диагностике и лечению алкоголизма не были представлены результаты клинических исследо-

ваний. Следует указать, что форма патентной заявки не обязывает заявителя предоставлять доказательное подтверждение эффективности и безопасности воздействий. Практически во всех описаниях изобретений имелись примеры лечения больных, имелась констатация эффективности психологических воздействий без строгой доказательности.

Некоторые изобретения содержали причудливые, не вполне научно обоснованные вмешательства. Например, в патенте 2377027 (авторы А.О. Бухановский и др.) после детоксикации организма применяют психотерапию, которая включает методику похорон, предусматривающую необходимость выкапывания могилы полного профиля: в длину и глубину – 2 м, в ширину – 70 см. Выкопав могилу, пациент должен 15 мин побыть в могиле сам, чтобы представить, как плохо и одиноко будет здесь смерти...

Патенты 2226409 и 2224570 (авторы А.А. Крыласов и В.В. Соляников) содержали способы психотерапевтического лечения, основанные на дополнительных 25-м и 26-м кадрах видеоизображения. Многие современные исследователи не допускают возможности создать их технически, но в этом случае эффективность способа может достигаться «плацебо»-эффектом.

Патент 2055602 (автор А.Б. Братищев) после выведения из абстиненции и проведения рациональной психотерапии с выработкой установок на лечение и полное воздержание от употребления психоактивных веществ предлагает фиксацию выработанной установки при помощи воздействия электрическим током, вызывающим развитие унилатерального судорожного припадка при воздействии на эмоциогенные зоны головного мозга.

Согласно патенту 2233181 (автор В.И. Звягин), при лечении алкогольной зависимости применяется гетероаутотренинг, записываемый на аудиокассету, и для его усиления на разных этапах воздействия больному предлагается использовать 2 контейнера, в одном размещена ампула с 10 мл 0,9 % раствора хлорида натрия, а в другом – ампула с 10 мл 10 % раствора хлористого кальция, названные «Живая вода» и «Мертвая вода» (контейнер «Живая вода» размещается под ладонью ведущей руки пациента, контейнер «Мертвая вода» – под другой), и во время проведения сеанса пациент с мысленным представлением посылает каждого слова-качества формулы самовнушения сжимает в кулаке контейнер с «Живой водой», в дальнейшем – с «Мертвой водой». В конце лечения вместо контейнера «Живая вода» применяется третий контейнер, названный «Слово», с ампулой 10 мл 1 % раствора диоксида. Для усиления формулы самовнушения после заключительного сеанса пациент из бутылки спиртного напитка, в

которую сливалось содержимое ампул контейнера «Мертвая вода», наливает в емкость не более 50 мл напитка, вскрывает ампулу с раствором диоксида, выливает его в эту емкость и прополаскивает полученным раствором горло. Автор утверждает, что такой способ позволяет повысить эффективность лечебного воздействия.

Подробные сведения содержит аннотированный указатель отечественных патентов на изобретения, выданных Роспатентом в 1994–2016 гг., по диагностике и лечению алкоголизма [6]. Справочно-библиографическое пособие представлено в открытом доступе на сайте Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России [http://www.arcerm.spb.ru/doc/Knigi/Alkogol_Evdok.pdf].

Заключение

1. Поисковый режим в электронной базе данных отечественных патентов, зарегистрированных Роспатентом в 1994–2016 гг. позволил найти 353 изобретения, содержащих способы и устройства профилактики, лечения и реабилитации алкоголизма. Патентов на изобретения по психотерапии было 68, или 19,3 % от всего массива изученных изобретений. Их среднегодовое количество было $3,0 \pm 0,5$.

2. В 44 (64,7 %) изобретениях выявлено сочетание психотерапии с биологическими методами лечения. В 22 (32,3 %) изобретениях имелись комбинированные виды психотерапевтического воздействия, в 59 (87 %) – краткосрочные методы. Суггестивные способы психотерапевтического воздействия использовались в 41 (45,5 %) патентах, рациональная психотерапия – в 30 (33,3 %), эмоционально-стрессовая – в 7 (7,8 %), социально-психологический тренинг – в 6 (6,7 %), нейролингвистическое программирование – в 6 (6,7 %).

3. В последние годы отмечается значительное уменьшение количества патентов на изобретения, связанных с психотерапией алкоголизма. Как правило, заявки на новые способы психотерапевтического воздействия отличаются нетехническими признаками, характеризующими интеллектуальную деятельность, например представление пациенту информации о негативном воздействии алкоголя на организм. «Спаси» заявку на изобретение может включение в формулу изобретения объективных показателей (клинических, лабораторных, психофизиологических или иных данных) [5].

Литература

1. Административный регламент исполнения Федеральной службой по интеллектуальной собственности, патентам и товарным знакам государственной

функции по организации приема заявок на изобретение и их рассмотрения, экспертизы и выдачи в установленном порядке патентов Российской Федерации на изобретение : утв. приказом Минобрнауки РФ от 29.10.2008 г. № 327 // Бюл. нормат. актов федер. органов исполнит. власти. – 2009. – № 21.

2. Административный регламент предоставления Федеральной службой по интеллектуальной собственности государственной услуги по государственной регистрации изобретения и выдаче патента на изобретение, его дубликата : утв. приказом Минэкономразвития РФ от 25.05.2016 г. № 315. – URL: <http://www.pravo.gov.ru>; <http://www.rupto.ru/search/>.

3. Бобровников Г.Н., Амосов С.А. Проведение информационных исследований при оценке и прогнозировании технического уровня. – М. : Акад. нар. хоз-ва, 1984. – 101 с.

4. Гаврилов Э.П., Городов О.А., Гришаев С.П. [и др.]. Комментарий к Гражданскому кодексу Российской Федерации (постатейный). Ч. 4. – М. : Проспект, 2009. – 800 с.

5. Евдокимов В.И., Горячкина Т.Г., Эриванцева Т.Н., Чехлатый Е.И. Анализ патентов на изобретения в сфере психотерапии в России (1994–2010 гг.) // Вестн. психотерапии. – 2011. – № 38 (43). – С. 118–134.

6. Евдокимов В.И., Чехлатый Е.И. Диагностика и лечение алкоголизма : аннотированный указатель отечественных патентов на изобретения (1994–2016 гг.) / Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева. – СПб., 2017. – 111 с.

7. Здравоохранение в России : стат. сб. / Росстат. – М., 1997–2015. – URL: <http://www.gks.ru>.

8. Киржанова В.В., Григорова Н.И., Киржанов В.Н., Сидорюк О.В. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2015–2016 годах : стат. сб. – М. : ФМИЦПН им. В.П. Сербского, 2017. – 183 с.

9. Международная патентная классификация : 9-я ред. [вступила в силу 01.01.2009 г.] : базовый уровень : в 5 т. – М. : Роспатент : Всемир. орг. интелект. собственности, 2009. – Т. 5 : Руководство к МПК. – 54 с.

10. Николаенко В.Н. Биохимические показатели выраженности патологического влечения к алкоголю // Актуальные проблемы психиатрии, наркологии и неврологии : сб. науч. тр. – М., 2000. – Вып. 2. – С. 359–363.

11. Перехрестенко П.М. Патентное обеспечение научных исследований в области новых лекарственных средств лечения алкоголизма // Социальная гигиена, организация здравоохранения и история медицины : респ. межвед. сб. – Киев, 1989. – Вып. 20. – С. 107–110.

12. Психотерапевтическая энциклопедия / Абабков В.А. [и др.] ; под ред. Б.Д. Карвасарского. – 3-е изд. – СПб. [и др.] : Питер, 2006. – 943 с.

13. Скорняков Э.П., Горбунова М.Э. Патентные исследования : учеб.-метод. пособие. – М. : Информ.-изд. центр Роспатента, 2006. – 163 с.

14. Сошников С.С., Владимиров С.К., Сосунов Р.А. [и др.]. Контент-анализ запатентованных методов лечения наркологических расстройств в России // Неврол. вестн. Журн. им. В.М. Бехтерева. – 2011. – Т. XLIII, № 4. – С. 3–7.

15. Яковец Ю.В., Кузык Б.Н., Кулиш В.И. Прогноз инновационного развития России на период до 2050 года с учетом мировых тенденций // Инновации. – 2005. – № 1. – С. 44–53 ; № 2. – С. 19–28.

Поступила 27.10.2017

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Для цитирования. Евдокимов В.И., Чехлатый Е.И. Анализ отечественных изобретений по психопрофилактике и психотерапии алкоголизма (1994–2016 гг.) // Вестн. психотерапии. 2017. № 64 (69). С. 115–133.

THE ANALYSIS OF DOMESTIC INVENTIONS ON PREVENTION AND PSYCHOTHERAPY FOR ALCOHOLISM (1994–2016)

Evdokimov V.I.¹, Chekhlaty E.I.^{2,3}

¹ Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Academica Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, Russia);

² National medical research center of psychiatry and neurology named after V.M. Bekhterev (Bekhterev Str., 3, St. Petersburg, Russia);

³ Saint Petersburg University (Universitetskaya Emb. 7/9, St Petersburg, Russia)

✉ Vladimir Ivanovich Evdokimov – Dr. Med. Sci. Prof., Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Academica Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: 9334616@mail.ru;

Chekhlaty Evgeny Ivanovich – Dr. Med. Sci. Prof., Leading research associate, National medical research center of psychiatry and neurology named after V.M. Bekhterev (Bekhterev Str., 3, St. Petersburg, 192019, Russia); Head, "Psychotherapy and Clinical Psychology" Research, Clinical and Educational Center, Saint Petersburg University (Universitetskaya Emb. 7/9, St. Petersburg 199034, Russia), e-mail: chekhlaty@mail.ru

Abstract. Object of the research is an electronic database of domestic patents registered with the Federal Service for Intellectual Property (Rospatent) in 1994–2016. The search allowed to find 353 inventions focused on methods and devices for prevention, treatment and rehabilitation in alcoholism. There were 68 invention patents for psychotherapy or 19.3 % of the entire array of inventions studied. Their average annual number was 3.0 ± 0.5 . In 22 inventions (32.3 %) there were combined types of psychotherapeutic influence, short-term methods – in 59 (87 %). Suggestive methods of psychotherapeutic influence were used in 41 (45.5 %) patents, rational psychotherapy – in 30 (33.3 %), emotional-stressful – in 7 (7.8 %), socio-psychological training – in 6 (6.7 %), neurolinguistic programming – in 6 (6.7 %). In 44 (64.7 %) inventions a

combination of psychotherapy with biological methods of treatment was revealed. In recent years, there has been a significant reduction in the number of patents for inventions focused on psychotherapy of alcoholism. As a rule, applications for new methods of psychotherapeutic influence are characterized by intellectual activity, for example, presentation of information to a patient about the negative impact of alcohol on the body. Including in a formula of an invention of objective indicators (clinical laboratory, psychophysiological or other data) can "salvage" the application for an invention.

Keywords: psychotherapy, psychological correction, narcology, alcoholism, invention, patent, Federal Service for Intellectual Property (Rospatent).

References

1. Administrativnyi reglament ispolneniya Federal'noi sluzhboi po intellektual'noi sobstvennosti, patentam i tovarnym znakam gosudarstvennoi funktsii po organizatsii priema zayavok na izobretenie i ikh rassmotreniya, ekspertizy i vydachi v ustanovlennom poryadke patentov Rossiiskoi Federatsii na izobretenie : utverzhden prikazom Ministerstva obrazovaniya i nauki Rossii ot 29.10.2008 g. N 327 [Administrative regulations for the execution by the Federal Service for Intellectual Property, Patents and Trademarks of the state function for arranging the receipt of applications for an invention and their consideration, examination and issuance of patents of the Russian Federation for an invention in accordance with the established procedure: Order of the Ministry of Education and Science of the Russian Federation of 29.10.2008 № 327]. *Byulleten' normativnykh aktov federal'nykh organov ispolnitel'noi vlasti* [Coll. of legislation. of Rus. Federation]. 2009. N 21. (In Russ.)

2. Administrativnyi reglament predstavleniya Federal'noi sluzhboi po intellektual'noi sobstvennosti gosudarstvennoi uslugi po gosudarstvennoi registratsii izobreteniya i vydache patenta na izobretenie, ego dublikata : utverzhden prikazom Ministerstva ekonomicheskogo razvitiya Rossii ot 25.05.2016 g. N 315 [Administrative regulations for the provision by the Federal Service for Intellectual Property of a state service for the state registration of an invention and the grant of a patent for an invention, its duplicate: Order of the Ministry of Economic Development of the Russian Federation of May 25, 2016 No. 315]. URL: <http://www.pravo.gov.ru>; <http://www.rupto.ru/search/> (In Russ.)

3. Bobrovnikov G.N., Amosov S.A. Provedenie informatsionnykh issledovaniy pri otsenke i prognozirovaniy tekhnicheskogo urovnya. Moskva [Conducting research information in evaluating and forecasting the technical level]. 1984. 101 p. (In Russ.)

4. Gavrilov E.P., Gorodov O.A., Grishaev S.P. [et al.]. Kommentarii k Grazhdanskomu kodeksu Rossiiskoi Federatsii (postateinyi). Chast' chetvertaya [Commentary on the Civil Code of the Russian Federation (itemized). Part Four]. Moskva. 2009. 800 p. (In Russ.)

5. Evdokimov V.I., Goryachkina T.G., Erivantseva T.N., Chekhlatyi E.I. Analiz patentov na izobreteniya v sfere psikhoterapii v Rossii (1994–2010 gg.) [An analysis of patents for inventions in the psychotherapy domain in Russia (1994–2010)]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2011. N 38. Pp. 118–134. (In Russ.)

6. Evdokimov V.I., Chekhlatyi E.I. Diagnostika i lechenie alkogolizma : annotirovannyi ukazatel' otechestvennykh patentov na izobreteniya (1994–2016 gg.) [Diag-

nosis and treatment of alcoholism: an annotated index of domestic patents for inventions (1994–2016)]. Sankt-Peterburg. 2017. 111 p. (In Russ.)

7. Zdravookhranenie v Rossii : statisticheskii sbornik [Public health in Russia: statistical digest]. Moskva. 1997–2015. URL: <http://www.gks.ru>. (In Russ.)

8. Kirzhanova V.V., Grigorova N.I., Kirzhanov V.N., Sidoryuk O.V. Osnovnye pokazateli deyatelnosti narkologicheskoi sluzhby v Rossiiskoi Federatsii v 2015–2016 godakh : statisticheskii sbornik [The main indicators of the drug service in the Russian Federation in 2015–2016: statistical digest]. 2017. 183 p. (In Russ.)

9. Mezhdunarodnaya patentnaya klassifikatsiya : bazovyi uroven' : 9-ya redaktsiya : [International Patent Classification, basic level. 9th edition] : in 5 Vol. Moskva 2009. Vol. 5 : Rukovodstvo k MPK [Guideto the IPC]. 54 p. (In Russ.)

10. Nikolaenko V.N. Biokhimicheskie pokazateli vyrashennosti patologicheskogo vlecheniya k alkogolyu [Biochemical indices of severity of pathological desire for alcohol]. *Aktual'nye problemy psikhiiatrii, narkologii i neurologii* [Actual problems of psychiatry, narcology and neurology] : collection of scientific works. Moskva. 2000. Issue 2. Pp. 359–363. (In Russ.)

11. Perekhrestenko P.M. Patentnoe obespechenie nauchnykh issledovaniy v oblasti novykh lekarstvennykh sredstv lecheniya alkogolizma [Patent support of scientific research in the field of new drugs for alcoholism treatment]. *Sotsial'naya gigiena, organizatsiya zdravookhraneniya i istoriya meditsiny* [Social hygiene, organization of public health and history of medicine] : collection of scientific works. Kiev 1989. Issue 20. Pp. 107–110. (In Russ.)

12. Psikhoterapevticheskaya entsiklopediya [Encyclopedia of psychotherapy]. Ababkov V.A. [et al.] ; Ed. B.D. Karvasarskii. Sankt-Peterburg 2006. 943 p. (In Russ.)

13. Skorniyakov E.P., Gorbunova M.E. Patentnye issledovaniya [Patent research]. Moskva. 2006. 163 p. (In Russ.)

14. Soshnikov S.S., Vladimirov S.K., Sosunov R.A. [et al.]. Kontent-analiz patentovannykh metodov lecheniya narkologicheskikh rasstroistv v Rossii [Content-analysis of patented therapeutic methods of substance dependence disorders in Russia]. *Nevrologicheskii vestnik. Zhurnal imeni V.M. Bekhtereva* [Neurological Bulletin named after V.M. Bekhterev]. 2011. Vol. XLIII, N 4. Pp. 3–7. (In Russ.)

15. Yakovets Yu.V., Kuzyk B.N., Kulish V.I. Prognoz innovatsionnogo razvitiya Rossii na period do 2050 goda s uchetom mirovykh tendentsii [The forecast of innovative development of Russia for the period till 2050 taking into account world tendencies]. *Innovatsii* [Innovations]. 2005. N 1. Pp. 44–53 ; N 2. Pp. 19–28. (In Russ.)

Received 27.10.2017

For citing. Evdokimov V.I., Chekhlatyi E.I. Analiz otechestvennykh izobretenii po psikhoprofilaktike i psikhoterapii alkogolizma (1994–2016 gg.). *Vestnik psikhoterapii*. 2017. N 64. Pp. 115–133. (In Russ.)

Evdokimov V.I., Chekhlatyi E.I. The analysis of domestic inventions on prevention and psychotherapy for alcoholism (1994–2016). *The Bulletin of Psychotherapy*. 2017. N 64. Pp. 115–133.

ФАКТОРЫ, СДЕРЖИВАЮЩИЕ РИСК НАСИЛИЯ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОПАСНОСТИ

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии
и наркологии им. В.П. Сербского (Россия, Москва, Кропоткинский пер., д. 23)

Представлены результаты исследования защитных факторов риска криминального рецидива у лиц с психическими расстройствами, совершивших общественно опасные действия с различной степенью общественной опасности. Выборку составили 102 мужчины. 34 из них проходили принудительное лечение в специализированном стационаре общего типа, еще 34 находились на амбулаторном принудительном лечении и наблюдении у психиатра, и 34 – на активном диспансерном наблюдении. Методический комплекс включал: индивидуальную карту обследования, опросники: изучение Самоконтроля; «Стиль саморегуляции поведения» А. Басса и М. Пери; «Индикатор копинг-стратегий»; «Личностный опросник Бехтеревского института»; «Самооценка имеющихся проблем»; методика оценки защитных факторов. Выявлены специфические различия в представленности защитных факторов в зависимости от степени общественной опасности обследуемых. Лиц с низкой степенью общественной опасности отличают высокая мотивация на лечение, протективная эмоциональная социальная поддержка, стабильные интимные отношения. Лиц со средней степенью общественной опасности отличают достаточный самоконтроль, эмпатия, развитые коммуникативные и социальные навыки, просоциальная нравственная конституция, социальная апперцепция, умение распоряжаться своими финансами, наличие стабильной работы, поддержка просоциального формального и неформального окружения, организованная досуговая активность. Наибольший вклад в отнесение обследованных в группу пациентов с высокой степенью общественной опасности вносят: отсутствие стабильного формального и неформального окружения, протективной эмоциональной поддержки, низкая эмпатия, низкий соци-

✉ Токарева Галина Михайловна – мед. психолог, Центр. клинич. психиатр. больница (Россия, 127083, Москва, ул. 8 Марта, д. 1), e-mail: galatgala@gmail.com;

Дубинский Александр Александрович – мл. науч. сотр. лаб. психогигиены и психопрофилактики, Нац. мед. исслед. центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского (Россия, 119001, Москва, Кропоткинский пер., д. 23), e-mail: aleksandr-dubinskij@yandex.ru;

Кабанова Татьяна Николаевна – канд. психол. наук, ст. науч. сотр. лаб. психогигиены и психопрофилактики, Нац. мед. исслед. центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского (Россия, 119001, Москва, Кропоткинский пер., д. 23), e-mail: tatianak0607@yandex.ru.

альный статус и антисоциальные установки, слабый самоконтроль, отсутствие мотивации на лечение, неразвитые коммуникативные и социальные навыки.

Ключевые слова: судебная психология, психиатрия, защитные факторы, риск насилия, психические расстройства, степень общественной опасности.

Введение

Выявление закономерностей влияния психологических и социально-средовых факторов в этиологии и патогенезе психических расстройств и состояний дезадаптации, а также разработка проблем психологической профилактики, повышения эффективности лечения и реабилитации больных являются ведущими научно-практическими направлениями медицинской психологии [5]. Крайне актуальны эти проблемы в отношении психически больных, совершивших общественно опасные действия (ООД), в плане повышения эффективности их лечения и реабилитации, а также предупреждения неблагоприятных социальных последствий психического заболевания [9].

Вопрос о прекращении или изменении вида принудительного лечения (ПЛ), включающий в себя клинический и социальный прогноз, остается сложным и ответственным, поскольку это требует анализа и учета комплекса клинико-психопатологических, социально-демографических и психологических факторов. Центральным моментом всех диагностических и реабилитационных мероприятий в рамках судебно-психиатрической профилактики является оценка степени общественной опасности больного.

Определение степени общественной опасности требует рассмотрения целого ряда проблем: сущность такой опасности, ее прогнозирование с выявлением как факторов риска общественно опасного поведения лиц, страдающих психическими расстройствами, так и факторов, уменьшающих или сдерживающих этот риск. Без учета последних оценка риска будет несбалансированной, что может привести к неточным прогнозам. Также это может привести к пессимизму среди терапевтов, стигматизации больных и, в конечном счете, к неоправданно длительному содержанию их в стационаре [1].

Согласно современным представлениям зарубежных психиатров, задачи модернизации общей и судебной психиатрии включают, помимо выявления дополнительных (социальных, экономических, биологических и генетических) факторов риска возникновения психических расстройств, выделение дополнительных защитных факторов, особенно тех, которые могут быть быстрее усилены [12]. Защитные факторы представляют собой социально-психологические переменные, которые могут снижать риск со-

вершения больными повторных общественно опасных действий и которые являются своего рода буфером при решении задач превенции криминализации лиц с психическими расстройствами.

Понимание защитных факторов как своего рода условий и обстоятельств при решении задач превенций криминализации лиц с тяжелыми психическими расстройствами определило цель исследования – выявление прогностически значимых факторов, сдерживающих риск насилия, специфичных для лиц с различной степенью общественной опасности.

Материал и методы

Выборку исследования составили 102 мужчины, средний возраст – $(38,5 \pm 13,2)$ года, страдающие психическими расстройствами, совершившие общественно опасные действия. Среди них 34 человека, средний возраст – $(42,5 \pm 14,1)$ года, находились под активным диспансерным наблюдением и составили группу с низкой степенью общественной опасности. Еще 34 обследуемых, средний возраст – $(37,9 \pm 12,4)$ года, были на амбулаторном принудительном наблюдении и лечении (группа со средней степенью общественной опасности) и 34 пациента, возраст – $(45,4 \pm 13,5)$ лет, проходили принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа (группа с высокой степенью общественной опасности).

Клинико-социальные характеристики в каждой группе были сопоставимыми. В каждой группе 50 % обследуемых имели диагноз органическое психическое расстройство (F06 по МКБ-10) и 50 % – шизофрения (F20 по МКБ-10). Обследование проводилось на базе филиалов Психиатрической клинической больницы № 4 им. Ганнушкина (психоневрологических диспансеров № 3–5), Центральной клинической психиатрической больницы и Психиатрической больницы № 5 Департамента здравоохранения Москвы.

Для исследования защитных факторов у обследуемых с разной степенью общественной опасности была использована методика оценки защитных факторов [3]. Методика представляет собой клиническую оценку 27 клинических, психологических, индивидуально-психологических, социально-демографических показателей, кодируемых по 3-балльной шкале (от 0 (фактор отсутствует) до 2 (фактор, безусловно, присутствует) баллов).

Оценка выраженности каждого фактора проводилась с учетом анамнестических данных (для сбора объективных сведений об обследуемых использовали индивидуальную карту исследования, включающую 253 пункта, которые были разделены на социально-демографические, клиничко-

динамические, клинико-криминологические, социально-психологические блоки), медицинской документации, клинической беседы, патопсихологического исследования познавательных процессов [7]. Также показатели защитных факторов сверяли с результатами обследуемых по методикам: изучения самоконтроля Х. Грасмика (1993 г.) в адаптации В.Г. Булыгиной, А.М. Абдраязовой [2], опросникам «Стиль саморегуляции поведения» В.И. Моросановой [8], агрессивности А. Басса и М. Пери (Buss–Perry Aggression Questionnaire, ВРАQ, 1992) в адаптации С.Н. Ениколопова, Н.П. Цибульского [6]; «Индикатор копинг-стратегий» [10], «Личностный опросник Бехтеревского института» [4], проверочный лист «Самооценка имеющихся проблем», в котором предлагается отметить, какие проблемы обследуемый связывает со своим противоправным поведением [11].

Статистическую обработку данных проводили с помощью непараметрических методов: сравнения независимых выборок по критерию Краскела–Уоллиса, процедуры дискриминантного анализа, построения ROC-кривых для оценки качества прогностических моделей. Критерием статистической достоверности получаемых выводов считали общепринятую в психологии величину $p \leq 0,05$. Анализ данных проводили с помощью статистических пакетов SPSS 20.0, Excel 15.0.

Результаты и их анализ

1-м этапом анализа было выделение значимых различий представленности защитных факторов (измеренных по 3-балльной шкале, соответствующей ранговой), которые были исследованы с помощью методики оценки защитных факторов [3], у обследуемых, совершивших ООД, в зависимости от степени общественной опасности с использованием непараметрического статистического критерия сравнения трех и более групп Краскела-Уоллиса (табл. 1).

Было выявлено, что обследуемых с низкой степенью общественной опасности отличают высокая мотивация на лечение, протективная эмоциональная социальная поддержка, стабильные интимные отношения. Несмотря на то что лица данной группы реже испытывают дискомфорт от своего заболевания, они имеют высокую мотивацию на лечение по сравнению с пациентами со средней и высокой степенью общественной опасности.

Таблица 1

Значимые различия распределения защитных факторов в зависимости от степени общественной опасности (критерий Краскела–Уоллиса)

Защитный фактор (баллы, ранговая шкала)	Степень общественной опасности	Средний ранг	Хи-квадрат	p <
Количество субъективно осознаваемых проявлений дефекта	Низкая	41,5	9,7	0,01
	Средняя	56,5		
	Высокая	56,5		
Тип отношения к своему заболеванию	Низкая	35,1	22,3	0,01
	Средняя	65,0		
	Высокая	54,3		
Мотивация на лечение	Низкая	62,7	11,8	0,01
	Средняя	48,5		
	Высокая	43,3		
Социальная апперцепция	Низкая	50,4	9,0	0,02
	Средняя	60,4		
	Высокая	43,7		
Эмпатия	Низкая	49,3	17,1	0,01
	Средняя	65,7		
	Высокая	39,6		
Самоконтроль	Низкая	54,0	6,5	0,04
	Средняя	57,2		
	Высокая	43,2		
Развитые коммуникативные и социальные навыки	Низкая	47,1	11,2	0,01
	Средняя	63,9		
	Высокая	43,5		
Просоциальная нравственная конституция	Низкая	47,6	18,0	0,01
	Средняя	64,8		
	Высокая	42,1		
Отношение к властям	Низкая	40,8	10,6	0,01
	Средняя	61,8		
	Высокая	52,0		
Психологическая защита	Низкая	45,4	8,8	0,02
	Средняя	56,7		
	Высокая	52,4		
Социальный слой	Низкая	45,9	15,6	0,01
	Средняя	64,1		
	Высокая	44,5		
Работа	Низкая	47,7	11,2	0,01
	Средняя	63,7		
	Высокая	43,1		
Финансовый менеджмент	Низкая	47,8	7,9	0,02
	Средняя	61,8		
	Высокая	45,0		

Защитный фактор (баллы, ранговая шкала)	Степень общественной опасности	Средний ранг	Хи-квадрат	p <
Протективная эмоциональная и социальная поддержка	Низкая	59,3	10,0	0,01
	Средняя	54,4		
	Высокая	40,8		
Стабильные интимные отношения	Низкая	57,4	8,8	0,02
	Средняя	56,0		
	Высокая	41,0		
Формальное окружение	Низкая	52,5	18,2	0,01
	Средняя	61,5		
	Высокая	40,5		
Неформальное окружение, социальные сети	Низкая	46,8	21,9	0,01
	Средняя	68,1		
	Высокая	39,6		
Досуговая активность	Низкая	44,9	6,3	0,05
	Средняя	60,4		
	Высокая	49,2		

Было выявлено, что обследуемых с низкой степенью общественной опасности отличают высокая мотивация на лечение, протективная эмоциональная социальная поддержка, стабильные интимные отношения. Несмотря на то что лица данной группы реже испытывают дискомфорт от своего заболевания, они имеют высокую мотивацию на лечение по сравнению с пациентами со средней и высокой степенью общественной опасности.

Лиц со средней степенью общественной опасности значительно отличает представленность следующих защитных факторов: эмпатия, достаточно высокий самоконтроль, развитые коммуникативные и социальные навыки, просоциальная нравственная конституция, способность к регуляции поведения с учетом социальных факторов (социальная апперцепция), умение распоряжаться своими финансами, наличие стабильной работы, поддержка просоциального формального и неформального окружения, организованная досуговая активность. Их отличают типы отношения к своему заболеванию, которые препятствуют агрессивному реагированию (гармоничный, эргопатический, анозогнозический, тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический или апатический) и зрелые психологические защиты.

Обследуемые с высокой степенью общественной опасности чаще испытывают дискомфорт от имеющегося психического заболевания наравне с пациентами со средней степенью общественной опасности. Остальные факторы, сдерживающие риск криминализации, у лиц данной группы не выражены.

Для определения вклада факторов, сдерживающих риск насилия, которые были исследованы с помощью методики оценки защитных факторов [3], в формирование групп обследуемых в зависимости от степени общественной опасности был применен дискриминантный анализ. Пошаговым отбором дискриминантного анализа сформированы модели линейных дискриминантных функций (ЛДФ) для лиц с низкой (ЛДФ₁), средней (ЛДФ₂) и высокой (ЛДФ₃) степенью общественной опасности.

Значения признаков ЛДФ при $p \leq 0,05$, выявленные в обследовании (табл. 2), подставляли в уравнение и решали его. При обследовании психически больных относили в ту группу, для которой данные ЛДФ оказались наибольшими.

Таблица 2

Структурные компоненты и коэффициенты ЛДФ

№	Компонент ЛДФ, балл	Коэффициент			p <
		ЛДФ ₁	ЛДФ ₂	ЛДФ ₃	
	AuRoc	0,98	0,95	0,94	–
	Чувствительность, %	85,3	84,8	82,4	–
	Специфичность, %	95,5	89,7	89,6	–
	Константа	–15,3	–19,2	–14,3	–
X ₁	Уровень внутренней картины болезни	0,4	–0,2	0,5	0,01
X ₂	Количество субъективно осознаваемых проявлений дефекта	1,2	4,5	4,2	0,01
X ₃	Тип отношения к своему заболеванию	–0,1	2,7	2,2	0,01
X ₄	Мотивация на лечение	4,7	–0,3	0,3	0,01
X ₅	Позитивное отношение к медикации	0,3	1,1	0,7	0,01
X ₆	Терапевтический альянс	–1,5	–0,4	–0,1	0,01
X ₇	Интеллект	6,7	5,7	5,1	0,01
X ₈	Социальная апперцепция	0,0	0,0	–0,8	0,01
X ₉	Баланс побудительной и тормозной функций волевых процессов	4,0	3,0	2,7	0,01
X ₁₀	Соотношение составляющих конструкта агрессии	–1,7	–2,9	–2,3	0,01
X ₁₁	Эмпатия	0,8	1,5	1,4	0,01
X ₁₂	Самоконтроль	0,1	2,4	1,4	0,01
X ₁₃	Развитые коммуникативные и социальные навыки	0,5	1,7	0,9	0,01
X ₁₄	Наличие целей в жизни	–0,4	–2,3	–0,6	0,02
X ₁₅	Просоциальная нравственная конституция	–1,6	0,1	–1,7	0,02
X ₁₆	Отношение к властям	0,0	1,4	1,5	0,03

№	Компонент ЛДФ, балл	Коэффициент			p <
		ЛДФ ₁	ЛДФ ₂	ЛДФ ₃	
X ₁₇	Копинг	1,0	-1,6	-0,5	0,04
X ₁₈	Психологическая защита	7,1	11,3	10,9	0,05

ЛДФ₁ (низкая степень общественной опасности) = $-15,34 + 0,437X_1 + 1,249X_2 - 0,097X_3 + 4,686X_4 + 0,295X_5 - 1,522X_6 + 6,691X_7 + 0,000X_8 + 3,980X_9 - 1,719X_{10} + 0,752X_{11} + 0,127X_{12} + 0,461X_{13} - 0,444X_{14} - 1,585X_{15} - 0,021X_{16} + 1,003X_{17} + 7,140X_{18}$.

ЛДФ₂ (средняя степень общественной опасности) = $-19,153 - 0,211X_1 + 4,471X_2 + 2,674X_3 - 0,297X_4 + 1,095X_5 - 0,359X_6 + 5,672X_7 + 0,014X_8 + 3,034X_9 - 2,880X_{10} + 1,525X_{11} + 2,355X_{12} + 1,707X_{13} - 2,327X_{14} + 0,082X_{15} + 1,441X_{16} - 1,645X_{17} + 11,263X_{18}$.

ЛДФ₃ (высокая степень общественной опасности) = $-14,27 + 0,545X_1 + 4,194X_2 + 2,242X_3 + 0,295X_4 + 0,703X_5 - 0,117X_6 + 5,062X_7 - 0,806X_8 + 2,714X_9 - 2,340X_{10} + 1,351X_{11} + 1,404X_{12} + 0,853X_{13} - 0,648X_{14} - 1,747X_{15} + 1,544X_{16} - 0,488X_{17} + 10,948X_{18}$.

Для выявления отдельных защитных факторов, обладающих наибольшей прогностической ценностью, для классификации лиц по степени общественной опасности дополнительно были построены ROC-кривые. Было обнаружено, что в отношении лиц с высокой степенью общественной опасности среди защитных факторов наибольшей прогностической ценностью обладают следующие: отсутствие целей в жизни, мотивации на лечение и терапевтического альянса с лечащим врачом-психиатром.

Для лиц со средней степенью общественной опасности высокой прогностической ценностью обладают переменные: умение регулировать свое поведение с учетом ситуационных факторов (социальная апперцепция) и тип отношения к своему заболеванию с сохранением социальной адаптации (гармоничный, эргопатический, анозогнозический, тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический или апатический).

В отношении лиц с низкой степенью общественной опасности наибольшей прогностической ценностью обладает такой защитный фактор, как высокая мотивация на лечение.

Заключение

Таким образом, использование методики оценки защитных факторов в отношении пациентов с психическими расстройствами, совершившими общественно опасные действия, показало специфические различия в их представленности в зависимости от степени общественной опасности об-

следуемых. У лиц с низкой степенью общественной опасности преобладают мотивация на лечение, протективная эмоциональная социальная поддержка, стабильные интимные отношения. При этом выявляется сниженная способность распознавать имеющиеся психопатологические симптомы. У лиц со средней степенью общественной опасности представлено большинство психосоциальных защитных факторов: стабильная поддержка просоциального формального и неформального окружения, отношение к своему заболеванию с сохранением социальной адаптации, просоциальная нравственная конституция, развитые коммуникативные и социальные навыки, социальная апперцепция. В группе с высокой степенью общественной опасности указанные факторы наименее представлены.

Включение защитных факторов в прогностическую модель риска совершения общественно опасных действий, на наш взгляд, позволяет классифицировать вновь выявленных пациентов и определять мишени психосоциальной работы при составлении индивидуальных программ реабилитации на различных этапах принудительной и внебольничной терапии лиц с психическими расстройствами.

Литература

1. Булыгина В.Г. Психологическая концепция профилактики общественно опасных действий лиц с тяжелыми психическими расстройствами : автореф. дис. ... д-ра психол. наук. – М., 2015. – 45 с.
2. Булыгина В.Г., Абдраязова А.М. Критерии оценки эффективности психосоциальной реабилитации // Рос. психиатр. журн. – 2006. – № 3. – С. 37–41.
3. Булыгина В.Г., Кудрявцев И.А. Психологические основы профилактики опасных действий психически больных : монография. – М. : Спринтер, 2016. – 421 с.
4. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни : метод. рекомендации. – Л., 1987. – 27 с.
5. Евдокимов В.И., Рыбников В.Ю., Зотова А.В. Анализ диссертационных исследований по специальности 19.00.04 «Медицинская психология» (1980–2011 гг.). – СПб. : Политехника-сервис, 2012. – 168 с.
6. Ениколопов С.Н., Цибульский Н.П. Психометрический анализ русскоязычной версии опросника диагностики агрессии А. Басса и М. Перри // Психол. журн. – 2007. – Т. 28. – С. 115–124.
7. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : МГУ, 1986. – 287 с.
8. Моросанова В.И. Индивидуальный стиль саморегуляции: феномен, структура и функции в произвольной активности человека. – М. : Наука, 2001. – 192 с.

9. Психиатрическая помощь населению Российской Федерации в 2012 году : аналит. обзор / под ред. З.И. Кекелидзе, Б.А. Казаковцева – М. : ГНЦССП им. В.П. Сербского, 2013. – 109 с.

10. Рассказова Е.И., Гордеева Т.О., Осин Е.Н.. Копинг-стратегии в структуре деятельности и саморегуляции: психометрические характеристики и возможности применения методики COPE // Психология. Журн. Высш. шк. экономики. – 2013. – Т. 10, № 1. – С. 82–118.

11. Рыбников В.Ю., Булыгина В.Г. Психологическая профилактика общественно опасных действий лиц с тяжелыми психическими расстройствами. – М. : Спринтер, 2015. – 285 с.

12. Coleman R. Recovery: An Alien Concept: Handsell Publishing, 1999. – 169 p.

Поступила 08.11.2017

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Для цитирования. Токарева Г.М., Дубинский А.А., Кабанова Т.Н. Факторы, сдерживающие риск насилия у психически больных с различной степенью общественной опасности // Вестн. психотерапии. 2017. № 64 (69). С. 134–145.

FACTORS RESTRAINING THE RISK OF VIOLENCE IN MENTALLY ILL WITH VARYING DEGREES OF PUBLIC DANGER

Tokareva G.M., Dubinsky A.A., Kabanova T.N.

V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology
(Kropotkinsky lane, 23, Moscow, Russia)

✉ Galina Mihaylovna Tokareva – Clinical psychologist, Central Clinical Psychiatric Hospital (8 Marta Str., 1, Moscow, 127083, Russia), e-mail: galatgala@gmail.com;

Aleksander Aleksandrovich Dubinsky – Junior research associate, Psychohygiene and Psychoprophylaxis Laboratory. V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology (Kropotkinsky lane, 23, Moscow, 119001, Russia), e-mail: aleksandr-dubinskij@yandex.ru;

Tatyana Nikolaevna Kabanova – PhD Psychol. Sci., Senior research associate, Psychohygiene and Psychoprophylaxis Laboratory. V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology (Kropotkinsky lane, 23, Moscow, 119001, Russia), e-mail: tatianak0607@yandex.ru.

Abstract. The article presents the results of a study of the protective risk factors for criminal recidivism in persons with mental disorders who have committed socially dangerous actions with varying degrees of public danger. The sample was 102 men. 34

of them underwent compulsory treatment in a specialized general hospital, 34 more were outpatiently coerced and supervised by a psychiatrist and 34 were actively monitored by the dispensary. The methodical complex included: an individual survey map, questionnaires: the study of self-control; "Style of self-regulation behavior; A. Bass and M. Perry; "Indicator of coping strategies"; "The Personal Questionnaire of the Bekhterev Institute"; "Self-assessment of existing problems"; method of assessing protective factors. Specific differences in the representation of protective factors are revealed depending on the degree of social danger of the subjects. People with a low degree of social danger are dominated by high motivation for treatment, protective emotional social support, stable intimate relationships. Individuals with an average degree of social danger are represented with sufficient self-control, empathy, developed communicative and social skills, a pro-social moral constitution, social apperception, ability to manage their finances, the availability of stable work, and support for a pro-social formal and informal environment, organized leisure activities. The greatest contribution to the classification of those surveyed with a high degree of social danger is made by the lack of a stable formal and informal environment, protective emotional support, low empathy, low social status and antisocial attitudes, low self-control, motivation for treatment and intellectual development, and undeveloped communicative and social skills.

Keywords: forensic psychology, psychiatry, protective factors, the risk of violence, mental disorders, the degree of public danger.

References

1. Bulygina V.G. Psikhologicheskaya kontseptsiya profilaktiki obshchestvenno opasnykh deistvii lits s tyazhelymi psikhicheskimi rasstroistvami [Psychological concept of prevention of socially dangerous actions of persons with severe mental disorders] : Abstract dissertation Dr. Psychol. Sci. Moskva. 2015. 45 p. (In Russ.)
2. Bulygina V.G., Abdrazyakova A.M. Kriterii otsenki effektivnosti psikhosotsial'noi reabilitatsii [Criteria for assessing the effectiveness of psychosocial rehabilitation]. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal* [Russian Psychiatric Journal]. 2006. Vol. 3. Pp. 37–41. (In Russ.)
3. Bulygina V.G., Kudryavtsev I.A. Psikhologicheskie osnovy profilaktiki opasnykh deistvii psikhicheskii bol'nykh : monografiya [Psychological bases of prevention of dangerous actions of mentally ill patients : monograph]. Moskva. 2016. 421 p. (In Russ.)
4. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Karpova E.B. [et al.]. Metodika dlya psikhologicheskoi diagnostiki tipov otnosheniya k bolezni : metodicheskie rekomendatsii [A technique for psychological diagnosis of the types of attitude towards the disease : guidance]. Leningrad. 1987. 27 p. (In Russ.)
5. Evdokimov V.I., Rybnikov V.Yu., Zotova A.V. Analiz dissertatsionnykh issledovaniy po spetsial'nosti 19.00.04 "Meditsinskaya psikhologiya" (1980–2011 gg.) [The analysis of dissertational researches on a specialty 19.00.04 "Medical psychology" (1980–2011)]. Sankt-Peterburg. 2012. 168 p. (In Russ.)
6. Enikolopov S.N., Tsi bul'skii N.P. Psikhometricheskii analiz russko-yazychnoi versii oprosnika diagnostiki agressii A. Bassa i M. Perri [Psychometric analysis of the Russian-language version of the questionnaire on the diagnosis of ag-

gression by A. Bass and M. Perry]. *Psikhologicheskii zhurnal* [Psychological Journal]. 2007. Vol. 28. Pp. 115–124. (In Russ.)

7. Zeigarnik B.V. *Patopsikologiya* [Pathopsychology]. Moskva. 1986. 287 p. (In Russ.)

8. Morosanova V.I. Individual'nyi stil' samoregulyatsii: fenomen, struktura i funktsii v proizvol'noi aktivnosti cheloveka [Individual style of self-regulation: a phenomenon, structure and functions in the arbitrary activity of a person]. Moskva. 2001. 192 p. (In Russ.)

9. *Psikhiatricheskaya pomoshch'naseleniyu Rossiiskoi Federatsii v 2012 godu* [Psychiatric assistance to the population of the Russian Federation in 2012]. Eds.: Z.I. Kekelidze, B.A. Kazakovtsev. Moskva. 2013. 109 p. (In Russ.)

10. Rasskazova E.I., Gordeeva T.O., Osin E.N. Koping-strategii v strukture deyatelnosti i samoregulyatsii: psikhometricheskie kharakteristiki i vozmozhnosti primeneniya metodiki COPE [Coping strategies in the structure of activity and self-regulation: psychometric characteristics and possibilities of using the COPE technique]. *Psikhologiya. Zhurnal Vysshei shkoly ekonomiki* [Psychology. Journal of Higher School of Economics]. 2013. Vol. 10, N 1. Pp. 82–118. (In Russ.)

11. Rybnikov V.Yu., Bulygina V.G. Psikhologicheskaya profilaktika obshchestvenno opasnykh deistvii lits s tyazhelymi psikhicheskimi rasstroistvami [Psychological prevention of socially dangerous actions of people with severe mental disorders]. Moskva. 2015. 285 p. (In Russ.)

12. Coleman R. *Recovery: An Alien Concept*: Handsell Publishing. 1999. 169 p.

Received 08.11.2017

For citing. Tokareva G.M., Dubinskii A.A., Kabanova T.N. Faktory, sderzhivayushchie risk nasiliya u psikhicheski bol'nykh s razlichnoi stepen'yu obshchestvennoi opasnosti. *Vestnik psikhoterapii*. 2017. N 64. Pp. 134–145. (In Russ.)

Tokareva G.M., Dubinskii A.A., Kabanova T.N. Factors restraining the risk of violence in mentally ill with varying degrees of public danger. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2017. N 64. Pp. 134–145.



ЖУРНАЛ «ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ»
Редакционная коллегия

194352 Россия, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11,
тел. (812) 592-35-79, 923-98-01
e-mail: vestnik-pst@yandex.ru

Уважаемые коллеги!

Учредителем журнала «Вестник психотерапии» является Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Санкт-Петербург). Международный институт резервных возможностей человека (МИРВЧ, Санкт-Петербург), ранее являвшийся учредителем журнала, оказывает содействие в развитии, издании и обеспечении функционирования журнала.

Журнал издается с 1991г. и является научным рецензируемым изданием, имеет **свидетельство о перерегистрации средства массовой информации** ПИ № ФС77-34066 от 07 ноября 2008 г., выданное Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций РФ. С 2002 г. **журнал включен в каталог Роспечати РФ (индекс–15399)** и на всей территории РФ и СНГ проводится его подписка через почтовые отделения. Журнал выпускается 4 раза в год.

Решением Президиума ВАК Минобрнауки России «Вестник психотерапии» с 1 декабря 2015 г. включен в новый Перечень научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы результаты диссертаций на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук (www.vak.ed.gov.ru/87) **по группам специальностей: 14.01.00- клиническая медицина, 14.02.00- профилактическая медицина и 19.00.00- психологические науки.** Ранее с 2003 г. по 2006 г. и с 2010 г. по 2015 г. журнал «Вестник психотерапии» также входил в данный Перечень научных журналов и изданий.

Желающие опубликовать свои научные материалы (статьи, обзоры, краткие информационные сообщения) **должны** представить их в редакцию журнала в текстовом редакторе WORD (не старше 2003 г.), шрифт Times New Roman, 14-й шрифт, межстрочный интервал полуторный, поля по 2,5 см с каждой стороны. Должны быть указаны фамилия, имя, отчество (полностью), ученая степень, ученое звание, должность и место работы автора (авторов), адрес (почтовый и e-mail) и телефон (телефоны). Статья должна быть подписана автором (авторами).

Материал статьи представляется по ГОСТу 7.89-2005 «Оригиналы текстовые авторские и издательские». Рекомендуемый объем статьи 10–20 стр. (28–30 строк на стр., до 70 знаков в строке). К статье должно быть приложено резюме (реферат), отражающее основное содержание работы, размером не менее ½ стр. Название статьи, реферат, ключевые слова, сведения об авторах, переводятся английский язык. Англоязычное название места работы приводится в точном соответствии с Уставом учреждения. Диагнозы заболеваний и формы расстройств поведения следует соотносить с МКБ-10. Единицы измерений приводятся по ГОСТу 8.471-2002 «Государственная система обеспечения единства измерений. Единицы величин». Список литературы оформляется по ГОСТу 7.05.2008 «Библиографическая ссылка ...». Независимо от количества авторов все они выносятся в заголовок библиографической записи.

Рукописи рецензируются членами редакционного совета или редакционной коллегии и ведущими специалистами данных областей медицины и психологии. При положительной рецензии поступившие материалы будут опубликованы. Представленные материалы должны быть актуальными, соответствовать профилю журнала, отличаться новизной и научно-практической или теоретической значимостью. Фактический материал должен быть тщательно проверен и подтвержден статистическими данными или ссылками на источники, которые приводятся в конце статьи. При несоответствии статьи указанным требованиям тексты рукописей не возвращаются.

Направление статьи в журнал является согласием автора (авторов) на размещение статьи или ее материалов (реферата, цитатных баз и др.) в отечественных и зарубежных реферативно-библиографических базах данных.

Телефон (812) 592-35-79, 923-98-01 – заместитель главного редактора – кандидат психологических наук доцент Мильчакова Валентина Александровна (e-mail: vestnik-pst@yandex.ru).

Полнотекстовые версии журнала размещены на официальных сайтах ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России <http://www.arcerm.spb.ru> и МИРВЧ <http://www.mirvch.com>, а также на сайте научной электронной библиотеки <http://www.elibrary.ru>.

Главный редактор журнала – доктор медицинских наук, доктор психологических наук профессор Рыбников Виктор Юрьевич (e-mail: rvikirina@mail.ru)

Научный редактор журнала – доктор медицинских наук профессор Евдокимов Владимир Иванович (e-mail: 9334616@mail.ru)

Журнал «Вестник психотерапии» зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Журнал «Вестник психотерапии» издается с 1991 г.

Свидетельство о перерегистрации – ПИ № ФС77-34066 от 7 ноября 2008 г. выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций.

Учредитель:

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (ФГБУ «ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова» МЧС России).

Главный редактор – Рыбников Виктор Юрьевич.

Научный редактор – Евдокимов Владимир Иванович.

Корректор – Устинов Михаил Евграфович.

Индекс в каталоге Роспечать РФ «Газеты. Журналы» – 15399.

Адрес редакции: 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д.11.

Адрес издательства и типографии: ООО «Политехника-сервис».

190005, г. Санкт-Петербург, Измайловский пр., д. 18-д.

тираж 1000 экз. цена – свободная

Отпечатано в типографии «Политехника-сервис»
с оригинала-макета заказчика.
190005, Санкт-Петербург, Измайловский пр., 18-д.
Подписано в печать 20.12.2017. Печать – цифровая.
Бумага офсетная. Формат 60/84¹/₁₆. Тираж 1000 экз.
Объем 18,75 п. л. Заказ 16427.