Институт Медико-Биологических Информационных Технологий
(ООО ИМБИТ)

КОМПЛЕКС ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ «КОМБАТАНТ»

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТРУМЕНТАРИЙ

РУКОВОДСТВО ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ

(психологов, психотерапевтов, психиатров, врачей-реабилитологов)

2023 г.

Направление, связанное с разработкой технических методов психокоррекции с использованием компьютерных психотехнологий, имеет большую историю.

В нашей стране своим возникновением эти технологии обязаны академику Смирнову Игорю Викторовичу, под руководством которого в 1-м Московском медицинском институте им. И.М. Сеченова (ныне ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова) в 1986 была создана лаборатория Психокоррекции.

Компьютерный психологический комплекс «КОМБАТАНТ», основан на методе неосознаваемого аудиального и визуального воздействия, который прошел большой путь разработок и апробаций на различных контингентах, в том числе сотрудников силовых структур.

Отработанные за более чем 25-летний период алгоритмы неосознаваемой суггестии, технические методы и приемы, оказывающие воздействие на психофизиологическое состояние, позволили создать удобный и эффективный инструмент для практической работы специалистов (психологов, психотерапевтов, психиатров, врачей-реабилитологов).

Член-корреспондент РАЕН,

Эксперт Аккредитационной комиссии
Министерства здравоохранения Российской Федерации
по специальности «Психотерапия»,

Генеральный директор Института
Медико-Биологических Информационных Технологий

А.И. Кучинов

СОДЕРЖАНИЕ

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ 4

ПРЕИМУЩЕСТВА КОМПЛЕКСА «КОМБАТАНТ» 6

КОМБАТАНТ (описание термина, психологические особенности) 7

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ 9

- История проблемы 9
- Состояние вопроса в наше время 9
- Особенности этиологии БПР 11
- Патогенез БПР 11
- Структура психопатологических расстройств и патопсихологических механизмов БПР 12

ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЕ ПРОГРАММЫ (показания, противопоказания) 15

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ 19

- Механизмы коррекционного воздействия 19
- Технология неосознаваемого воздействия (технология SOMVI) 22

ПОДРОБНЕЕ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ 25

- Цветовоздействие 25
- Фиксирующий графический интерфейс 27
- Ритмовоздействие 28
- Звукотерапия 29
- Неосознаваемое визуальное воздействие 31
- Неосознаваемое аудиальное воздействие 32
- Образотерапия 34

СТРУКТУРА КОРРЕКЦИОННЫХ ПРОГРАММ 36

ИНСТРУКЦИЯ 37

- Общие положения 37
- Рекомендации по оснащению помещений для проведения сеансов психокоррекции 37
- Рекомендации по подготовке пациентов к курсу психокоррекции 38
- Рекомендации по проведению курса психокоррекции 39
- Выбор психокоррекционных программ и их сочетаний при различных расстройствах 40
- Тактика психокоррекции при Постконтузионном синдроме и ПТСР 42

КОМПЛЕКТАЦИЯ 44

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПРИОБРЕТАТЕЛЯ 45

ОФИЦИАЛЬНАЯ СПРАВКА 46

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ 48

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Комплекс «КОМБАТАНТ» разработан в качестве профессионального психокоррекционного инструментария для специалистов – психологов, психиатров, психотерапевтов и врачей реабилитологов для применения:

- в центрах поддержки и реабилитации участников СВО
- в центрах социальной реабилитации инвалидов,
- в медицинских и реабилитационных центрах,
- в санаториях и медико-профилактических учреждениях,
- в домах-интернатах (пансионатах) для ветеранов войн,
- в пенитенциарных учреждениях.

Комплекс «КОМБАТАНТ» значительно облегчает работу специалистов, повышает ее результативность и позволяет с минимальными трудовыми и временными затратами оказывать эффективную психологическую помощь как индивидуально, так и неограниченному числу пациентов (сеансы психологической коррекции можно проводить в больших аудиториях и залах).

В Комплекс «КОМБАТАНТ» включено 6 коррекционных программ, направленных на психологическую коррекцию расстройств и нарушений, прямо или косвенно связанные с участием в боевых действиях:

Программа №1 «ТФР» направлена на коррекцию Тревожно-фобических расстройств

Программа №2 «АДР» направлена на коррекцию Астено-депрессивных расстройств

Программа №3 «ДСР» направлена на коррекцию Диссоциоальных расстройств поведения

Программа №4 «СФР» направлена на коррекцию Соматоформных расстройств

Программа №5 «НСЛ» направлена на коррекцию Нарушений самооценки личности

Программа №6 «ПРУ» направлена на коррекцию Психических реакций, связанных с увечьем.

Каждая коррекционная программа имеет продолжительность воспроизведения 12 минут. При необходимости можно проводить удвоенные сеансы или комбинировать сеансы из программ разной целевой направленности в соответствии с клинической картиной имеющихся расстройств.

Психотерапевтический эффект программ заключается в одновременном воздействии на зрительную и на слуховую системы на осознаваемом и неосознаваемом уровнях, что повышает эффективность коррекционного воздействия.

Программы включают две группы факторов (механизмов) воздействия на зрительную и на слуховую системы, а через них на головной мозг, на психофизиологическое состояние организма и на поведение:

Первая группа – механизмы, направленные на формирования оптимального психофизиологического состояния пациента непосредственно в ходе проведения психокоррекционных сеансов и определенное время после их завершения:

- цветовоздействие,
- ритмовоздействие,
- музыкотерапия

Вторая группа – механизмы семантического (информационного) воздействия (неосознаваемое суггестивное воздействие), направленные на коррекцию эмоциональных, личностных и поведенческих расстройств, являющихся мишенью психотерапевтического воздействия:

- неосознаваемое визуальное воздействие,
- неосознаваемое аудиальное воздействие,
- воздействия образами (образотерапия).

Помимо этого, при разработке коррекционных программ были учтены:

- мелодийные, инструментальные, полифонические, частотно-амплитудные и другие характеристики фонового звука,
- тематическое содержание, семантика и символический смысл "всплывающих" кадров,
- характеристики голосов, использованных для озвучивания неосознаваемых суггестивных установок (НСУ) – тембровые, интонационные, артикуляционные и пр.

Использованные в Комплексе «КОМБАТАНТ» техники и механизмы психологического воздействия, отдельные аудиальные и визуальные фрагменты, составляющие коррекционные программы, проходили отбор методом экспертного анализа, экспериментальные и клинические апробации.

Работа с Комплекс «КОМБАТАНТ» не требует специальной подготовки и предварительного обучения. Интерфейс программы предельно прост, коррекционные программы воспроизводятся на любом современном компьютерном оборудовании.

ПРЕИМУЩЕСТВА КОМПЛЕКСА «КОМБАТАНТ»

Комплекс «КОМБАТАНТ» обладает качествами, которые обеспечивают работающим с ним специалистам многие преимущества. К этим качествам относятся:

Экономичность

Комплекс позволяет с минимальными трудовыми и временными затратами оказывать психотерапевтическую помощь как индивидуально, так и одновременно большому количеству пациентов (коррекционные сеансы можно проводить в аудиториях для группы пациентов), что обеспечивает доступность психотерапевтических процедур даже при дефиците профильных специалистов.

Научная обоснованность и высокая эффективность

Метод разработан сотрудниками ведущих научных и медицинских учреждений, апробирован на клинических базах и в медицинских учреждениях. Неосознаваемость и полимодальность механизмов коррекционного воздействия обеспечивают его высокую эффективность – подтверждено заключениями об апробациях (см. Официальную справку).

Достижение комплаенса

Применение технологии неосознаваемого воздействия позволяет преодолеть осознанный негативизм и неосознанное сопротивление психотерапевтическому вмешательству, проявляющиеся практически у всех пациентов данного контингента в той или иной степени выраженности. Это позволяет установить психотерапевтический альянс с пациентом и достичь необходимый комплаенс – следование пациентом предписанному плану и режиму лечения.

Комплементарность

Курсы психокоррекции могут быть использованы как самостоятельный метод психологического сопровождения пациентов, так и применяться в качестве комплементарных процедур в комплексе оказания психологической и психотерапевтической помощи и в комплексе любых других методов реабилитации.

Унификация процедур

Отработанный алгоритм психологического сопровождения и стандартизация психокоррекционных программ под разные целевые задачи позволяет унифицировать процедуру оказания психологической помощи и обеспечивает ее легкую воспроизводимость, не вызывая затруднений у специалистов.

Удобство и простота в применении

Интерфейс продукта разрабатывался с учетом пользователей, мало знакомых с компьютерной техникой. Все кнопки управления имеют понятные пиктограммы и описание, что полностью исключает вероятность ошибочных действий и снимает необходимость предварительной подготовки специалистов.

Безопасность

Метод не имеет осложнений. Противопоказаниями являются только грубые психические расстройства (с продуктивной симптоматикой и/или с измененными состояниями сознания), а также соматические заболевания в фазе обострений.

КОМБАТАНТ (описание термина, психологические особенности)

Название Комплекса – «КОМБАТАНТ» выбрано с учетом специфики того контингента, на который рассчитан этот психологический инструментарий. Комбата́нт (от фр. Combatant — сражающийся) — лицо, принимающее непосредственное участие в боевых действиях в составе вооружённых сил одной из сторон международного вооружённого конфликта и имеющее в этом качестве особый юридический статус. Определение комбатанта прямо или косвенно содержится документах Женевских Конвенций (1864 – 1949 гг.).

Юридическое определение сражающихся (комбатантов) было сформулировано в 1907 году на 2-й Гаагской конференции в Конвенции о законах и обычаях сухопутной войны (далее IV Гаагская конвенция). Лишь тогда, после долгих дискуссий, были установлены критерии, с помощью которых можно было отличить комбатантов от других участников вооружённых конфликтов. Необходимость юридического определения связана с тем, что сражающиеся имеют особый статус и связанные с ним особые ответственность и права: «Сражающиеся — это лица, входящие в состав вооружённых сил одной из воюющих сторон и непосредственно ведущие боевые действия против неприятеля с оружием в руках. За ними признаётся право применять военное насилие; к ним самим применяется высшая форма военного насилия, то есть физическое уничтожение; попав в руки неприятеля, комбатанты имеют право на обращение с ними как с военнопленными.

Позднее, с принятием Дополнительного протокола I к Женевским конвенциям, касающегося защиты жертв международных вооружённых конфликтов 1977 года, в статье 43 данного протокола появляется определение вооружённых сил и также впервые вводится понятие комбатанта как составляющего вооружённые силы. Определение, данное в указанном протоколе, чётко привязывает комбатанта к вооружённым силам, тем самым показывая то, что комбатант действует от лица государства как субъекта международного права, и тем самым государство берёт на себя ответственность за сражающихся.

Известный врач и психолог Л.А. Китаев-Смык посвятил много лет изучению проблем, связанным с психологией войны и психологическими характеристиками участников войн (в частности комбатантов). Он достаточно четко описал динамические процессы трансформации личности в условиях стресса военных действий, их связь с «преморбидными» типологическими особенностями и возможные прогностические проявления этих трансформаций в мирной жизни. При этом, помимо условно «положительных героев» войны, автор описал и типологии «асоциальных» трансформаций личности, достаточно подробно раскрывая патогенез негативных проявлений. Учитывая, что специалистам в своей работе придется иметь дело как с условно «положительным», так и с условно «отрицательным» контингентом, мы приводим в данном Руководстве полный перечень, описанных автором психотипов.

«Неистовые воины». У них нормальная страсть к работе, измененная боевой обстановкой, и реализуется она в ситуации, когда «работой» стало разрушение и убийство врагов. Они стойки, выносливы и смелы. Они служат примером и опорой для многих. Когда ты с ними, тебя не пугает опасность. Они становятся «неистовыми» только в критической боевой ситуации. В остальное время не выделяются среди прочих солдат. После войны такие люди быстро перестраиваются, энергично «врастают» в мирную жизнь.

«Искатели приключений». Они лихие бойцы, веселые, разгульные. Для них война как праздник, каждый бой как кровавый пир. Начало боя – это уже торжество предстоящей победы. Опасность срывает с тормозов, влечет к себе, потому что пробуждает ясность ума, остроту однозначной цели, безошибочность действий, волю к победе. Ловкие, с пьяной сумасшедшинкой в глазах, они казнят и милуют с улыбкой. Интересное, залихватское поражение бывает желательнее скучной победы. После войны их не надо психологически реабилитировать. Они будут искать себе новое лихое применение. Хорошо им жить в эпоху войн и революций, героических строек и опасных экспедиций. Военная служба в мирное время не для них.

«Победители страха». Люди, постоянно борющиеся с мыслями о своей гибели. Постоянным преодолением страха смерти в ситуации, когда она очень возможна, они неустанно доказывают себе свое мужество. Они хотят еще и еще испытывать свою стойкость и смелость даже ценой своей жизни. Эти люди «остынут» после войны. Не будет опасности, не надо будет им бороться со страхом.

«Профессионалы боя». Втянутые в боевые действия как в профессиональное дело, они научились побеждать при минимальном риске погибнуть. Для этого нужен талант, и он проявился у таких людей. Им некуда пойти с ним, когда нет войны. Военная служба в мирное время с ее дисциплиной им не годится. Не для них все профессии, не требующие таланта выживания. Они могли бы стать спасателями, парашютистами, летчиками-испытателями, космонавтами.

Это типы пассионарных (страстных) личностей, не преступающих норм военной морали. В мирную жизнь они войдут с чистой совестью. Но есть личности, у которых аморальность войны пробуждает пороки души, формирует страсть к преступлениям, или нарушает их психические и физические способности без большого вреда другим, но изнуряя их самих.

«Героические убийцы». Война, как и прочие экстремальные ситуации, притягивает к себе людей, стремящихся к риску, игре, где на кон ставится их благополучие, а то и жизнь. Не сознавая того, они в душе борются с собой. Одни делают это, «играя» своей и чужими жизнями, постоянно утверждая свое достоинство. У таких людей эмоции могут расщепляться, удваиваться. Страх, пронизывающий душу, сладостно распят страстной смелостью души. Страх может совмещаться с радостью, весельем, гневом. Бывает и другой вариант того же типа «героических убийц». Терпящие поражение в борьбе с самими собой, падшие в душе под гнетом своих пороков, они упиваются страхом перед своей мерзостью, перед подлостью своих поступков. Их тянет к подчас опасной жестокости, чаще в отношении к слабым, беззащитным, безоружным. Потом возникают мучения стыда. Им не помогают мысли об исполненном долге. Их прибежище - наркотики, алкоголь, извращенный секс. У них преобладает страсть убивать живое, лучше - людей. Прорастают на воине и такие личности, которые боятся боя, но рады стать палачами, даже если в этом нет необходимости. У некоторых страсть к убийству, садизму может вспыхивать, помрачая разум. Потом они плачут и каются в ужасном содеянном. Но в их раскаянии уже зарождается ручеек сладострастия, текущий в страстную реку новых злодеяний. После войны «героическим убийцам» остается стать профессиональными киллерами, а кто-то из них превратится в маньяка-убийцу. Можно ли восстановить человечность такого человека? Можно, но трудно.

«Мародеры-грабители» тоже могут быть страстными. Нормальная тяга к накопительству добра у одних - после пережитых эмоций боя, у других, кто со страхом уклонялся от боев, может вырастать в грабительскую страсть. На войне рушатся под бомбами дома, созданные чьим-то трудом. Брошенные вещи, еще вчера радовавшие владельцев, выглядят жутко, как бы говоря: «Убитым ничего не нужно... Бери, пока живой!» В подсознании свидетеля разрухи после боев, наверно, всегда не вполне осознанный, протест против того, что имущество пропадает. При этом возникает, опять же неосознанно, стремление спасти, сохранить хотя бы наиболее ценное, приглянувшееся. У иных людей от невольного побуждения «Сохранить!» один шаг до неукротимо страстного «Взять! Присвоить!». А если хозяин ценностей еще жив? Тогда - «Надо ускорить то, на что он обречен: убить, ограбить!» Конечно, на войне у «убийцы-мародера» эти рассуждения лишь в подсознании. Мыслит он конкретней и циничнее: «У меня автомат- могу и буду грабить, не оставляя живых свидетелей».

В мародерстве и расплата за страх, и лихость мести к поверженным, и как бы устройство своего будущего с помощью боевых трофеев, завоеванного богатства. Военная добыча - финал любой войны. Мародерство обречено выходить за пределы дозволенного военного грабежа. Однако аморальность войны не делает несуразными попытки обуздать мародеров.»

(Китаев-Смык Л.А. Стресс войны: Фронтовые наблюдения врача-психолога / Министерство культуры РФ. Российский институт культурологии. - М., 2001. - 80 с. (с. 45 – 47))

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

История проблемы

Наиболее высокий интерес к психическим расстройствам, вызванным участием в боевых действиях, стал проявляться у медицинского сообщества в ходе Первой мировой войны. В 1916 г. экспертами Союзной Медицинской Службы (США) предполагалось, что психологические нарушения у солдат вызваны действием повышенного давления во время «длительных артиллерийских дуэлей», как собственных выстрелов, так и разрывов бомб и снарядов противника. Назвав это «снарядным или артиллерийским шоком» специалисты того времени включили в него следующий симптомокомплекс: паралич, потеря ориентировки, слепота, возникновение фобий, повышение тревожности, оцепенение, ступор, повышенная раздражительность, чувствительность к внезапному шуму, беспокойство, тремор, бессонница, повторяющиеся ночные кошмары военного содержания.

2-я гипотеза базировалась на представлениях о возникновении «военного» и «травматического» невроза. Она имела два подхода в описании, первый основывался на признании ведущей роли органических нарушений, второй – на психической травматизации. Второе направление представлял Зигмунд Фрейд (1919 г.), который главным фактором развития послевоенных неврозов считал не органические нарушения в головном мозге, а непосредственно психическую травматизацию во время войны. Психические нарушения он связывал с невротическим конфликтом между содержанием “мирного” и “военного” Эго.

В период второй мировой войны в США и Великобритании были введены новые термины «боевое утомление» и «боевое истощение». Симптомокомплекс дополнен повышенной возбудимостью и раздражительностью, безудержным типом реагирования, фиксацией на обстоятельствах травмы, уходом от реальности и предрасположенностью к неуправляемым агрессивным реакциям.

Картина описания патологии военного времени качественно была дополнена в период войны во Вьетнаме. Многие из комбатантов уже через 2-3 суток после возвращения оказывались в психиатрических отделениях и госпиталях – налицо был «отставленный эффект боевого стресса». В 1969 г. состоялись первые слушания Сената США по вопросам психологических трудностей в адаптации ветеранов к мирной жизни. Было показано, что по психологическим законам функционирования центральной нервной системы у комбатанта срабатывали механизмы боевых реакций. Данные механизмы формируются в ситуации боя и обеспечивают сохранение жизни военнослужащему. В мирное время в момент возникновения ситуации, похожей на ту, что запомнило подсознание, начинают доминировать сигналы аналогичные тем, что были в боевой обстановке («концепция отставленного стресса»). Такие действия не могут быть мотивированы каким-либо умыслом. Они являются автоматически отработанным типом поведения в экстремальной ситуации.

Состояние вопроса в наше время

В настоящее время в медицинском сообществе нет единого мнения по вопросу выделения психических расстройств, связанных с воздействием факторов боевой обстановки, в отдельную нозологическую группу, хотя в литературе и научных публикациях встречается множество терминов, подчеркивающих специфический характер данных расстройств. Наиболее часто употребляются такие, как «боевая психическая травма», «боевая психическая патология», «боевое психическое расстройство», «боевая стрессовая патология», «хронический военный невроз», «комбатантная акцентуация», которые не являются диагностической категорией, а используются для позиционирования психических расстройств, связанных с воздействием факторов боевой обстановки от психической патологии «мирного времени».

Реакции на потенциально травмирующие события могут быть острыми, подострыми и отдалёнными. К острым реакциям относятся адаптивные и дезадаптивные явления боевого стресса. К отдалённым последствиям боевой психической травмы относится, в частности, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Именно в нозологических рамках ПТСР, как правило, описывается феноменология расстройств, связанных с воздействием факторов боевой обстановки. И это вполне обоснованно, т.к. по данным НМИЦ психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, у военнослужащих, принимавших участие в боевых действиях, распространенность ПТСР составляет от 3 до 11%. При этом у раненых психические расстройства пограничного уровня развиваются минимум в 30% случаев, а удельный вес ПТСР составляет от 14 до 17%. Сам термин «посттравматическое стрессовое расстройство» впервые появился в период Вьетнамской войны, и изначально его диагностировали у солдат, вернувшихся из зоны боевых действий. Психическое состояние бывших военных изучали и раньше, однако именно в 1968 году этот диагноз вошел в Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (DSM). Позже его включили и в Международную классификацию болезней, в частности в МКБ-10.

Во внедряемой в настоящее время МКБ-11 также сохранилась нозологическая единица «Посттравматическое стрессовое расстройство» (код 6B40), как расстройство, которое может развиться после воздействия события или серии событий чрезвычайно угрожающего или ужасающего характера. Оно характеризуется наличием следующих признаков:

1) повторное переживание в настоящем времени травмирующего события или нескольких событий в форме ярких навязчивых воспоминаний, флэшбэков и/или кошмарных сновидений. Повторное переживание может, быть представлено в одной или нескольких сенсорных модальностях и обычно сопровождается сильными или всецело охватывающими эмоциями, в частности, такими как страх или ужас, и выраженными физическими (телесными) ощущениями,
2) избегание мыслей и воспоминаний о событии или событиях, или избегание деятельности ситуаций или людей, напоминающих о событии (событиях),
3) постоянное чувство фоновой повышенной угрозы, сверхнастороженность, повышенная реакция на внешние раздражители.

МКБ-11 также содержит и нозологическую единицу «Осложненное посттравматическое стрессовое расстройство» (код 6B41), в которой присутствуют все диагностические критерии ПТСР. Кроме того, осложненное ПТСР характеризуется такими тяжелыми и стойкими проявлениями, как:

4) проблемы в регуляции аффекта,
5) связанные со стрессовым воздействием стойкие представления о себе как об униженном, раздавленном или никчемном, сопровождающиеся чувствами стыда, вины или провала,
6) трудности в поддержании отношений и в переживании чувства близости к другим людям.

Помимо этого, в МКБ-11 введена рубрика «Проблемы, связанные с вредными или травмирующими событиями», в которой включено «Воздействие стихийного бедствия, войны или других боевых действий» (код QE81). Само по себе «Воздействие … войны или других боевых действий» не является расстройством, а относится к разделу 24 – «Факторы, влияющие на состояние здоровья или обращение в медицинские организации», которая предусмотрена для случаев, когда в качестве «диагнозов» или «расстройств» указываются обстоятельства или проблемы, которые влияют на состояние здоровья данного лица, но сами по себе не являются в данный момент болезнью или травмой. Эта рубрика является наиболее соответствующей расстройствам, причиной которых является участие в боевых действиях. К этому же разделу (24 – «Факторы, влияющие…») относится рубрика «Приобретенное отсутствие структур тела», куда входят подрубрики «Приобретенное отсутствие конечности» («посттравматическая потеря конечности» и «послеоперационная потеря конечности») код QF00 и «Приобретенное отсутствие органов» код QF01, которые также имеют прямое отношение к факторам психических расстройств, связанных с воздействием боевой обстановки в случаях получения физических увечий.

Кроме того, в МКБ10 отражена в рубрике «Хроническое изменение личности после переживания катастрофы» (код– F62.1), которая отражает симптоматику отдалённых последствий со стороны личностных расстройств, как результат боевой психической патологии.

Таким образом, попытки выделения психических расстройств, связанных с воздействием факторов боевой обстановки, в особые формы нозологий, не принесли результата, т.к. война не порождает неизвестных прежде синдромов, а запущенный боевой травмой патологический процесс в той или иной степени удаётся увязать с диагностическими критериями какой-либо официально принятой нозоформы.

При этом необходимо также учесть, что в большинстве случаев клинические проявления расстройств, связанных с воздействием факторов боевой обстановки, не ограничиваются только «чистой» патологией, описываемой конкретной нозологией. Можно выделить целые группы расстройств и факторов, которые, несомненно, должны быть учтены в качестве условно «комбатантных», но имеющих одновременно и другие «этиологические корни». К ним можно отнести:

1. Преморбидные особенности личности и акцентуации характера, которые усугубляются и трансформируются под влиянием воздействия факторов боевой обстановки – вероятность дезинтеграции психической деятельности, её тяжесть зависит от интегральной характеристики психического развития личностного адаптационного потенциала. По мнению ряда авторов, донозологические невротические реакции проявляются: тревожно-фобическими, дисфорическими, астено-депрессивными, ипохондрическими, невротическими, депрессивными симптомами.
2. Коморбидные расстройства различного регистра (например, тревожные расстройства), которые также претерпевают определенные изменения в условиях боевой обстановки, и которые сложно дифференцировать с собственно «боевой» психической патологией.

3. Сопутствующие аддиктивные расстройства (алкоголизм, наркомания), которые, хотя и нельзя отнести к результату воздействия военных факторов, но, которые, несомненно, влияют на формирование и протекание «боевой» патологии.
4. Психологические реакции на нарушения физической целостности и функций (приобретенные нарушения функций и структур организма), приводящие к стойкой инвалидизации.
5. Факторы с микро- и макросоциальной ситуацией, в которой оказывается комбатант после возвращения к мирной жизни (факторы реадаптации).

Это показывает, что «комбатантные» психические расстройства не могут быть ограничены рамками посттравматического стрессового расстройства, с которыми традиционно их ассоциируют, и не могут быть ограничены рамками других нозологий, принятых в официальных классификациях. Учитывая данный факт, в настоящем руководстве мы будем употреблять понятие **«боевые психические расстройства» (БПР)**, вкладывая в него смысл, охватывающий широкий спектр расстройств и нарушений, прямо или косвенно связанных с воздействием факторов боевой обстановки.

Особенности этиологии БПР.

Основными причинами развития БПР являются психологические факторы. Прежде всего к ним относятся повторяющаяся или перманентная опасность, угрожающая жизни, здоровью, физической целостности, когда человек постоянно видит гибель и ранения других людей. Внезапное шокирующее воздействие жизненно опасных стрессоров, необычных по силе и содержанию впечатлений вызывает резкий диссонанс с прежним жизненным опытом личности. Деятельность организма протекает при полной мобилизации функционального резерва. Защитный ответ реализуется по древним биологическим механизмам, противоречащим сложившимся ранее социальным способам адаптации и подавляющим их. По сути, только этого достаточно, чтобы сформировать БПР.

Дополнительным фактором является моральное состояние солдат, когда одним из «профессиональных» видов деятельности выступает возможность и необходимость убивать. Данный фактор является основным, отличающим психические расстройства военного времени от приобретенных в других условиях. Развивающаяся в последующем у комбатантов симптоматика очень часто включает аутодеструктивные переживания, типа «вины в жестокости». К этому можно добавить стрессовые факторы, связанные с изоляцией и вынужденным общением в ограниченном кругу сослуживцев, факторы, связанные с оторванностью от семьи и близких, от привычного образа жизни, профессии и пр.

Немаловажными являются и физические стрессы, переживаемые в боевых условиях: жара, холод, необходимость пребывания длительное время в душных укрытиях, различные факторы, нарушающие возможность реализовать нормальный сон и пр. Даже непродолжительное пребывание на жаре в полной войсковой выкладке, вызывает у неподготовленного человека, не только физический, но и выраженный психологический стресс. Уже не говоря о том, что в этих условиях приходится не просто «пребывать», а выполнять последовательность тяжелых физически, психологически и морально действий.

Практически без внимания во многих исследованиях остаются факторы, связанные с токсическими воздействиями на ЦНС первичными или вторичными (например, гепатоцеребральный синдром). И здесь имеются ввиду не только токсические воздействия, связанные с аддиктивными расстройствами (алкоголизм, наркомания, токсикомания), но и вредности чисто боевого характера: токсичные выхлопы техники, пороховой дым, токсичные продукты горения во время пожаров и пр. Пребывание месяцы и годы в условиях различных вредных химических воздействий не может не сказаться на деятельности ЦНС и психических функциях, впрочем, как и на деятельности всего организма в целом.

Таким образом, этиология БПР также имеет ряд отличий, которые необходимо учитывать при проведении реабилитационных мероприятий. При этом помимо синдромальных необходимо учитывать и временные параметры. Феномен "запоздалой реактивности" является одной из наиболее характерных черт развития боевой психической патологии.

Патогенез БПР

С точки зрения теории адаптации, любая болезнь есть приспособительная реакция, которая, в медицинской терминологии трактуется как патология или расстройство. Например, повышенная тревога – это «боевая готовность» вовремя отреагировать на возможные угрозы с последующим включением активно- или пассивно-оборонительной реакции, депрессия – способ ограждения себя от повторных травмирующих воздействий – возможных угроз (пассивно-оборонительная реакция), эксплозивные проявления являются поведенческой реакцией, направленной на физическое устранение возможных угроз (активно-оборонительная реакция), и т.д. Смысл приспособительных механизмов в боевой обстановке заключается в повышении специфической устойчивости организма к воздействию

боевых стрессоров, закреплению в памяти следа поведенческих навыков, имеющих первостепенное значение для сохранения жизни и выполнения поставленных задач. Совершенство специфической адаптированности к стрессорным влияниям боевой обстановки возрастает с увеличением продолжительности пребывания в этих условиях и интенсивности боевых действий. Долговременная адаптация формируется на основе многократной реализации (повторов) срочных адаптаций. Приобретённые нейрофизиологические изменения становятся всё более глубокими и устойчивыми, но вместе с тем уменьшается резерв для стирания следа данных способов адаптации после прекращения стрессорного воздействия. Такие изменения могут количественно превысить функциональные возможности адаптирующейся системы и стать необратимыми. Психические расстройства, развивающиеся в начальном периоде пребывания в боевой обстановке, являются выражением несостоявшейся адаптации, тогда как нажитые патопсихологические и патофизиологические изменения представляют собой результат, "цену адаптации", цену участия в войне (Патогенез и нозография боевой психической патологии, Снедков Е.В., 2001).

Соответственно, более устойчивыми, специализированными становятся следующие приспособительные проявления:

- восприятие окружающей среды как враждебной;
- гиперактивизация внимания, тревожная настороженность, автоматизация навыков;
- готовность к импульсивному защитному отреагированию на угрожающий стимул в виде укрытия, бегства, либо агрессии и физического уничтожения источника угрозы;
- сужение эмоционального диапазона, стремление к "уходу" от реальности и от оценки ряда нравственных проблем;
- эффективное межличностное взаимодействие в микрогруппе, включающее способность к коллективной индукции;
- способность к моментальной полной мобилизации сил с последующей быстрой релаксацией;
- соответствующее экстремальному режиму психического функционирования нейровегетативное обеспечение.

Резко контрастируя в последующем с требованиями обычной среды, эти приспособительные трансформации становятся причиной дезадаптаций и ведущими клиническими симптомами боевых стрессовых расстройств. Будучи пригодными только для боевой обстановки, данные стереотипы поведения являются фактором дезинтеграции поведения в мирной жизни и приводят к формированию клинически выраженных психических расстройств у участников боевых действий даже много лет спустя после прохождения службы. Боевая обстановка и мирные условия настолько противоположны, что после выхода из зоны боевых действий на фоне этих изменений стрессогенной оказывается обычная среда. Из данного факта следует один очень важный вывод, который необходимо учитывать при проведении реабилитационных мероприятий. Помимо комплекса медико-психологических мероприятий, необходимо принимать во внимание и мероприятия, связанные с социальной реабилитацией для предупреждения возможных «травмирующих воздействий мирной жизни», несоответствующих выработанным адаптивным механизмам. Одним из вариантов снижения конфликта этого несоответствия является трудоустройство в структуры, где данные адаптивные механизмы не будут абсолютно бесполезными, например в гражданские силовые структуры.

Структура психопатологических расстройств и патопсихологических механизмов БПР

По результатам многочисленных исследований военнослужащих с психосоматическими заболеваниями, переживших боевой стресс, выявлено, что тревога является базовым симптом, на основе которого формируются психосоматические расстройства. Основой и личностных и посттравматических расстройств также является тревога Эти общие патогенетические механизмы подтвердили высказанную Ю.Л. Нуллером [4] гипотезу общей парадигмы развития (динамики) психических эмоциональных расстройств, в рамках которой началом психопатологической динамики, как реакции на стресс, является тревога. При невозможности справиться с этим состоянием организм «включает» депрессию, и тогда устанавливается стабильное патологическое состояние, при котором тревога с ее биологическими патогенетическими механизмами сохраняется, но не переходит «черту», за которой возникает угроза существования организма. Если адаптивных функций депрессии оказывается недостаточно, то возникает следующий уровень защиты — деперсонализация, которая блокирует все проявления тревоги и, по-видимому, гнева. По мере развертывания такой последовательности клинической картины не только усугубляется психопатология, но и возрастает толерантность к любому лечению.

С небольшими поправками данная гипотеза согласуется с **гипотезой динамики развития невротических расстройств** (А.И. Кучинов, 2018), которая имеет определенные закономерности для всех пациентов в силу универсальности психологических защит и психофизиологических реакций, выработанных у человечества в процессе эволюции. Под воздействием психогенных факторов всегда первой ответной реакцией выступает тревога (alarm-реакция). Ее глубина и продолжительность зависят от многих факторов (субъективной значимости переживания, субъективной оценки возможности преодоления ситуации,

индивидуальных стилей копинг-поведения и пр.). Депрессивная симптоматика развивается уже вторично и является клиническим проявлением субъективного убеждения (осознанного или неосознанного) в невозможности полного или частичного разрешения ситуации. Это – реакция безысходности и отчаяния в той или иной степени выраженности. Длительная депрессия, в свою очередь, неизбежно приводит к переоценке системы ценностей, и, прежде всего, к снижению оценки «Я», снижению или утрате ощущения уверенности, подавлению волевых качеств, негативной прогностической оценке себя и своего будущего. А такие расстройства, как ипохондрические, соматоформные, психосоматические, конверсионные, – можно рассматривать уже как когнитивную надстройку (семантически оформленную концептуальную систему), определяющую психосоматический вектор заболевания. Они формируются как когнитивная защита, как последняя «линия обороны» субъективного-Я, которая выстраивается по «оправдательному» принципу: «Я такой, потому что….». При этом речь, конечно, не идет о том, что по представленной схеме, как по трафаретке, развиваются все психогении. И это не значит, что перечисленные расстройства (тревога, депрессия, сниженная самооценка, психосоматика) выстраиваются «в очередь», чтобы актуализироваться именно в этом порядке. Многообразие психотипов, личностных особенностей, внешних условий и самих психогенных факторов обусловливают патоморфоз и патопластику расстройств, возможно (и чаще так бывает), «наслоение» одних расстройств на другие, либо практически одновременную их манифестацию, как, впрочем, и любые другие варианты. Но абсолютной аксиомой является тот факт, что, например, сниженная самооценка не может возникать без тревоги, а психосоматозы также не могут возникнуть на чистом месте – им предшествует и тревога и депрессия (возможно в доклиническом проявлении, «стертая», кратковременная, как существующий фон предшествующих психовоздействий), и сниженная самооценка, как признание «в собственной недееспособности». И, самое главное, состоит в том, что этот континуальный реестр состояний (расстройств) остается у пациента либо навсегда, либо до момента его полного излечения (если последнее вообще возможно). Даже если врач курирует пациента с достаточно очерченным психосоматическим или соматоформным расстройством, без клинических проявлений депрессии и тревоги, это не означает их отсутствие. Именно они и являются базой существования психосоматоза. А соматизация выступает как фасад, как сублимированная форма тревоги и как «физиологический эквивалент аффективных расстройств».

Помимо невротических, среди клинических форм пограничных психических расстройств, выявляемых у комбатантов, самыми распространенными являются: органические расстройства с психопатизацией личности, аффективными расстройствами и психоорганическим синдромом (F06, F07); хронические изменения личности после переживания катастрофы(F62.0) (Ичитовкина Е.Г., 2016). У комбатантов в условиях стресс-факторов экстремального характера происходит заострение имевшихся ранее особенностей характера с формированием акцентуаций, которые характеризуются полиморфностью, мозаичностью, нестойкостью и нечеткостью проявлений, часто формируются акцентуации характера эпилептоидного типа со специфичностью защитно-приспособительных реакций и стереотипными формами боевого реагирования. У данной категории комбатантов в мирной жизни доминирующими выступают патохарактерологические реакции со склонностью к диссоциальным формам поведения, связанным с разрушающими, крайне импульсивными агрессивными действиями, враждебностью, дисфорией (гневливо-злобный фон настроения) и аффективной возбудимостью. В.В. Литвинцев (2005) для динамики структуры личности, характеризующейся формированием особой акцентуации характера с выраженной неустойчивостью эмоциональной фона и повышенной возбудимостью, ввел понятие «комбатантная акцентуация».

Итак, основная структура развивающейся боевой стрессовой патологии редко реализуется по однонаправленной тенденции: патохарактерологической (в частности, формирование устойчивых эмоционально-поведенческих стереотипов), циркадно-витальной, диссоциативной или "органической". Чаще приходится видеть сочетание патологических преобразований: невротических, органических, поведенческих. К сказанному надо добавить, что на клинические картины боевой психической патологии нередко напластовывается симптоматика последствий перенесённых черепно-мозговых травм, приобретённых на войне хронических соматических болезней, алкогольной или наркоманической зависимости, токсических воздействий выхлопных газов, продуктов горения и пр., что обусловливает известный полиморфизм клинической симптоматики. Таким образом, на отдалённых этапах развития речь идёт о полисистемной психосоматической патологии.

Наконец, особую группу пациентов с боевыми психическими расстройствами составляет контингент лиц с приобретенным нарушением функций и структур организма. Частный, но наиболее встречаемый вариант, – отсутствие структур тела (ампутанты). Субъективные переживания данных пациентов имеют безусловное отличие от всех прочих, которое заключается в абсолютной убежденности (осознании) необратимости приобретенной физической патологии, что в свою очередь усугубляет всю перечисленную выше патологию, характерную для боевых психических расстройств. Частота психических расстройств среди пациентов, перенесших ампутации, составляет по разным данным от 65% до 95%. Особенностью невротических соматовегетативных расстройств данных пациентов являются аномальные физиологические реакции, возникавшие в случаях, ассоциирующихся с ситуацией, в которой была получена травма. Наиболее существенные особенности, характерные именно для контингента больных с ампутациями, наблюдались в клинической картине психических расстройств отдаленного периода, что было связано в первую очередь с сохраняющейся хронической психогенией (хронический психогенный комплекс), под влиянием

которой в значительной степени формировались патохарактерологические личностные расстройства, доминирующие среди всех психических нарушений этого периода.

В структуре хронического психогенного комплекса, определявшего особенности психопатологических расстройств у ампутированных, выделяются следующие составляющие:

- постоянное чувство собственной неполноценности и зависимости от других; ощущение физического уродства, обусловленные объективно тяжелым косметическим дефектом и нарушением привычного "образа тела",
- значительное ухудшение социального функционирования и, связанная с этим, потеря привычного места в обществе,
- социальная незащищенность,
- постоянная психотравматизация, связанная, как привило, с неудовлетворительными результатами протезирования и условиями лечения;
- стойкие, изнуряющие фантомные боли.

Что же касается характеристики личностных расстройств, доминирующих в отдаленном посттравматическом периоде, то здесь можно выделить два принципиально различных типа патохарактерологического развития, относящихся к астеническому и стеническому кругу.

У больных с расстройствами астенического круга личностные расстройства характеризуются астеническими, психастеническими, аутистическими, сенситивными, субдепрессивными, истеро-конверсионными проявлениями. У больных этой же группы присутствовали и расстройства, которые можно отнести к хронической форме ПТСР, в виде избегания и боязни всего, что могло бы напоминать или символизировать несчастье, или с ним ассоциироваться. Для больных этой группы характерна раздражительная слабость, проявляющаяся в несдержанности, обидчивости, капризности, плаксивости, сентиментальности, а также повышенная утомляемость, истощаемость, плохая концентрация внимания, отвлекаемость, астенический ментизм, стойкие нарушения сна в виде трудностей засыпания, поверхностного характера сна и отсутствия чувства бодрости по утрам. Также характерными расстройствами для этих больных является неуверенность в себе, тревожность, пугливость, осторожность, утрированный самоанализ, самокопание, вера в различные приметы, консерватизм убеждений и установок. Избегание и боязнь всего, что могло бы напоминать или символизировать несчастье, вплоть до выраженного обсессивно-фобического синдрома. Свое состояние они описывают как непреодолимый страх, тошноту, неприятные ощущения внизу живота, "ватность" рук и ног. Больных с этой категорией психических расстройств отличает замкнутость, отгороженность, избегание контактов с людьми (за исключением таких же инвалидов.), самоограничение, самощажение, значительное сужение круга интересов, безразличие к окружающим событиям, если они непосредственно не затрагивали их проблем. У этих пациентов имелось тягостное для них ощущение собственной измененности, духовного и интеллектуального обеднения, утраты остроты чувств.

Кататимно окрашенные события, как правило, вызывают у больных сверхценные сенситивные идеи отношения по типу "ключевого переживания". Так, больные считают, что окружающие оценивают их внешность как неприятную и отталкивающую, а их самих, как "уродов", "выброшенных из жизни калек", при этом они избегают употреблять слово "инвалид". Субдепрессивные расстройства проявляются прежде всего такими симптомами, как аффективная подавленность, пониженная самооценка, а также чувство вины.

У больных с расстройствами стенического круга клиническая картина характеризуется повышенной активностью, возбудимостью, часто в сочетании с агрессивностью, сверхценными и истероидными расстройствами. Также наблюдаются стремление к деятельности, желание во чтобы то ни стало преодолеть встречающиеся сложности. Характерным для этих больных является повышенное притязание к себе и окружающим, требования к себе, как к людям, способным преодолеть любые трудности, стремление полностью нивелировать имеющийся физический и внешний недостаток, приобретающее нередко сверхценный характер. Пациенты стараются ничем не отличаться от окружающих. Другой характерной особенностью больных этой группы является повышенная возбудимость, экспансивность, вспышки гнева, сопровождавшиеся злобностью, криком, бранью, порой агрессией по типу "гиперпатического психоза инвалидов" (Залкинд Э.М., 1947). В таких случаях поведение больных носит выраженно демонстративный характер, они не стараются скрыть увечье от окружающих, а, наоборот, всячески подчеркивали его тяжесть, без стеснения демонстрировали изуродованные культи, рубцы (Каменченко П.В., 1992).

ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЕ ПРОГРАММЫ (показания, противопоказания)

В Комплекс «КОМБАТАНТ» входят 6 психокоррекционных программ, ориентированных на психические расстройства и нарушения, прямо или косвенно связанные с участием в боевых действиях. Обозначение программ соответствует аббревиатуре названия основных синдромов и симптомокомплексов, на которые направлено коррекционное воздействие.

Показаниями к применению программ Комплекса «КОМБАТАНТ» является «Перечень симптомов и патологических проявлений», указанных в каждой программе (см. ниже).

Противопоказания являются общими для всех коррекционных программ и перечислены в конце этой главы.

Программа № 1 «ТФР»

Программа направлена на коррекцию **тревожно-фобических расстройств**.

Целевое назначение программы:

- снижение уровня тревоги
- повышение стрессоустойчивости
- коррекция обсессивно-фобических расстройств

Перечень симптомов и патологических проявлений:

- обессивно-фобическая симптоматика
- тревожно-фобическая симптоматика
- тревожно-депрессивная симптоматика
- гиперактивизация внимания и тревожная настороженность
- восприятие окружающей среды как враждебной;
- флэшбеки (реминисценции, ментизм) – непроизвольные, яркие навязчивые воспоминания о психотравме
- реакции «избегания»
- ограничительное поведение
- готовность к импульсивному защитному отреагированию на угрожающий стимул в виде укрытия, бегства
- нарушения сна

Программа № 2 «АДР»

Программа направлена на коррекцию **Астено-Депрессивных Расстройств**.

Целевое назначение программы:

- устранение астенических проявлений
- повышение активности и работоспособности
- нормализация фонового настроения

Перечень симптомов и патологических проявлений:

- астеноипохондрические расстройства
- депрессивная симптоматика

- снижение уровня эмоционального реагирования
- симптоматика «психической анестезии», эмоциональной обедненности (дефицитарности), эмоционального выгорания
- «невроз истощения»
- социальная интравертированность,
- снижение интереса к ранее значимым событиям
- ощущение отстраненности и отгороженности
- нарушения сна

Программа № 3 «ДСР»

Программа направлена на коррекцию **Диссоциальных Расстройств** поведения.

Целевое назначение программы:

- коррекция асоциального поведения
- редукция аффективных реакций
- активация ресурсов социальной адаптации

Перечень симптомов и патологических проявлений:

- эксплозивно-эпилептоидные расстройства, акцентуации характера эпилептоидного типа (эксплозивно-эпилептоидная «комбатантная акцентуация» по В.В. Литвинцев)
- неустойчивость эмоционального фона
- подозрительность, негативизм
- настороженность
- проявления недовольства, обидчивость, мстительность,
- раздражительность
- враждебность, дисфория (гневливо-злобный фон настроения)
- аффективная возбудимость
- склонности к импульсивным реакциям
- импульсивные и агрессивные действия
- готовность к стереотипным формам боевого реагирования
- нарушение способности к поддержанию близких отношений
- проявления различных форм девиантного поведения (антисоциальных, суицидальных, аддиктивных)
- нарушения сна

Программа № 4 «СФР»

Программа направлена на коррекцию **Соматоформных** и психосоматических **Расстройств**.

Целевое назначение программы:

- нормализация психофизиологического состояния
- редукция ипохондрических установок
- коррекция психосоматической симптоматики

Перечень симптомов и патологических проявлений:

- болезненные ощущения в различных частях тела (в области сердца, по ходу желудочно-кишечного тракта, мышечные боли, невралгии, головные боли и др.)
- болезненные расстройства (тошнота, рвота, урологические расстройства и пр.)
- тревожное ожидание усиления болей и болезненных ощущений
- функциональные нарушения (дыхания, глотания, дискинезии ЖКТ, СРК и др.)
- функциональные нарушения сердечно-сосудистой системы (пароксизмальная тахикардия, транзиторная гипертензия и др.)
- сексуальные дисфункции
- ипохондрическая фиксация на болезненных симптомах
- нарушения сна

Программа № 5 «НСЛ»

Программа направлена на коррекцию **Нарушений Самооценки Личности**

Целевое назначение программы:

- повышение самооценки
- коррекция «комплекса вины»
- устранение «комплекса неполноценности»

Перечень симптомов и патологических проявлений:

- чувство вины за жестокость;
- чувство «вины выжившего»
- наличие «дисфункциональной вины»
- болезненное чувство ответственности
- чувство неспособности к решению проблемных ситуаций
- неуспешность своих поступков и деятельности
- заниженная самооценка
- чувство несостоятельности
- аутодеструктивные установки
- нарушения сна

Программа № 6 «ПРУ»

Программа направлена на коррекцию **Психических Реакций**, связанных с **Увечьем** (психологические последствия приобретенных нарушений структур тела, приобретенных нарушений функций и структур организма, травматических и хирургических ампутаций, приобретенных утрат функций различных органов и систем и пр.)

Целевое назначение программы:

- коррекция «комплекса инвалида»
- устранение депрессивной симптоматики
- редукция аутодеструктивных установок

Перечень симптомов и патологических проявлений:

- чувство собственной неполноценности
- ощущение зависимости от других
- ощущение незащищенности
- переживания, связанные с физическим уродством,
- переживания, связанные с нарушением привычного «образа тела» («телесного Я»),
- переживания, обусловленные тяжелым косметическим дефектом
- снижение социального функционирования – психогенная сенситивная реакция ухода (избегания)
- нарушения социального функционирования вследствие снижения фрустрационной толерантности
- снижение или изменение социального статуса («социального Я»)
- постоянная психотравматизация, связанная с осознанием невозможности полного восстановления нарушенных функций
- переживания, связанные с фантомными болями.
- нарушения сна

Противопоказаниями к применению всех психокоррекционных программ являются:

- Зссенциальная эпилепсия,
- Симптоматическая эпилепсия,
- Органические заболевания и последствия травматического поражения головного мозга, осложненные эписиндромом,
- Выраженные психические нарушения, сопровождающиеся продуктивной симптоматикой (бредовые и галлюцинаторные расстройства, ИСС),
- Острые соматические заболевания (например, инфекционные заболевания, простуда и пр.),
- Хронические соматические заболевания в стадии обострения.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ

Механизмы коррекционного воздействия

Механизмы коррекционного воздействия можно условно разделить на две группы. Первая группа механизмов воздействия направлена на формирования оптимального психофизиологического состояния пациента. К ней относятся:

- ***Цветовоздействие*** - волновое воздействие светового излучения в видимой части спектра. Использовано цветовое воздействие всем видимым спектром в режиме последовательного предъявления дополнительных цветов - «контрастный цветомассаж», что значительно усиливает цветовосприятие и усвоение энергии света. Цветовые гаммы, включенные в цветовой ряд, последовательность смены цветов, продолжительность экспозиции каждого цвета направлены на формирование оптимального психофизиологического состояния, в данном случае, на достижение релаксации, что способствует снижению тревоги, устраняет состояние напряженности и повышает коррекционный эффект.

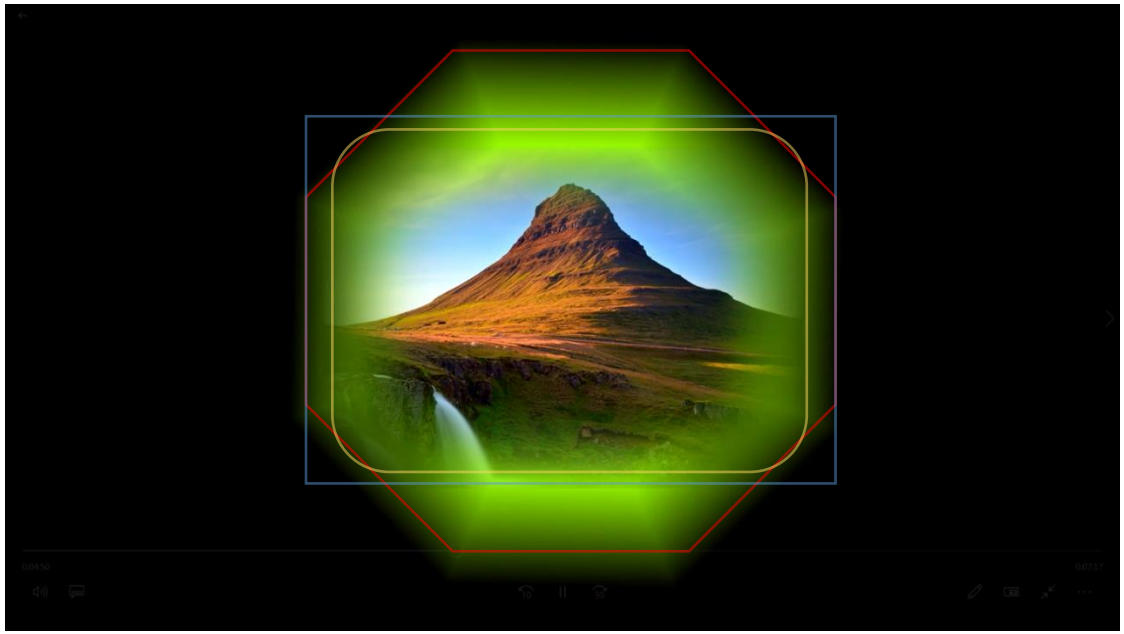


Рис. 1 Пример цветовоздействия в момент проявления визуального образа.

- ***Ритмовоздействие*** - комбинированная ритмическая световая и цветовая стимуляция зрительного анализатора, а также воздействие акустическими частотами в диапазоне слухового восприятия, соответствующим физиологическим колебаниям, цель которых состоит в оптимизации функционального состояния. В графическом интерфейсе программ использованы ритмовоздействия следующими частотами: частота предъявления подпороговой семантической информации - 10 +/- 2 Гц (частота α-ритма биопотенциалов головного мозга), частота сменяемости цветов 1+/- 0,2 Гц, что соответствует частоте сердечного ритма в состоянии покоя, периодичность сменяемости цветовых гамм 0,1 +/- 0,02 Гц, что соответствует частоте спокойного дыхания. В акустическом канале использован более сложный набор звукового ритмовоздействия, при этом у каждой коррекционной программы он разный и соответствует целевому назначению программы.

- ***Звукотерапия*** – в Комплексе «КОМБАТАНТ» использованы не классические музыкальные произведения, написанные когда-либо композиторами, а звуковые треки, созданные звукооператорами специально для коррекционных программ в соответствии целевым назначением каждой программы. Звуковые композиции создавались в соответствии с заранее разработанными техническими условиями, где учитывались частотные, амплитудные, обертональные составляющие звука. В соответствии с этими техническими условиями звуковой фон по своим гармоническим характеристикам должен оказывать оптимальное воздействие на психоэмоциональное состояние, способствующие поддержанию трансового состояния сознания. Также учитывались такие психоакустические эффекты, как способность звукового фона маскировать вмонтированное в него суггестивное воздействие, не нарушая эстетической составляющей восприятия музыкальной композиции.

Таким образом, задачей первой группы факторов психологического воздействия: цветовоздействия, ритмовоздействия и звукотерапии – является формирование оптимального психофизиологического состояния пациента – состояния транса легкой и средней степени выраженности. Т.е. данная группа факторов психологического воздействия выступает в качестве техники наведения и поддержания транса – измененного состояния сознания (ИСС).

Это необходимо для повышения эффективности психокоррекционных сеансов. В состоянии транса, или в состоянии сниженного сознания, во-первых, снижается возможность к критической переработке суггестивного воздействия и отключаются фильтры осознанного блокирования внушаемой информации («верю – не верю», «мое – не мое» и др.), благодаря чему повышается и степень усвоения воздействующей информации, и, как следствие, эффективность любого суггестивного воздействия. Во-вторых, в состоянии сниженного сознания повышается возможность психического переструктурирования (М. Эриксон), а, следовательно, и вероятность положительного результата всей процедуры психотерапевтического вмешательства.

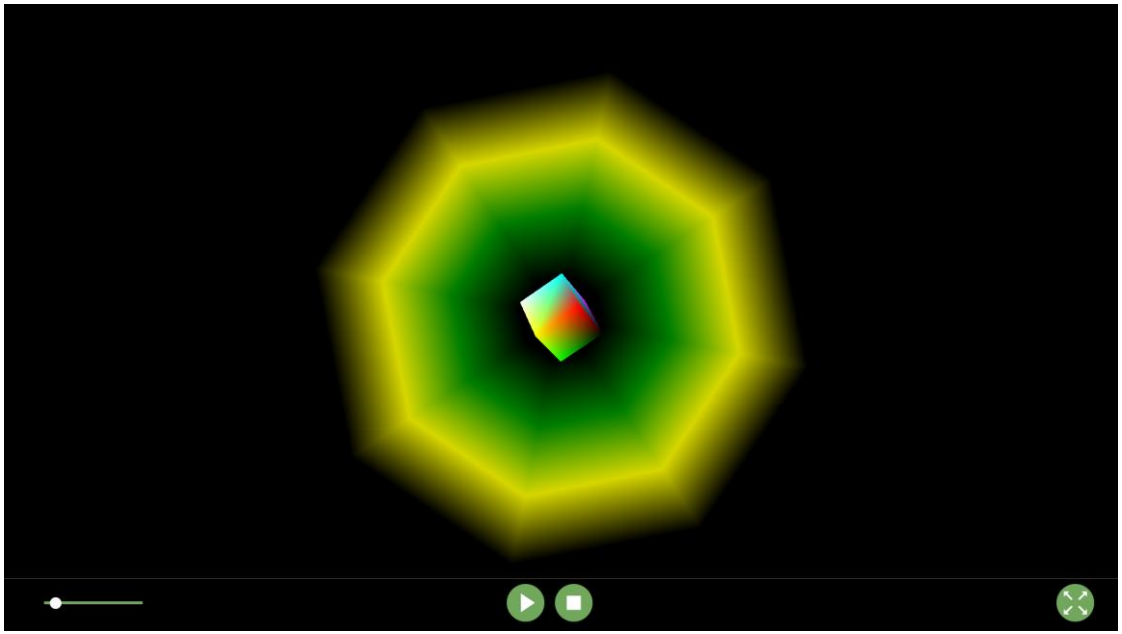


Рис. 2 Пример ритмического переливания градиентного фона.

Вторая группа механизмов воздействия направлена на реконструкцию системы ценностей, на десенсибилизацию негативных и аутодеструктивных установок, повышение фрустрационной толерантности и стрессоустойчивости, повышение самооценки и уровня самоконтроля и на другие психические

образования. Эта группа механизмов воздействия направлена на неконтролируемую сознанием систему оценок, мотивов, установок и побуждений, стереотипизированных способов реагирования и поведения, которые крайне сложно поддаются коррекции с использованием обычных прямых психотерапевтических методов воздействий. Для этих целей в Комплексе «КОМБАТАНТ» использовано информационное воздействие (аудиальное и визуальное), позволяющее вводить коррекционную информацию непосредственно в неосознаваемую сферу психики. Данный эффект достигается применением специальных компьютерных психотехнологий (апробированных, запатентованных, утвержденных Минздрав и Ростест), позволяющих маскировать суггестивное (информационное) воздействие, делая его недоступным для осознанного восприятия. К данной группе механизмов воздействия относятся:

- ***Неосознаваемое визуальное воздействие***, предъявляемое на подпороговом (сублиминальном) уровне восприятия с использованием эффекта маскирования по принципу «расщепленного кадра» реализовано таким образом, что суггестивные установки – возникают в области проекции вращающегося трехмерного тела (в данном варианте куба), т.е. в зоне графического интерфейса, фиксирующего наибольшее внимание.
- ***Неосознаваемое аудиальное воздействие*** заключается в том, что предварительно озвученные и записанные в цифровом формате звуковые треки с суггестивными установками маскируются в фоновый звук таким образом, что становятся неслышимым на уровне сознания. Эффект «неосознаваемости» достигается при помощи специальной технологии маскирования с использованием программы «SOMVI-mix». Как в аудиальном, так и в визуальном воздействии, неосознаваемые суггестивные установки (НСУ) формируются из эмоционально значимой информации. При этом в аудиальном воздействии могут быть использованы не только слова, но и эмоциогенные звуки. По смысловому содержанию НСУ не являются законченными и грамматически выверенными фразами, а представляют собой набор словосочетаний, составленных таким образом, чтобы оптимально реализовать механизм психосемантического обусловливания. Озвучивание НСУ производится с учетом необходимых голосовых и интонационных характеристик. НСУ автоматически закольцовываются и постоянно повторяются на протяжении воспроизведения программы, благодаря чему происходит постепенное изменению значимостей семантических элементов психики в соответствии с целевым назначением программы.
- ***Образотерапия*** – в коррекционных программах Комплекса «КОМБАТАНТ», используются в виде «всплывающих кадров» фотоизображений объектов, несущих в себе глубокий символический смысл, сформировавшийся в процессе эволюции и фиксированный на неосознаваемых уровнях психики. Всплывающие кадры, используемые в коррекционных программах, являются не просто фотографическими отображениями реальных объектов, а зрительными стимулами, воздействующими на бессознательное содержание психики и актуализирующими те состояния и переживания, которые необходимы для достижения целевого эффекта программы.

В отличие от первой группы механизмов воздействия (цветовоздействие, ритмовоздействие, звукотерапия), где ожидаемый от них эффект наступает непосредственно в процессе коррекционного сеанса (по нашим данным достижение измененного состояния сознания и формирование состояния транса происходит на 5-6-й минутах сеанса), эффекты от второй группы механизмов воздействия (неосознаваемое визуальное и аудиальное воздействия и образотерапия) имеют накопительный характер, обладают определенной инерционностью и постепенно прирастают от сеанса к сеансу. Для достижения ощутимого эффекта необходимо прохождение курса, включающего не менее 5-6 сеансов психокоррекции выбранной программой, а в некоторых случаях и значительно больше.

Технология неосознаваемого воздействия (технология SOMVI)

Физические и психосемантические факторы воздействия

Технология SOMVI (Sound Overtone Modulation of Voice Information) основана на физических и психосемантических методах воздействия, которые исследовались и апробировались на протяжении более 30 лет. Согласно этим исследованиям, используя различные физические факторы (ритмовоздействие, цветовоздействие, психоакустические модуляции) можно влиять на психофизиологическое состояние человека – снижать уровень тревоги, устранять напряженность, повышать настроение. И это уже достаточно хорошо. Но эффект от физических факторов ограничен во времени.

Если же в этом оптимальном психофизиологическом состоянии дополнительно производить воздействие встроенной в фоновый звук информацией, недоступной осознанному восприятию, то можно влиять на глубинные неосознаваемые причины различных расстройств и нарушений (страхов, тревог, перепадов настроения, зависимостей, низкой самооценки и пр.). И эффект от данного воздействия уже не ограничен во времени. Информация, имплантированная таким образом в память человека, никуда не исчезает и постоянно оказывает свой положительный коррекционный эффект.

Иными словами, эти составляющие – физические факторы воздействия и неосознаваемое информационное воздействие (семантизированный звук) – и являются основой Технологии SOMVI.

Почему воздействие на бессознательную сферу.

Любая психотерапевтическая помощь и любое психологическое сопровождение будут эффективны только тогда, когда они смогут изменить именно на бессознательном уровне систему отношений (отношение к себе и своему поведению, к своей работе, к окружающим, к возникающим проблемам и пр.). На осознаваемом уровне любая поступающая извне информация, в том числе от психологов, проходит через фильтры сознания («верю – не верю», «правильно – неправильно», «принимаю – не принимаю» и пр.), и все, что не соответствует «ага-реакции» (реакции «да, точно, верю, именно так…»), отвергается и никак не влияет на систему ценностей и убеждений.

Например, любой человек с алкогольной зависимостью знает, что пить вредно (на уровне сознания), и повторять ему эту прописную истину бесполезно. На бессознательном уровне у него своя система убеждений, оправдывающая эту пагубную зависимость («другие пьют – и ничего», «если еще немного добавить, ничего страшного не произойдет» и т.д.). Если же информация об опасности злоупотребления станет содержанием его бессознательной сферы, его собственным убеждением, только тогда она изменит его систему отношений. Например, если у него умрет друг от алкогольного цирроза печени. Умрет человек из его же референтной группы, которому он доверяет, в отличии от врачей, «которым только попугать», и своим «примером» докажет, что, от алкоголя «оказывается» можно просто «перестать быть», «перестать существовать». Еще большим аверсивным импринтингом обладает ситуация, когда пациент сам попадает в реанимацию, например, с острой печеночной недостаточностью. В этом случае в его системе ценностей появится абсолютное убеждение «от этого можно умереть». Эта установка на бессознательном уровне приобретет личностную значимость (личностный смысл), станет руководством к действию и, соответственно, радикально изменит его поведение. В медицине известно много случаев, когда именно по данному варианту происходили спонтанные ремиссии больных алкоголизмом.

Точно так же, на уровне сознания человек с низкой самооценкой понимает, что не надо быть «тряпкой», человек с высоким уровнем тревоги понимает, что не надо всего бояться. Но, пока на бессознательном уровне не изменится отношение к себе (самооценка, или, более широкое понятие в психологии, – «Я-концепция»), ситуация не поменяется.

Даже человек, который хочет похудеть, после каждой диеты будет быстро набирать «свой» прежний вес именно потому, что он «свой». Для стабильного результата необходимо, чтобы изменился так называемый «Образ телесного Я» – эталонный образ собственного тела. А этот образ также сформирован и сохраняется в форме определённого смыслового конструкта «Я – такой-то» на бессознательном уровне.

Технологии неосознаваемого воздействия позволяют вводить информацию непосредственно в бессознательную сферу психику, минуя фильтры сознания.

Способы неосознаваемого воздействия и технология маскирования информации

Неосознаваемое воздействие может быть:

- Подпороговым (сублиминальным), когда аудио- или видео- информация по своим физическим параметрам является ниже порога физиологического восприятия.
- маскированным, когда воздействующая информация по физическим параметрам выше (и даже значительно выше) порога восприятия, но она зашумлена (маскирована, скрыта) другой информацией.

В технологии SOMVI используется именно маскированное (не подпороговое) воздействие.

Как можно замаскировать изображение в видеоряд (более известен, как «эффект 25-го кадра»), как правило, не вызывает вопросов. Непонимание, даже у профессионалов, возникает с маскированием звуковой информации. В качестве примера для понимания можно привести известный в психологии «эффект коктейльной вечеринки» (был описан Колином Черри в 1953 году). Эффект заключается в способности услышать значимую информацию (например, собственное имя) в окружающем шуме даже когда внимание было сфокусировано на другом собеседнике. Этот эффект связан с тем, что на уровне осознанного восприятия мы можем анализировать только один информационный источник. Чтобы анализировать несколько информационных источников («эффект Юлия Цезаря») необходимо постоянно переключать внимание с одного источника на другой.

То, что находится в центре внимания – это и есть осознанное восприятие, т.е. то, что анализируется сознанием в данный момент времени. В отличие от сознания бессознательная сфера человека обладает способностью анализировать одновременно весь поток информации, который проходит через органы чувств. А это, в свою очередь, дает возможность разрабатывать технологии маскирования скрытой информации за «ширму» информации, воспринимаемой сознанием, т.е. технологии неосознаваемого воздействия. Технология маскирования позволяет «вшивать» звуковую или визуальную информацию в аудио- или в видеоряд, что делает невозможным ее распознавание на уровне сознания.

Технология маскирования – это только инструмент – способ внесения (введения, имплантации) информации непосредственно в бессознательную сферу психики. Так же, как и смысл любой таблетки, на 99,..% состоящей из муки, заключается в том, чтобы донести лекарственный субстрат до организма. В нашем случае надо донести лечебную информацию в бессознательную сферу. «Лекарственным субстратом» в технологии SOMVI является сама имплантируемая информация, основанная на семантических методах и принципе психосемантического обусловливания.

Принцип психосемантического обусловливания

Для создания психокоррекционных программ предварительно формируются неосознаваемые суггестивные (внушаемые) установки (НСУ), которые могут включать слова, обладающие высокой эмоциональной значимостью (ключевая семантика), эмоциональные звуки (смех, крик, плач и пр.), техногенные звуки, содержащие смысловую нагрузку (например, стук в дверь – включает ориентировочную реакцию, звук клаксона автомобиля – включает оборонительную реакцию и пр.) и другие звуковые элементы.

НСУ содержат не логически выверенное описание конечной цели («Я не буду принимать алкоголь, потому что это вредно»), а комбинацию семантически значимых элементов, которые должны формировать установку и психофизиологическое состояние, необходимые для ее достижения. По смысловому содержанию НСУ не являются законченными грамматически выверенными фразами, а представляют собой набор словосочетаний и звуков, составленных таким образом, чтобы оптимально реализовать принцип психосемантического обусловливания.

Согласно данному принципу, словесный раздражитель – «триггер» или «семантический драйвер», обладающий высокой субъективной значимостью (например, смех, или крик отчаяния), провоцирует связанные с ним аффективные состояния (переживания). Если семантику триггера совместить с «семантическими мишенями» психотерапевтического воздействия и объединить в общие НСУ, то семантика «мишеней» в процессе процедур психокоррекции начинает приобретать аффективную окраску триггера.

Например, если объект фобии (паук) совместить со смехом, то смысловое отношение к пауку будет постепенно смещаться в «зону смешного» и, соответственно, «безопасного». Либо, если смысловые атрибуты, связанные с алкоголем, совместить с криком отчаяния или другим негативным триггером, то ценностно-смысловое отношение к алкоголю будет постепенно смещаться в эмоционально отрицательную зону.

Постоянные повторы НСУ в процессе процедуры психокоррекции постепенно изменяют аффективное и смысловое содержание семантической мишени на бессознательном уровне, тем самым приводя к искусственному целенаправленному изменению значимостей семантических элементов памяти и постепенной модификации психики и поведения.

Воздействие через слуховой и зрительный каналы восприятия

Подавляющее количество информации человек получает через зрительный канал восприятия. Но в технологии SOMVI превалирующая роль отведена именно слуховому анализатору. Это связано со многими причинами.

Во-первых, для воздействия на психику человека через зрительный анализатор необходимо чтобы источник воздействия всегда находился в поле восприятия – на него надо смотреть. А это не всегда удобно и не всегда возможно. Со звуковым воздействием таких проблем нет. Можно смотреть куда угодно, заниматься чем угодно, можно даже спать, а звуковая информация, если человек находится в зоне слышимости, все равно усваивается слуховым анализатором.

Во-вторых, звуковая информация обладает преимуществом по сравнению со зрительной в плане передачи эмоциональной составляющей (для того, чтобы это понять, достаточно у остросюжетного фильма или триллера заменить его аудиотрек на веселую музыку). А степень эмоциональной значимости является основным качеством при информационном воздействии.

В-третьих, слуховой анализатор имеет значительное преимущество по сравнению со зрительным в плане хранения информации в ультракратковременной памяти (она же сенсорная, она же последовая, она же иконическая – для зрительного анализатора и эхоическая – для звукового анализатора) – т.е. это та память, которая сохраняет информацию короткое время «на кончике анализатора». У зрительного анализатора она хранит информацию крайне мало (в пределах секунды) и быстро «стирается» восприятием следующих объектов (на этом «стирании» основан эффект маскирования – «эффект 25-го кадра»). У зрительного анализатора она сохраняет воспринятый звук гораздо дольше (3 секунды и более), и принцип хранения эхоической памяти совсем другой – напоминает реверберацию (внутренние «повторы» только что воспринятого звука – фонологическая петля). Именно эта особенность слухового анализатора позволяет осуществлять информационное воздействие с высоким эффектом усвоения информации.

Воздействие же через зрительный канал в технологии SOMVI имеет комплементарный (дополнительный) характер. Используемые в видеоряде изображения (как осознаваемые, так и неосознаваемые) ассоциативно связаны с содержанием звуковой информации (со смысловым содержанием НСУ).

Как создаются стандартизованные коррекционные программы (психологический инструментарий)

В процессе разработки технологии на начальном этапе для пациентов разрабатывались только индивидуальные аудиальные психокоррекционные программы (АПК-программы) на основе семантики субъективно значимой именно для данного пациента. Тезаурус индивидуально значимых семантических элементов формировался на основе предварительно проводимой диагностики и психосемантического анализа, в том числе с использованием метода семантического дифференциала (Osgoog, 1952). Благодаря этому неосознаваемые суггестивные установки (НСУ), использованные в коррекционных программах, представляли собой эмоционально насыщенные словесно-смысловые образования, обладающие высокой степенью субъективной значимости, что значительно повышало эффект суггестивного воздействия.

В дальнейшем на основе собранного семантического материала были выделены универсальные лексические единицы и их сочетания, образующие НСУ, для каждой категории пациентов с определенной психопатологической и патопсихологической симптоматикой, которые обладали высокой значимостью практически для всех пациентов со схожими психологическими проблемами. Эти проблемы и выступают в качестве мишеней психотерапевтического воздействия НСУ. Универсальные суггестивные установки стали основой для разработки стандартизованных психокоррекционных программ разной целевой направленности и ориентированных под разные психотерапевтические задачи.

Процесс формирования библиотек значимых семантических элементов никогда не останавливается и постоянно пополняется благодаря клинической работе и проводимым психологическим исследованиям. За счет этого вся выпускаемая нами продукция (психологический инструментарий) периодически обновляется в плане семантики воздействующей информации (смыслового содержания НСУ).

ПОДРОБНЕЕ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ

Цветовоздействие

История применения цвета и света как для изменения психофизиологического состояния, так и для лечения различных заболеваний ведет свое начало из Древнего Египта. Сохранились свидетельства о лечебном использовании спектральных компонентов света - цветов радуги - в Древнем Египте. В частности, древнеегипетские врачи предписывали носить одежду определенного цвета как средство исцеления от различных болезней. Древние греки оставили записи о разработанной ими теории и практике солнечной терапии. Например, город Гелиополис (город Солнца, с греч.) славился своими храмами, в которых свет использовали для лечения людей.

В.М. Бехтерев использовал цвет для усиления психотерапевтического воздействия на эмоциональное состояние своих клиентов в клинике нервных болезней Военно-медицинской академии. Он использовал при этом выдвижные рамы со стеклами красного и синего цвета. У больных с синдромом депрессии значимо улучшалось настроение, когда психотерапия проводилась при красном цвете и, наоборот, синий цвет помогал уменьшать возбуждение.

Рубинштейн С.Л., в свое время, отметил, что действие цвета обусловлено, с одной стороны, непосредственным влиянием на организм, а с другой – бессознательными ассоциациями, которые разные цвета вызывают на основе предшествующего опыта.

В настоящее время за рубежом и в нашей стране накопилось достаточно много конкретных данных, подтверждающих несомненное психофизиологическое воздействие цвета на организм человека (Бехтерев В.М., Гольдштейн К., Джерард Р., Казначеев В.Н., Кравков С.В., Люшер М., Эткинд А.М. и мн. др.).

Исследования последних десятилетий в изучении волновых воздействий полей различных диапазонов, в том числе изучение воздействия светового излучения в видимой части спектра привели к возникновению “вибрационной медицины”, рассматривающей человека, как физико-клеточную систему в динамическом взаимодействии с комплексом регуляторных энергетических полей.

Среди ученых, исследовавших влияние света на живые организмы, был американец Д. Стиплер (1977). Он исходил из того, что поскольку все живое на Земле существует благодаря солнечному свету, то этот свет есть нечто большее, чем источник тепла и фотосинтеза. Особенно известны работы его последователя - Джейкоба Либермана (1983), который конкретизировал его идеи и предположил, что солнечный свет — это метод лечения, который способен лечить от многих соматических и пограничных психических заболеваний.

Свои научные исследования Д. Либерман начал с опытов на кроликах. С помощью световых фильтров он освещал животных разным цветом. Через некоторое время у кроликов появились признаки расстройства нервной и эндокринной системы, затем симптомы болезней сердца и сосудов, интоксикации неясного генеза, увеличилась масса тела. Такие результаты натолкнули Д. Либермана на мысль о том, что, изменяя цвета солнечного спектра, можно не только нарушить, но и восстановить психофизиологический гомеостаз органов и систем организма.

Современный исследователь психолого-культурологических аспектов влияния цвета на состояние человека Н.В. Серов (1990) считает цвет уникальным информационным субстратом, охватывающим все сферы нашей жизни. Он утверждает, что воздействие цвета на человека осуществляется одновременно на трех уровнях:

- физиологическом (бессознательно - рефлекторном) – красный цвет ускоряет пульс, синий – замедляет,
- подсознательном (социально-архетипическом) – красный цвет ассоциируется с понятиями кровь, огонь, синий – с водой, небом,
- сознательном – информационно-символическом (дорожные сигналы, другие общепринятые и официальные знаки).

Как показала в своих исследованиях Соловьева Е.А. (1993), в состоянии нервно-психического напряжения, характеризующегося определенными психофизиологическими сдвигами в механизмах адаптации, более эффективными оказываются реакции на цвет, имеющие противоположное физиологическое действие по отношению к испытываемому психосоматическому состоянию. Миронова Л.И. (1993), специалист по эргономической психофизиологии, считает, что для человека без отклонений здоровья наиболее оптимальными цветами являются, так называемые, “средневолновые” - оттенки от желтого до голубого.

Немецкий биофизик Ф.А. Попп научно доказал, что каждая живая клетка испускает световое излучение - “биофон”, которое является средством межклеточного общения. Воздействие окрашенным светом, восполняя информационный и энергетический дефицит “биофона”, гармонизирует межклеточное взаимодействие, что обеспечивает нормализацию всех биофизических процессов в организме.

Согласно теории П. Менделя, когда на человека воздействует определенно окрашенный свет (т.е. поле определенной длины волн), цвет передает информацию мозгу и эндокринным органам. Организм усваивает именно ту информацию (энергию окрашенного света), недостаток в которой он ощущал, благодаря чему восстанавливается гармония и психофизиологическое состояние.

Именно на этих механизмах основаны многие терапевтические методики с применением цветовоздействия (цветотерапии, цветопунктуры, цветозонотерапии и др.), которые с успехом применяются при лечении самого широкого спектра заболеваний и расстройств: от психических (депрессивные и тревожные расстройства, астенические состояния, бессонницы) до соматических (болезни легких, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы, нервной системы, кожные заболевания и т.п.) (см. Корво Д., Вернер-Бондз Л. “Целебная сила цветозонотерапии”, \пер. с англ.\, М. 1998; Паньямента Н. “Цветопунктура для детей”, \пер. с итал.\, СПБ, 1998; Вайс Ж.-М., Шавелли М. “Лечение цветом” \пер. с франц.\, Ростов-на-Дону, 1997, Абрамова Т. “Таблетки из солнца”, \Ж. “Путь к себе”, № 8/9, 1993 г., с. 15 - 17\ и др.).

В коррекционных программах Комплекса «КОМБАТАНТ» использовано цветовое воздействие всем видимым спектром в режиме последовательного предъявления дополнительных цветов - “контрастный цветомассаж”, что значительно усиливает цветовосприятие и усвоение организмом энергии света. При этом в цветовой ряд включены гаммы, содержащие не менее 80% “холодных” зелено-голубых тонов, обладающих расслабляющим (релаксирующим) действием. Видимый графический интерфейс программы представляет собой концентрически плавно изменяющиеся цветовые гаммы, постоянно переходящие одна в другую, специально рассчитанные по спектральному составу, продолжительности, частоте, сменяемости и ритмичности, что вызывает положительное воздействие на психофизиологическое состояние, способствует быстрому снятию утомления и напряжения, усилению психовизуального эффекта рассеивания внимания, диссоциации сознания, возникновению состояния релаксации, повышая эффект суггестии и, соответственно, повышая эффективность психокоррекционного воздействия.

Фиксирующий графический интерфейс

В центре графического интерфейса реализуется воспроизведение фиксирующего изображения – образ трехмерного тела (куба, вращающегося в разных направлениях и постоянно меняющего цветовые гаммы окраски). В области вращающегося куба с определенной периодичностью появляются «всплывающие» кадры (по принципу “слайд-шоу”), постепенно увеличивающиеся в размере и меняющие свою прозрачность в параболической зависимости. При каждом запуске одной и той же программы набор «всплывающих» кадров изменяется, для чего программа содержит тематические библиотеки изображений, соответствующих целевому назначению программ. Помимо собственно психологического воздействия, целью вращающегося куба и всплывающих кадров является фиксация внимания в центре графического интерфейса. Именно в этой области экрана реализуется визуальное неосознаваемое воздействие, попадающее, благодаря фиксирующей внимание графике, именно в центр взора. Помимо этого, сам вращающийся куб также оказывает релаксирующее (гипногенное) воздействие. А всплывающие кадры, помимо собственного содержательного (тематически-смыслового) влияния, обладают эффектом «мягкой активации», не позволяя пациентам (клиентам) быстро «уйти» в состояние глубокого транса, или погрузиться в сон.

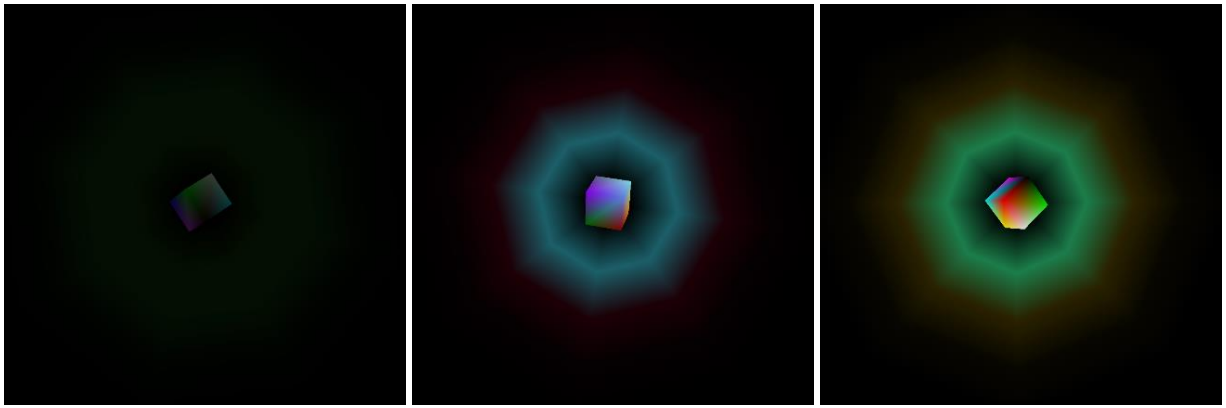


Рис. 3 Пример видоизменения образа трехмерного тела

Вариабельность графического интерфейса (цветовая, частотная, графическая, видовая, семантическая) исключает эффект пресыщения, обеспечивает оптимизацию психофизиологического состояния и процессов зрительного восприятия для усвоения суггестивной информации, способствует актуализации комплементарных воздействию ассоциативных образов, значительно повышая эффективность коррекционного процесса.

Ритмовоздействие

С древних времен знакомы эффекты изменения функционального состояния за счет комбинированного сочетания ритмической световой и звуковой стимуляции. Так, многие ритуалы в архаичных культах сопровождались, как правило, ритмичными звуками (барабанный бой, хлопанье в ладоши, ритмизованное пение), и световыми мельканиями, вызываемыми свечами, факелами, кострами или движением людей вокруг огня, вызывающим у наблюдателя эффект “ритмизации” света. От древнегреческих театральных постановок до современных театрализованных представлений – наиболее популярным средством усиления психоэмоционального воздействия было использование комбинации света и звука.

Многие композиторы, например, Скрябин, создавали музыкальные произведения, прослушивание которых предполагало сопровождение световыми эффектами. И, как свидетельствует опыт применения ритмической светозвуковой стимуляции в медицинских целях, в ряде случаев она используется как одно из эффективных средств психотерапевтической работы с различными клиентами.

Исследования подтвердили, что биохимические изменения при ритмической световой стимуляция мозга сопоставимы с эффектами транскраниальной электрической стимуляции. Так, в исследованиях Shealy было обнаружено, что, как транскраниальная электростимуляция, так и фотостимуляция, достоверно увеличивают уровни эндорфинов, серотонина, норепинефрина и дофамина - гормонов, вызывающих расслабление, успокоение, эйфорию, обезболивание и повышающих устойчивость организма к внешним воздействиям.

Светоакустические системы эффективно применяются и в целях релаксации, и для повышения внушаемости негипнабельных клиентов, а также людей, невосприимчивых к обучению традиционным методам расслабления, например, при аутогенной тренировке.

Thomas и Siever в своих исследованиях показали, что пятнадцатиминутные сеансы светозвуковой стимуляции на частоте альфа-ритма вызывают достижение состояния выраженной релаксации, которое длится и после завершения сеансов стимуляции. Седативный и релаксирующий эффект светозвуковой стимуляции в ряде случаев столь выражен, что высказывались идеи ее использования для обезболивания вместо традиционного наркоза (Cosgrove, 1988).

В коррекционных программах Комплекса «КОМБАТАНТ» использованы следующие частоты ритмовоздействия:

- частота α-ритма биопотенциалов головного мозга (10 +/- 2 Гц),
- частота сердечного ритма в состоянии покоя (1+/- 0,2 Гц),
- частота спокойного дыхания в состоянии расслабления (0,1 +/- 0,02 Гц).

В акустическом канале использован более сложный набор звукового ритмовоздействия (в диапазоне от 390 до 0,08 Гц), при этом у каждой Коррекционные программы он разный и соответствует целевому назначению программы.

По механизму **биофизического резонанса** воздействующие частоты подстраивают под себя физиологические функции органов и всего организма («навязывая» свою частоту), тем самым формируя оптимальное психофизиологическое состояние, что, с одной стороны, улучшает работу всех органов и систем, в том числе и психическое функционирование, а, с другой стороны, формирует необходимое трансовое состояние и тем самым повышает гипнабельность и внушаемость, а, соответственно, и результативность сеансов психокоррекции.

Звукотерапия

Человечество на протяжении многих веков с успехом пользуется теми методами, которые сегодня относят к инструментам звукотерапии. Независимо от культурного и этнического происхождения, каждый человек в минуты сильной физической или душевной боли прибегает к одному из древнейших видов звукотерапии, который в наше время называется тонингом. Тонинг – это тягучее произношение звуков, напоминающее стон. Люди используют его бессознательно, инстинктивно. Этот адаптивный механизм сложился в глубинах эволюции еще до появления человека, как вида. Многие животные используют звуки, созвучные с тонингом, в ситуациях стресса, вызванного не только физическими воздействиями.

С физической точки зрения звук – это волна. Механизм положительного влияния звука на состояние организма заключается в воздействии на психофизиологическое состояние волновыми частотами через слуховой аппарат. И не только через слуховой аппарат – органы человека обладают своими резонансными частотами, которые «отвечают» на соответствующий частотный диапазон, воспринимаемый извне. Особенно это проявляется со стороны органов и анатомических образований, имеющих воздушные полости (пазухи носа, лобные пазухи, грудная клетка и др.). Эффект звукового резонанса используется, например, при совершении культовых обрядов и чтении молитв: ектения – протяжное моление в православии, намазы в исламе, мантры в буддизме (а также в индуизме, сикхизме и джайнизме) – все они используют эффект звукового резонанса. Ведическая медицина разработала целую систему терапии отдельными звуками. Лечебный эффект этой терапии основан на «энергетическом дрожании», которое производят эти звуки, называемые мантрами.

Исследования показали, что воздействие звуковых колебаний с различными частотно-амплитудными характеристиками оказывает воздействие не только на организм человека в целом, но и на разные его органы. При этом звуки с разными характеристиками могут воздействовать на разные органы и системы. Монахи Тибета в качестве звукотерапии издревле прибегали к «поющим» чашам. Принцип этого метода заключается в своеобразном «звуковом массаже», который производят звуки на клеточном уровне, на уровне органов и систем и на уровне всего организма.

Музыка также относится к звукам, но при этом она обладает определенными характеристиками, выделяющими ее среди остальных звуков. Музыка – это звуки, которые определённым образом организованы для создания сочетания формы, гармонии, мелодии, ритма. Звукотерапия с использованием музыки называется музыкотерапия.

Музыкотерапия – более поздний вариант звукотерапии, но также имеет очень большую историю. Уже в египетских папирусах были найдены упоминания о том, как древние жрецы оздоравливали египтян с помощью мелодий и звуков. А в Ветхом Завете говорится, что Давид игрой на арфе лечил нервное помешательство царя Саула. В древней Греции были мудрецы, которые использовали в целительных целях свойства музыки и ее влияние на здоровье человека. Аристотель считал музыку не только панацеей лечения, но и очищения души. Платон утверждал, что музыка является главным средством для воспитания гармонической личности. В 3 в. до н. э. в Парфянском царстве был выстроен медицинский центр. Здесь лечили музыкой от тоски и душевных переживаний.

Пифагор считал, что музыка имеет прямое отношение к здоровью. Он излечивал многие душевные и физические заболевания, с помощью специально составленных им композиций. Пифагор даже ввел такое понятие как «музыкальная медицина».

Современная медицина воспользовалась эмпирически накопленным опытом и стала разрабатывать методы лечения музыкой. Целенаправленно в медицинском учреждении с лечебной целью музыка была впервые применена в XIX веке французским психиатром Эскиролем. Первые попытки реальных научных исследований влияния музыки были предприняты в России в конце XIX начале XX века (Тарханов И.Р., Догель И.М., Сеченов И.М. и др.). Исследователи активно занялись изучением музыки, её методов и приёмов, как средства для лечения и восстановления человеческого организма. Академик В.М. Бехтерев, известный психоневролог, научно доказал благотворное влияние музыки на дыхание, газообмен, ЦНС, кровообращение, практически на все процессы жизнедеятельности. В США музыкальная терапия (МТ) получила признание после 2-ой мировой войны, когда ее успешно применили при лечении эмоциональных расстройств у ветеранов. В 60-70 е годы с музыкой стали работать врачи в Европе. Известным русским хирургом академиком Б. Петровским музыка использовалась во время сложнейших операций, что обеспечивало более гармоничную работу организма.

Полноценное формирование школы научной музыкотерапии началось в России в начале 90-х годов XX века. В 1993 году был открыт в Москве 1-й Научно-исследовательский институт музыкальной терапии и традиционной медицины. В 2003 году Российское Министерство здравоохранения утвердило музыкотерапию в качестве медицинского метода (было утверждено пособие для врачей «Методы музыкальной терапии», авторы С.В. Шушарджан и А.Н. Разумов). За этот период проведены научные работы, в которых изучались биофизические, нейрофизиологические и клинические аспекты музыкальной терапии. Научно-теоретической базой музыкальной терапии стала нейрогуморально-резонансная теория (2005), которая впервые раскрыла многоуровневый механизм музыкально-акустических

воздействий на организм человека. С помощью современных методов нейровизуализации установлено, что музыкотерапия повышает активность в областях мозга, связанных с регулированием эмоций.

Конечно, восприятие музыки и звуков отличается индивидуальными особенностями у каждого человека. Но есть определенные закономерности, которые универсальны для всех, независимо от социальной, культурной, этнической принадлежности, независимо от пола и возраста. Например, лезгинка, или «Танец с саблями» Арама Ильича Хачатуряна на всех без исключения оказывает тонизирующее воздействие, а «Реквием» Вольфганга Амадея Моцарта – столь же однозначно вызывает грусть, состояние печали и скорби. Заразительный смех даже у человека, находящегося в расстроенных чувствах, способен вызвать улыбку, а стон и плач – настороженность, волнение, тревогу. И это всего лишь звуки, а не реальные события, происходящие в данный момент. Так, слово «Лакримоза» (название самой трагической части произведения Моцарта "Реквием") в переводе с латыни означает "плачущая". Т.е. данное музыкальное произведение, изначально создавалось как звуковое воздействие, вызывающее слёзы, печаль, плач и даже рыдания, несмотря на отсутствие ситуации или объекта оплакивания. Существует множество приемов, позволяющих с использованием звука (как частный вариант, с использованием музыки) одномоментно изменить психофизиологическое состояние человека. Это происходит благодаря тому, что звук (также как цвет и запах) воздействуют непосредственно на бессознательную сферу психики, мгновенно актуализируя ассоциативно связанные с ними состояния.

В настоящее время подготовка профессиональных музыкальных терапевтов ведется в разных странах Европы, а в США - в более чем в 70 университетах. Тысячи специалистов работают в медицинских центрах, центрах социальной реабилитации и психологической помощи.

В Комплексе «КОМБАТАНТ» в качестве звукового фона использованы музыкальные треки, специальным образом разработанные под целевое направление каждой коррекционной программы. Треки, либо создавались с использованием технологий музыкального программирования в соответствии с техническими условиями, которые определяют установленные требования (к мелодии, тональным оттенкам и модуляциям, частотно-амплитудным характеристикам, инструментальному составу звучания, встроенным дополнительным звукам и звуковым композициям, к характеристикам встроенных ритмов), либо использовались готовые музыкальные треки, которые модулировались в соответствии с теми же техническими условиями. При разработке звукового фона учитываются также психоакустические характеристики слуха, например, особенность слухового аппарата человека «не замечать» звук более высокой частоты в низкочастотном звуке.

Учитывая все перечисленные выше требования, в соответствии с которыми разрабатывались музыкальные треки, воздействие звукового фона коррекционных программ Комплекса «КОМБАТАНТ» относится не к музыкотерапии, а именно к методам более широкого направления – к звукотерапии. В музыкотерапии используются уже готовые, как правило, классические музыкальные произведения, воздействие которых на психоэмоциональное состояние было изначально установлено эмпирическим путем. Эти музыкальные произведения включают в себе мотив, то есть известную ритмическую фигуру, которая повторяется в первоначальном или измененном виде и составляет рисунок мелодии, за счет чего частые прослушивания этой музыки, даже самой приятной, со временем вызывают эффект пресыщения. Музыкальные треки Комплекса «КОМБАТАНТ» написаны в стиле эмбиент. Они не являются четко структурированной мелодией, не запоминаются – в ходе проведенных апробаций наши пациенты не могли их воспроизвести по памяти даже при многократных прослушиваниях, и, соответственно, они практически не вызывают эффекта пресыщения. Это очень важный факт, учитывая, что коррекционные сеансы проводятся повторно многократно. При этом треки, написанные в стиле эмбиент, характеризуются обволакивающим атмосферным ненавязчивым фоновым звучанием, способствующим достижению оптимального трансового состояния.

Неосознаваемое визуальное воздействие

Любые средства, методы и приемы психотерапии опираются на введение тем или иным путем (внушением, разъяснением, переживанием в психокатарсисе, воздействием в измененном состоянии сознания и др.) информации в неосознаваемые зоны психики. Самый мощный психокоррекционный механизм – внушение – значительно усиливается, если воздействующую информацию сделать недоступной сознанию человека (неосознаваемой) и обеспечить ее прямое введение в подсознание человека.

На неосознаваемом уровне внушаемая информация, не встречая критику сознания, действует так, что абсолютно истинная информация может оказаться непринятой, а ложная - принятой, полезная информация может отвергаться, а бесполезная и даже вредная восприниматься как руководство к действию. Особенно это последнее положение касается детей подросткового возраста, когда сопротивление наставлениям взрослых, протестные настроения, негативизм, выражены наиболее ярко. В этом возрасте логические конструкты устроены так, что любые «глупости», исходящие от представителей референтной группы (сверстников), воспринимаются как «истина в последней инстанции». А разумные советы взрослых отвергаются как бесполезные, или даже вредоносные.

Бессознательная же сфера психики не располагает инструментами логического анализа, поэтому любая информация (внушение), имплантированная в бессознательное, встраивается систему ценностных ориентиров, усваивается и становится собственным убеждением человека.

Именно поэтому с давних времен наряду с методами разъяснения, убеждения и внушения в бодрствующем состоянии врачи и знахари применяли кустарные или научно обоснованные средства психокоррекции в измененных состояниях сознания с целью преодоления осознанного сопротивления внушаемому воздействию. Многие виды психотерапии: трансовые состояния (по М. Эриксону), медитация, аутотренинг, гипноз и др., тоже используют измененное состояние сознания для введения внушаемой информации в память человека. В практике психотерапии достаточно широко применяются различные методы и методические приемы использования суггестии в измененных состояниях сознания и способы изменения состояния сознания. Гипноз, наркогипноз, трансовые состояния, медитация различных видов и типов - все они, как и многочисленные другие способы, имеют целью обойти контроль или цензуру сознания для того, чтобы усилить действенность внушения, чтобы внушаемая информация была усвоена.

Сила внушения, если оно достигло своей цели, настолько велика, что может регулировать любые процессы в организме человека. Последнее можно проиллюстрировать известными примерами. Так, в свое время были широко известны демонстрации «внушенных ожогов Протопопова» и «внушенных болезней». В 20-30 гг. русский гипнотизер Орнальдо (кстати, он был родным дедом академика Смирнова И.В.) утраивал настоящие «гипнотические эпидемии». Из положительных примеров науке известно множество примеров выздоровления пациентов, страдавших неизлечимыми заболеваниями, под воздействием внушения.

Все это объясняется тем, что высшей управляющей системой в живом организме является психика и особенно ее бессознательная сфера. Внушенная информация преобразует содержимое психики, корректируя систему ценностей, убеждений и представлений, тем самым изменяя способы психического реагирования и поведения.

В коррекционных программах Комплекса «КОМБАТАНТ» в графическом видеоряде используется технология маскирования, которая заключается в «расщеплении» кадров с неосознаваемым внушением на пиксельные фракции, которые при последовательных развертках экрана монитора складываются в целостный образ.

Неосознаваемое аудиальное воздействие

Нас окружает огромный и непрерывно меняющийся мир образов и мир звуков. Человек постоянно пребывает в потоке информации, которую он вынужден воспринимать своими органами чувств. При этом доказано, что человек воспринимает и усваивает не только то, что он хочет увидеть или услышать и что находится в поле его внимания, но и всю информацию, которая каким-либо образом воздействует на его органы чувств. Неосознаваемо мы воспринимаем и усваиваем несоизмеримо больший объем информации, чем тот, который контролируется нашим сознанием.

Слуховой аппарат человека устроен таким образом, что при анализе сложного звука он вычленяет все элементарные составляющие этого звука по принципу Фурье-преобразования. Поэтому весь информационный звуковой поток и весь спектр звуков, в котором находится человек, независимо от того обращает он на него внимание, или нет, слышимы эти звуки, или маскированы другими звуками, попадает в его мозг и влияет на содержание психики и поведение.

Маскируя суггестивную звуковую информацию в любой звуковой фон, можно производить суггестивное воздействие, не вводя человека в гипнотическое состояние. Это достигается за счет **эффекта неосознаваемости внушаемой информации при сохранении семантической нагрузки воздействия**. Именно эти принцип использован в аудиальном воздействии коррекционных программ Комплекса «КОМБАТАНТ».

Методологически построение фраз суггестивного воздействия производится в соответствии с **принципом семантического обусловливания** (Лурия А.Р., Виноградова О.С., 1971). Согласно этому принципу, словесный раздражитель («триггер» или «семантический драйвер» по И.В. Смирнову), обладающий высокой субъективной значимостью, провоцирует связанные с ним аффективные состояния, а также инициирует смежные семантические поля, актуализируя ассоциированные с ними аффективные переживания. Чем большей значимостью обладает триггер, тем больший эмоциогенный эффект она будет оказывать. Если семантику триггера совместить с семантическими мишенями психотерапевтического воздействия (объединить в общие словосочетания), то семантика «мишеней» во время процедур психокоррекции начинает приобретать аффективную окраску триггера. Постоянные повторы данных словосочетаний в процессе процедуры психокоррекции усиливают и закрепляют воссоздаваемую (вновь формируемую) аффективную окраску семантической мишени, тем самым изменяя ценностное отношение к ней и модифицируя саму систему ценностей. Словосочетания, сформированные в соответствии с принципом семантического обусловливания, называются **неосознаваемые суггестивные установки (НСУ)**.

Тезаурус индивидуально значимых семантических элементов формировался на основе предварительно проведенного психосемантического анализа, в том числе с использованием метода семантического дифференциала (Osgoog, 1952). Эта работа проводилась на протяжении 8 лет в процессе индивидуального психологического сопровождения пациентов участников боевых действий (ветеранов чеченской компании и первого года СВО), для которых на основе субъективно значимой семантики разрабатывались индивидуальные психокоррекционные программы. Из собранного семантического материала были выделены универсальные лексические единицы и их сочетания, которые обладают определенным личностным смыслом и высокой эмоциональной значимостью практически для всех пациентов. Из этих лексем были сформированы суггестивные установки, соответствующие психологическим проблемам, выступающим в качестве мишеней психотерапевтического вмешательства. Благодаря этому НСУ, использованные в коррекционных программах, представляют собой эмоционально насыщенные словесно-смысловые образования, обладающие высокой степенью субъективной значимости, что значительно повышает эффект суггестивного воздействия. Универсальные суггестивные установки стали основой для разработки стандартизованных психокоррекционных программ Комплекса «КОМБАТАНТ» разной целевой направленности и ориентированных под разные психотерапевтические задачи каждой входящей в Комплекс программы.

НСУ, встроенные в акустический канал коррекционных программ, автоматически закольцовываются и постоянно повторяться на протяжении воспроизведения сеанса психокоррекции. Количество повторов НСУ ограничивается их размером (длительностью звучания) и временем продолжительности сеанса психокоррекции. В коррекционных программах, входящих в Комплекс «КОМБАТАНТ», количество повторов НСУ (при проведении 12-тиминутного сеанса психокоррекции) с учетом применяемого эффекта реверберации находится в пределах – от 420 до 560 в каждом канале (в правом и левом канале использованы разные по содержанию, но комплементарные по смыслу НСУ).

При этом, как правило, в одном из каналов используется семантика НСУ основных суггестивных установок, т.е. именно тех, которые несут в себе целевой смысл воздействия, а в другом канале используется семантика, направленная на смысловое усиление целевого воздействия и на создание необходимого психофизиологического состояния (контекстуальные суггестивные установки). По содержанию смыслового воздействия НСУ можно разделить на мотивирующие, личностно-реконструктивные, десенсибилизирующие и др. При этом НСУ включают не обязательно только слова и словосочетания, но и любую значимую звуковую информацию: семантизированные звуки, эмоциональные звуки (примерами таковых могут служить смех ребенка, восклицания одобрения и пр.).

Учитывая, что эффективность воздействия неосознаваемых суггестивных установок в большой степени зависит от лингвистических характеристик (интонационных, голосовых, темпа и мелодики речи, особенностей фонации), озвучивание НСУ производилось с учетом целевой направленности каждой коррекционной программы. В озвучивании принимали участие специалисты (психотерапевты, психологи, педагоги), обычные люди с необходимыми голосовыми и интонационными характеристиками, дети, а также профессиональные дикторы и профессионалы озвучивания. Например, часть семантического материала в коррекционных программах была озвучена Заслуженным артистом России Владимиром Левашёвым.

Суггестивная информация в коррекционных программах, предъявляемая через графический интерфейс и через акустический канал, либо тождественна, либо комплементарна по смысловой нагрузке.

Образотерапия

Уже столетия назад врачи древнего Востока использовали созерцание шедевров живописи, как лечебный и достаточно результативный метод. Начиная с середины XIX века европейские врачи также стали применять в своей практике лечение изобразительным искусством. Так в одной из крупных больниц Лондона провели интересный эксперимент. Не только коридоры и холлы, но и больничные палаты клиники украсили разными по жанру и стилю картинами. Некоторое время спустя среди пациентов был проведен опрос, и обнаружилось, что 80% из них считают, что живопись улучшала их настроение и отвлекала от проблем со здоровьем. В другой клинике Англии попытались выяснить, как влияют шедевры живописи на пациентов отделения онкологии. Больных, после предварительных тестов, разделили на три группы, одна из которых слушала музыку, вторую окружали картины, а третья проходила обычный курс лечения. Проведя обследование, врачи отметили значительное улучшение психологического состояния у больных, слушавших музыку и смотревших на полотна художников – чувство подавленности и страха уменьшилась на 32%. У пациентов, которые принимали лишь лекарства, настроение осталось прежним. Еще более наглядными были получены результаты, у той же категории пациентов, в Королевском госпитале Аделаиды, Австралия. Дэвид Эванс провел ряд экспериментов, применив терапию искусством, в ходе которых выяснилось, что больным, получавшим лечебные «дозы» музыки или живописи, стало требоваться меньше обезболивающих препаратов, чем прежде, т.е. снизилась медикаментозная нагрузка, что позволило снизить интоксикацию от химиотерапии. Помимо этого, у пациентов было отмечено снижение кровяного давления, что, во-первых, являлось показателем снижения общей напряженности, а, во-вторых, также способствовало снижению приема медикаментозных гипотензивных препаратов.

По мнению британских исследователей, поход к психоаналитику смело можно заменить походом в картинную галерею – произведения как мировой, так и современной живописи влияют на психику человека уникальным образом. Так в проведенных ими исследование, в ходе которого сканировали мозг группе добровольцев во время просмотра ими полотен великих художников, было зафиксировано, что во время просмотра активность мозга была подобна той, что испытывает мозг человека в моменты влюбленности. Кроме того, обнаружено повышение в крови гормона дофамина, связанного с положительным эмоциональным состоянием.

С течением времени виды изобразительного искусства стали расширяться, была изобретена фотография, которая постепенно по своему художественному содержанию и эмоциональному воздействию на зрителя стала успешно конкурировать с произведениями живописи. Фотоизображения начали применяться и в арт-терапии наряду с картинами художников. И вот, в 1977 году журнал Psychology Today опубликовал заметку, в которой говорилось о новой методике в психотерапии – использование фотографии в качестве психотерапевтического инструмента. Новое психотерапевтическое направление было названо авторами «фототерапия». Здесь необходимо сделать примечание, что термин «фототерапия» используется также для другого, физиотерапевтического, метода, состоящего в том, что пациент подвергается воздействию солнечного света или яркого света от искусственных источников с определёнными длинами волн (хотя более правильно называть данный метод «светолечение» или «светотерапия»). Основная суть фототерапии заключается в том, что фотография, как и любой внешний стимул, задействует при восприятии, помимо осознаваемых процессов, неосознаваемые ассоциации. Чем более содержательно изображение, чем оно более насыщено эмоционально значимыми образами, тем больше актуализируются в бессознательной сфере ассоциативные образы, воспоминания, переживания. В этот момент происходит неосознаваемая переработка блокированных в психике застойных аффективных состояний и переживаний, и их переструктурирование (рефреминг) в соответствии с суггестивным воздействием, встроенным в аудио- и видеоряд программы.

Фотоизображения, используемые в коррекционных программах Комплекса «КОМБАТАНТ» в виде «всплывающих кадров», проходили специальный экспертный анализ не только на предмет содержательной и эстетической стороны изображенных на них объектов, но, и это самое главное, на наличие символической составляющей изображений. Для человека многие объекты несут в себе глубокий символический смысл, который сформировался в процессе онтогенеза и антропогенеза на архаичном уровне психики. Так, символическое содержание вида гор и скал связано с ощущением уверенности, устойчивости, стабильности и надежности; вода, водные потоки связаны с очищением и оздоровлением; открытые пространства, небо – с состоянием свободы, расслабления, спокойствия; дороги, уходящие вдаль, – символ движения, активности, планов и надежд.

Таким образом всплывающие кадры, используемые в коррекционных программах, являются не просто фотографическими отображениями реальных объектов, а зрительными стимулами (символами), воздействующими на бессознательное содержание психики и актуализирующими те состояния и переживания, которые необходимы для достижения эффекта в соответствии с целевым назначением каждой программы.

Библиотеки всплывающих кадров (количество фотоизображений в соответствующих папках), использованные в программах, избыточны, а изображения появляются в рандомизированном порядке, что при повторных сеансах исключает запоминание последовательности появляющихся фотоизображений и формирование проприоцептивных шаблонов зрительного восприятия, а, соответственно устраняет возникновение эффекта пресыщения.

СТРУКТУРА КОРРЕКЦИОННЫХ ПРОГРАММ

После запуска выбранной коррекционной программы начинает звучать фоновый звук (музыка), в который вмонтировано неосознаваемое аудиальное воздействие. Аудиальное воздействие (постоянно повторяющиеся НСУ) присутствует в фоновом звуке на протяжении всего воспроизведения коррекционной программы (схематично показано на Рис. 1).

Практически одновременно с постепенно нарастающей яркостью на экране возникает цветовой графический интерфейс в виде постоянно изменяющегося по цвету восьмигранника и вращающегося в его центре куба (фиксирующего на себе внимание). Цветовая окраска вращающегося куба также постоянно меняется в определенной последовательности и с определенной частотой.

После достижения необходимой яркости примерно через 15” от начала воспроизведения в центре графического интерфейса появляются кадры с неосознаваемым визуальным воздействием (их маскирование производится по алгоритму «расщепленных кадров»). Неосознаваемое визуальное воздействие сопровождает графический интерфейс на протяжении всего воспроизведения Коррекционные программы.

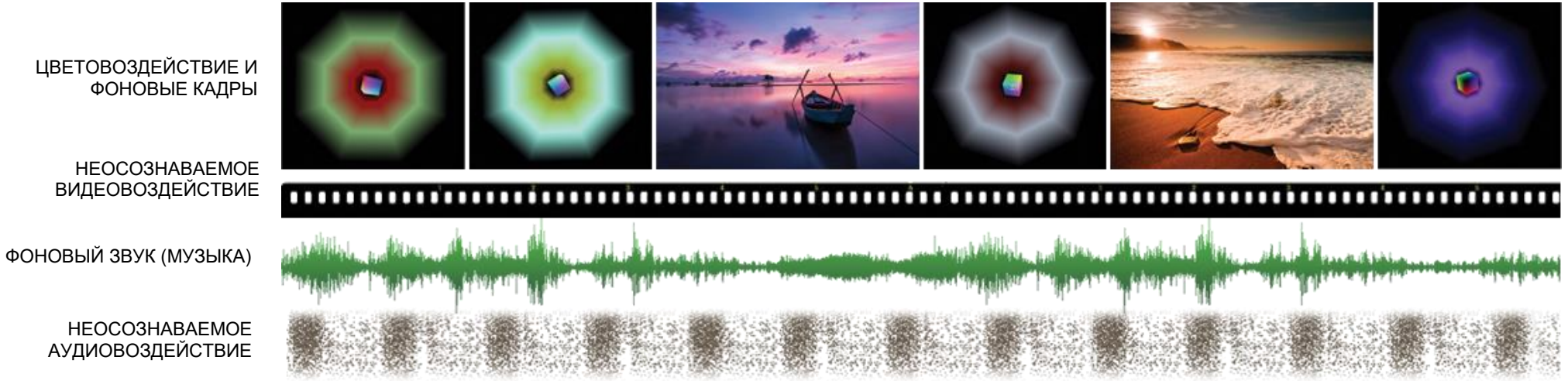


Рис. 4 Структура слоев коррекционной программы

В среднем через 60” от начала воспроизведения (в разных программах временные параметры немного отличаются) в области вращающегося куба начинают появляться «всплывающие» кадры с различными тематическими изображениями. В каждой программе тематические сюжеты «всплывающих» кадров различные, а семантика изображений соответствует целевому назначению программы. При каждом новом воспроизведении одной и той же программы набор изображений «всплывающих» кадров меняется (кадры выбираются самой программой из специально подобранных библиотек). Частота появления кадров 1 кадр в 24”. Продолжительность экспозиции каждого «всплывающего» кадра – 8”. Во временных промежутках между появлением «всплывающих» кадров продолжается реализация вращающегося куба. Воспроизведение «всплывающих» кадров заканчивается за 60” до окончания сеанса.

В завершении сеанса происходит постепенное затихание музыки и снижение яркости цветового графического интерфейса до их полного исчезновения.

ИНСТРУКЦИЯ

Общие положения

Комплекс «КОМБАТАНТ» разработан специально для психологической коррекции и реабилитации лиц, находившихся в условиях боевых действий, и имеющих различные психоэмоциональные, поведенческие, личностные и функциональные расстройства и нарушения, прямо или косвенно связанные с участием в боевых действиях.

Комплекс содержит 6 психокоррекционных программ различного целевого назначения, направленных на психологическую коррекцию различных проявлений и последствий боевой психической травмы. Комплекс «КОМБАТАНТ» может применяться в качестве самостоятельной и самодостаточной психологической (коррекционной) методики, а также в качестве комплементарного метода, дополняющего любые психологические и психотерапевтические методы, повышающего их эффективность. Коррекционные программы могут быть использованы как в индивидуальной работе с пациентами, так и для проведения групповых сеансов психокоррекции.

Уровень громкости при проведении сеансов не имеет значения для восприятия вмонтированной в программы суггестивной информации. Необходимо выставлять оптимальный уровень громкости, который не будет раздражать и мешать погружению в состояние релаксации.

Суггестивная информация вмонтирована в аудиотреки программ на 2-х уровнях маскирования – подпороговом (полностью неслышимом на уровне сознания) и на околопороговом. Этот уровень вмонтированного воздействия может быть слышим либо в виде легкого потрескивания, либо даже в виде отдельных обрывков слов. Особенно это может проявляться, если использовать наушники. Данный факт никак не влияет на психокоррекционную эффективность программ и, по пердшествующему опыту применения, не мешает пациентам.

Рекомендации по оснащению помещений для проведения сеансов психокоррекции

Помещения, в которых планируется проводить сеансы психокоррекции, должны быть изолированными от шума, должна быть возможность затемнения (плотные шторы, или жалюзи), удобные сидения – либо кресло-трансформер (реглайнер), позволяющие выбрать комфортную для прохождения сеанса позу, либо классическое кресло (для положений сидя, или полулежа). Помещения для групповых сеансов (аудитории) должны быть оснащены либо кушетками, либо креслами: кресло-трансформер, или классическое кресло для положения полулежа.

Сеансы можно проводить, используя внешние акустическую систему (активные динамики, акустические колонки), либо наушники. Не рекомендуется проводить сеансы, используя встроенную в ноутбук акустическую систему, т.к. она имеет, как правило, недостаточно качественные акустические характеристики воспроизведения звука. Наушники можно использовать и индивидуально, и при проведении групповых сеансов в аудитории, если оснастить ими каждое посадочное место. При использовании наушников можно придерживаться следующих параметров при их выборе:

- конструкция – закрытые,
- автономность (для беспроводных наушников) не менее 8 ч.,
- частотный диапазон – 20-20000 Гц,
- чувствительность от 89 дБ,
- импеданс – 32 Ом.
- подключение к источнику выполняется либо по Bluetooth 5.0 с радиусом действия не менее 10 м., либо с помощью провода.

При проведении индивидуальных сеансов в качестве экрана можно использовать монитор, в том числе монитор ноутбука, хотя более желательно выводить изображение на экран большего размера, позволяющий пациенту находиться от него на удалении не менее 90 см. Для этого можно использовать второй монитор, соединенный с ноутбуком кабелем HDMI.

При проведении групповых сеансов психокоррекции в небольших аудиториях (на 9 – 12 мест) необходимо обеспечить расстановку кресел таким образом, чтобы передние ряды не мешали обзору сидящим сзади. Для данных аудиторий должен быть использован жидкокристаллический экран с диагональю не менее 75" (надо иметь виду, что у экранов 98” и больших размеров цена резко повышается). Ориентировочные параметры экрана:

- разрешение HD, 4K UHD,
- частота обновления экрана – 120 Гц,
- яркость – 1500 кд/м²,
- цвет корпуса лучше выбрать черный, чтобы не было бликов от возможных посторонних источников света по периметру экрана.

При проведении групповых сеансов психокоррекции в больших аудиториях (залах) необходимо использовать либо жидкокристаллический экран больших размеров (для обеспечения угла обзора не менее 30°), либо высококачественные проекторы (параметры необходимо подбирать исходя из проекционного расстояния до экрана).

При использовании жидкокристаллического экрана необходим кабель HDMI для связи с ноутбуком (компьютером), с которого будет передаваться информация на экран. Важно учитывать, что кабель не должен превышать по длине 5 м, иначе качество передачи информации резко падает, поэтому передающий ноутбук должен располагаться недалеко от основного экрана, при этом его монитор не должен быть повернут к аудитории и желательно его изолировать, чтобы он не вызывал световых помех.

Рекомендации по подготовке пациентов к курсу психокоррекции

У многих людей, не имевших ранее отношения с психологами и психотерапевтами, присутствует определенная настороженность, скептицизм, недоверие и даже негативизм в ситуациях, когда возникает необходимость этого контакта. Данные проявления, по ряду причин, в значительно большей степени характерны именно для данной категории пациентов – участников боевых действий.

В связи с этим, перед проведением первого сеанса пациентам необходимо в вкратце объяснить, в чем заключаются сеансы психокоррекции и для чего они проводятся. Свое сообщение можно построить в соответствии с предлагаемым ниже планом.

- Во-первых, можно несколько слов понятным языком сказать о целях психологического вмешательства, о том, для чего вообще оказывается психологическая помощь пациентам, которые являлись участниками боевых действий, и в чем она заключается логическая помощь. Можно несколько слов сказать о технологии неосознаваемого семантического воздействия и о том, какие результаты следует ожидать после прохождения курса сеансов.
- Во-вторых, учитывая опасения многих пациентов в стигматизации по критерию психического здоровья, необходимо объяснить, что сеансы психокоррекции совершенно не означают наличие психических расстройств. Что различные проблемы с эмоциональным состоянием, настроением, повышенной тревожностью, раздражительностью, нарушениями сна и пр. существуют в той или иной степени практически у всех людей. А длительное пребывание в условиях хронического стресса, условиях, связанных с повышенным уровнем опасности, усиливают эти проблемы. Поэтому сеансы психокоррекции проводятся для того, чтобы максимально снизить последствия патогенного влияния этого стрессового воздействия.
- В-третьих, необходимо пояснить, что сеансы психокоррекции не обладают сиюминутным эффектом. Можно привести образные примеры, что это не таблетка анальгина, которую принял, и через полчаса голова прошла. Можно даже пошутить, что это не стакан водки, который принял, и буквально сразу почувствовал улучшение настроения. И здесь как раз пояснить преимущество психокоррекционных процедур – подчеркнуть, что они проводятся не для временного сиюминутного эффекта, а для стабильного улучшения эмоционального состояния. И чтобы получить этот результат, необходимо пройти полностью назначенный специалистом курс сеансов. При этом во время проведения сеансов от пациентов не требуется внимательно во что-то всматриваться или вслушиваться – от этого лечебный эффект не усилится. Надо просто погрузиться в максимально расслабленное состояние.
- После этого можно перечислить основные проблемы, которые характерны для данной категории пациентов, на которые направлены коррекционные сеансы. Надо еще раз подчеркнуть, что регулярное посещение назначенных сеансов будет постепенно снижать уровень напряженности и тревоги, устранит повышенную раздражительность, стабилизирует эмоциональное состояние, и настроение, нормализует сон. Перечень решаемых проблем, конечно, можно редактировать и дополнять в зависимости от контингента пациентов и от выбранных коррекционных программ.
- И в завершении необходимо отметить, что эффект коррекционного курса будет проявляться не только в процессе его проведения, а сохранится и после окончания курса навсегда. И при этом уточнить, что в возникающих впоследствии сложных жизненных ситуациях пациенты, прошедшие курс, будут сохранять более высокую эмоциональную стабильность, стрессоустойчивость и уверенность в себе.

Рекомендации по проведению курса психокоррекции

Полное воспроизведение одной программы (12 минут) соответствует одному коррекционному сеансу. Продолжительность коррекционных программ обусловлена возможностью их использования в режиме обычных сессий психотерапевтического вмешательства, которые, как правило составляют 40 – 60 минут, за счет чего остается время на применение других психотерапевтических методик и манипуляций.

При необходимости специалист может по своему усмотрению увеличивать время коррекционных сеансов за счет их повторного воспроизведения, либо за счет проведения сеансов, включающих комбинацию из разных программ (см. ниже). Не рекомендуется проведение более 2-х, максимум 3-х, повторных сеансов одной и той же коррекционной программой за одну психотерапевтическую сессию во избежание появления эффекта пресыщения (исключение – см. ниже).

Коррекционные сеансы можно проводить в начале психотерапевтической сессии, в ее завершении, либо на любом этапе ее проведения. Проведение сеансов в начале психотерапевтической сессии рекомендуется в тех случаях, когда со стороны пациента обнаруживается осознанный негативизм, либо неосознанное сопротивление (обычно и то, и другое) контакту со специалистом. Это часто встречаемое проявление у данной категории пациентов, обусловленное многими причинами, среди которых и опасения стигматизации. Применение технологии неосознаваемого воздействия позволяет преодолеть этот коммуникативный барьер. Если же между специалистом и пациентом установился психотерапевтической альянс и достигнут достаточный комплаенс, то разумнее проводить сеансы в завершении психотерапевтической сессии, т.к. после коррекционных сеансов часто отмечается «эффект шлейфа» (см. ниже), что может стать помехой к полноценному психотерапевтическому контакту в случае проведения сеанса в начале сессии.

Коррекционные сеансы можно проводить и без дополнительных психотерапевтических манипуляций в качестве самостоятельной процедуры. Особенно это удобно и целесообразно при проведении групповых сеансов психокоррекции.

Курс психокоррекции одной выбранной коррекционной программой должен включать проведение нескольких сеансов. Рекомендуемая продолжительность коррекционного курса одной программой должна составлять не менее 5-6 коррекционных сеансов. Рекомендуемая максимальная продолжительность курса – 12 коррекционных сеансов.

Рекомендованный режим проведения сеансов психокоррекции может быть либо два раза в день (например, утром и вечером, либо в период послеобеденного отдыха и вечером), либо один раз в день (лучше в период после обеда, или вечером), либо через день. Данное требование, также, как и рекомендуемая продолжительность коррекционного курса, не является жестким и, по усмотрению специалиста, режим проведения сеансов может быть адаптирован к конкретным условиям (например, в амбулаторных условиях можно проводить сеансы в ежедневном режиме 5 рабочих дней с перерывом 2 дня в выходные дни).

В некоторых случаях продолжительность курса психокоррекции может быть неограниченно увеличена (более 12 коррекционных сеансов) – на усмотрение сопровождающего специалиста. Увеличение продолжительности курса может быть необходимо, во-первых, в случаях, обусловленных большей ригидностью психических процессов, например, у лиц зрелого возраста, во-вторых, у пациентов, у которых за счет длительно пребывания в условиях боевого стресса происходит глубокая фиксация психотравмирующих ситуаций и стереотипизация соответствующих им патопсихологических проявлений (эмоциональных, когнитивных, поведенческих), и, наконец, увеличение продолжительности курса может быть необходимо у пациентов с органическими психическими расстройствами, которым свойственна низкая пластичность психических процессов. При этом необходимо учесть, что к последней категории могут быть отнесены не только пациенты, имеющие в анамнезе повреждения головного мозга вследствие участия в боевых действиях (сотрясения, ранения, контузии и пр.), а и пациенты с органическими расстройствами другой этиологии, например, в результате употребления алкоголя, вследствие употребления других психоактивных веществ, вследствие хронического токсического воздействия выхлопных газов, продуктов горения и пр.

Поэтому при сопровождении пациентов с торпидным течением заболевания, трудно поддающихся лечению, не имеющих заметных улучшений при применении методов психотерапевтического вмешательства, мы можем рекомендовать либо длительный курс психокоррекции (продолжительность на усмотрение сопровождающего специалиста), либо повторные более короткие курсы с перерывами 2 – 3 недели до достижения необходимого эффекта. Данный режим, естественно, не всегда бывает возможно реализовать в условиях стационара из-за его большой продолжительности, поэтому в этих случаях можно начинать курсы психокоррекции в условиях стационара, и уже потом продолжать в амбулаторных условиях. Либо в условиях амбулаторного лечения в реабилитационном центре составить план повторных курсов продолжительностью по 6 – 9 (или более) сеансов. Также необходимо учитывать, что для данных пациентов только проведение курса психокоррекции с использованием программ Комплекса «КОМБАТАНТ», как правило, будет недостаточно. В этих случаях

психолого-психиатрическая реабилитация должна носить комплексный характер с использованием различных методов психотерапии, медикаментозной терапии и, возможно, других методов реабилитации.

При проведении психокоррекционного сеанса необходимо учитывать, что непосредственно после его окончания могут отмечаться состояния релаксации, незначительного замедления реакций и даже сонливости («эффект шлейфа»). Это состояние может продолжаться от нескольких минут до 2-х часов). Эти состояния релаксации не несут в себе никаких негативных последствий и переживаются как ощущение легкости и спокойствия. Из этого следует, что пациенты по завершении сеанса не очень готов к проявлениям активности, в том числе к психотерапевтическому контакту. Поэтому при использовании коррекционных сеансов в режиме обычных сессий психотерапевтического вмешательства мы рекомендуем перенесение самого сеанса на завершающий этап сессии. То же самое относится к ситуации, когда пациент проходит комплекс реабилитационных процедур, например, физиотерапию, лечебную физкультуру и пр. Проведение коррекционных сеансов в этом случае также рекомендуется по завершении всех процедур.

Наконец, последняя рекомендация, которая в большей степени относится к условиям стационара и санатория. Учитывая, что сеансы психокоррекции можно проводить в аудиториях для группы пациентов с однотипными расстройствами, возможен вариант, когда после завершения сеанса пациенты будут переходить в естественный сон. Это, во-первых, улучшит усвоение коррекционной (суггестивной) информации, за счет исключения по завершении сеанса зашумляющего эффекта посторонних информационных потоков, а, во-вторых, усилит и закрепит релаксирующее и транквилизирующее воздействия, которые содержит каждая программа. Данная рекомендация обусловлена тем, что все коррекционные программы обладают сомногенным эффектом (с чем и связан описанный выше «эффект шлейфа»). Для этого варианта помещения (аудитории), где будут проводиться сеансы, должны быть оснащены либо кушетками, либо удобными креслами (например, кресло-трансформер – реглайнер). Оптимальное время суток для проведения сеансов в данном режиме – послеобеденный отдых. В этом варианте возможно повторное воспроизведение одной коррекционной программа 2 и более раз. Несмотря на отсутствие визуального воздействия в процессе сна, эффективность коррекционного воздействия при использовании только аудиального канала остается вполне достаточной.

Выбор психокоррекционных программ и их сочетаний при различных расстройствах

Для выбора нужной программы необходимо учитывать ее целевое назначение, для чего необходимо внимательно ознакомиться с описанием программ (см. «Описание коррекционных программ»), клиническую, патопсихологическую и психопатологическую картину расстройств у конкретного пациента, с которым проводится коррекционная работа (см. главу «Психологические и психиатрические показания…»). В главе «Психологические и психиатрические показания…» перечислены все показания к каждой коррекционной программе, в соответствии с которыми специалистом выносится решение о ее применении в конкретном случае. В показаниях приведена основная симптоматика, соответствующая целевому назначению программ. Это не значит, что у пациента, с которым планируется проведение курса психокоррекции, должен быть набор всех перечисленных в показаниях симптомов. Решение о выборе той или иной программы делает специалист самостоятельно, опираясь на наши рекомендации, на оценку состояния пациента и на свой собственный опыт.

Немаловажным является тот факт, что различные психологические и психиатрические синдромы, нарушения, расстройства, проявления дезадаптации, не всегда ограничены набором симптоматики какого-то одного симптомокомплекса из описанных в главе «Психологические и психиатрические показания…», и которому соответствует отдельная конкретная психокоррекционная программа. Чаще всего специалисты будут сталкиваться с сочетанными психическими расстройствами, с полиморфизмом их проявлений, с вторичными психологическими нарушениями. Многообразие психотипов, личностных особенностей, внешних условий и самих психогенных факторов обусловливают патоморфоз и патопластику расстройств, возможно (и чаще так бывает), «наслоение» одних расстройств на другие, формируя коморбидные расстройства. Поэтому проблемные ситуации, с которыми сталкиваются специалисты, как правило, не ограничиваются целевым назначением какой-то одной программы. Зачастую целесообразно будет назначение курса психокоррекции с использованием 2-х и более коррекционных программ.

Например, пациентам с нарушениями самооценки личности (как правило, это сниженная самооценка) помимо Программы № 5 «НСЛ», с большой долей вероятности потребуется и Программа № 1 «ТФР» для снижения уровня тревоги. У данных пациентов повышенный уровень тревоги, как правило, является одной из главных причин сниженной самооценки. А сама сниженная самооценка личности обязательно приводит к повышенной тревоге, что формирует своеобразный «порочный круг».

У пациентов с психосоматическими расстройствами, как правило, в клинической картине присутствует сочетание и повышенного уровня тревоги (хотя у данной категории пациентов энергия тревоги частично конверсируется в ипохондрические идеи), и депрессивных расстройств, и проявлений астении. Поэтому

данной категории пациентов помимо Программы № 4 «СФР» необходимо проведение курса психокоррекции Программами № 1 «ТФР» и № 2 «АДР».

У пациентов с психологическими последствиями приобретенных нарушений структур тела (ампутанты) с расстройствами астенического круга помимо Программы № 6 «ПРУ» необходимо проведение курса психокоррекции, как минимум, Программой № 5 «НСЛ», т.к. в большинстве случаев для данных пациентов характерна пониженная самооценка: они считают, что окружающие оценивают их внешность как неприятную и отталкивающую, а их самих, как "инвалидов" в крайне негативном коннотативе этого термина. А учитывая, что данных пациентов не обходят также депрессивные и тревожные расстройства в разной степени выраженности, которые проявляются такими симптомами, как аффективная подавленность, чувство вины, хроническая эмоциональная напряженность, то желательным было бы и проведение курса психокоррекции Программами № 1 «ТФР» и № 2 «АДР». При этом последовательность курсов должна быть следующей: № 1 «ТФР» – № 2 «АДР» – № 5 «НСЛ» – № 6 «ПРУ». Еще раз подчеркнем, что данная рекомендация может быть выполнена при достаточно продолжительном периоде сопровождения пациента. В случае ограниченных сроков приоритеты выбора коррекционных программ остаются за специалистом.

Здесь же необходимо заметить, что само наличие инвалидизации у пациентов-ампутантов не является прямым показанием к назначению Программы № 6 «ПРУ». Показаниями являются именно психические нарушения, а не физические (соматические). Так, у данных пациентов с психическими расстройствами стенического круга (см. с. 14 настоящего Руководства) одной из необходимых, а возможно и единственной, может быть рекомендована Программа № 3 «ДСР», особенно, если стенические проявления реализуются в повышенной возбудимости и склонности к экспансивным реакциям.

На самом деле, у любого пациента в клинической картине можно обнаружить в той или иной степени выраженности проявления расстройств и нарушений, присущих практически всем описанным симптомокомплексам. Это, конечно, не означает, что необходимо назначить курс психокоррекции, включающий все программы Комплекса «КОМБАТАНТ» (хотя, при возможности это абсолютно не исключается). Но, учитывая возможности и реальные условия, в которых происходит оказание психотерапевтической помощи, задачей специалиста является выбор в лучшем случае 2 – 3-х коррекционных программ, которые в наибольшей степени отвечают клинической картине расстройств у данного пациента.

Использование двух и более программ целесообразно еще и потому, что терапевтическая направленность (мишени психотерапевтического воздействия) разных программ в той или иной степени пересекается, и сочетание в курсе проводимой коррекции разных программ с различными, но дополняющими друг друга семантическими воздействиями, будет усиливать эффективность психотерапевтического вмешательства.

Что касается последовательности проведения курсов психокоррекции разными коррекционными программами, то наши советы в этом плане также носят рекомендательный характер. В соответствии с опытом наших клинических наблюдений мы расположили коррекционные программы в той последовательности, в которой желательно проводить коррекционные процедуры. Например, при выборе программ № 4 «СФР», № 1 «ТФР» и № 2 «АДР» курсы психокоррекции необходимо проводить в последовательности: сначала № 1 «ТФР», потом № 2 «АДР» и в завершении № 4 «СФР». Последовательность описанных синдромов и симптомокомплексов (и соответствующих им коррекционных программ) соответствует динамике развития невротических и психосоматических расстройств, которая имеет определенные закономерности для всех пациентов в силу универсальности психологических защит и психофизиологических реакций, выработанных у человечества в процессе эволюции (см. «гипотеза динамики развития невротических расстройств» на с. 12 настоящего Руководства).

Так, психосоматозы не могут возникнуть на чистом месте – им предшествует тревога и депрессия. В свою очередь, депрессия не может возникнуть без предшествующей тревоги. Нарушение самооценки личности также является следствием тревоги и депрессии, ровно, как и диссоциальное поведение, почвой для развития которого обязательно является тревога, побуждающая к превентивным защитным реакциям, выходящим за рамки конвенционального поведения.

Поэтому, возвращаясь к вопросу о последовательности проведения курсов психокоррекции разными коррекционными программами, мы советуем придерживаться того порядка, в котором эти программы представлены в Комплексе «КОМБАТАНТ», при этом напоминаем, что наш совет носит рекомендательный характер. В варианте выбора 2-х и более программ наибольший эффект будет, если последовательно провести сначала полный курс психокоррекции первой выбранной программой, после чего переходить к проведению курса следующей программой.

Другим вариантом использования в курсе психокоррекции разных коррекционных программ, является их последовательное воспроизведение при проведении каждого сеанса психокоррекции, т.е. при проведении сеанса можно последовательно запускать 2 коррекционные программы. Например, при коррекции диссоциальных расстройств поведения сначала запускать сеанс Программы № 1 «ТФР» и после него – сеанс Программы № 3 «ДСР». Это позволит сократить время всего курса. При данном подходе не рекомендуется в одном сеансе использовать более 2-х коррекционных программ во избежание диссоциации восприятия воздействующей информации, и, как следствие, снижения коррекционного эффекта.

Тактика психокоррекции при Постконтузионном синдроме и ПТСР

Несмотря на то, что коррекционные программы имеют не нозологическую, а симптоматическую и синдромологическую направленность воздействия, что достаточно полно описано в главе «Психологические и психиатрические показания…», мы решили вынести нозологические единицы (ПТСР и Постконтузионный синдром) в отдельную главу. Это связано, во-первых, с повышенным вниманием специалистов именно к этим нозологиям, а, во-вторых, с выраженным полиморфизмом их клинических проявлений, что вызывает множество вопросов по психологическому сопровождению и корректному психотерапевтическому вмешательству с использованием программ Комплекса «КОМБАТАНТ».

Постконтузионный синдром (классификация по МКБ 10: F07.2.)

Данное психическое расстройство в условиях боевых действий в большинстве случаев является следствием минно-взрывного поражения, и включает ряд различных симптомов, таких как головная боль, головокружение, раздражительность, возбудимость, утомляемость, истощаемость, трудность в сосредоточении и выполнении умственных задач, нарушение памяти, сниженная толерантность к стрессу, эмоциональным нагрузкам и алкоголю, диссомнические нарушения. Эти симптомы могут сопровождаться депрессией и/или тревогой, различными фобическими проявлениями, снижением самооценки, ипохондрической настроенностью в сочетании, как правило, с соматоформными и психосоматическими нарушениями. Такие проявления усиливают основные симптомы, в результате чего образуется порочный круг. Помимо общемозговых (диффузных) нарушений минно-взрывные контузии часто сопровождаются очаговой симптоматикой, соответствующей локализации очага поражения мозговой ткани (парезы, параличи, выпадение функций).

При этом последствия поражения организма в условиях минно-взрывного воздействия никогда не ограничивается только мозговой патологий. Организм человека в непосредственной близости от места взрыва сначала попадает в область сжатого воздуха, а затем в зону разрежения, в которой давление ниже атмосферного. На фронте взрывной волны происходит скачкообразное изменение давления, температуры и плотности среды, удары самой взрывной волной и удары при отбрасывании тела, сопровождающиеся дополнительными травмами. Помимо этого, результатом взрывного воздействия могут быть осколочные ранения, отрывы частей тела (травматические ампутации) и пр.

Т.е. в большинстве случаев у больных, перенесших минно-взрывное ранение, специалистам приходится иметь дело с сочетанной патологией и, как следствие, с различной гаммой психических реакций на эту патологию, которые усугубляют течение основного заболевания – постконтузионного синдрома и привносят самый широкий полиморфизм в проявления психических расстройств.

Наконец, у лиц, перенесших воздействие события или серии событий чрезвычайно угрожающего характера, тем более событий, вследствие которых была нарушена физическая целостность организма, с большой долей вероятности может развиться посттравматическое стрессовое расстройство (см. ниже), как коморбидная патология, что будет усугублять клиническую картину и значительно затруднять реабилитационные мероприятия.

Поэтому психотерапия с использованием Комплекса «КОМБАТАНТ» при постконтузионном синдроме, тем более осложненном сочетанной патологией, может требовать включение практически всех психокоррекционных программ. И, учитывая, что данный подход не всегда может быть выполним в реальных условиях, задачей специалиста является, во-первых, выбор основных направлений психотерапевтического вмешательства, т.е. выбор тех программ, которые в наибольшей степени соответствуют патопсихологическим и клиническим проявлениям, а, во-вторых, построение приоритетов в алгоритме психотерапевтических процедур, в данном случае речь идет о последовательности проведения курсов различными коррекционными программами.

В качестве рекомендации мы можем предложить следующие схемы проведения коррекционных сеансов.

При относительно «изолированном» постконтузионном синдроме ведущими выступают, как правило, астено-депрессивные расстройства, а на второе место выходят диссоциоальные расстройства поведения, связанные со сниженной устойчивостью к стрессорным воздействиям, повышенной раздражительностью и возбудимостью. В соответствии с этим, оптимальной схемой проведения курса психокоррекции будет на первом этапе – Программа № 2 «АДР», и на втором этапе – Программа № 3 «ДСР». Количество сеансов каждого курса определяется динамикой состояния и организационно-временными возможностями.

При постконтузионном синдроме, осложненном повышенной тревогой, фобическими расстройствами, диссомническими нарушениями, снижением самооценки, оптимальной схемой проведения курса психокоррекции будет на первом этапе – Программами № 1 «ТФР», на втором этапе – Программа № 2 «АДР» и на третьем этапе Программа № 5 «НСЛ».

При наличии сочетанной патологи, когда картина заболевания помимо собственно постконтузионного синдрома включает весь спектр психологических нарушений, описанных выше, включая реакцию на телесные повреждения, желательным было бы проведение курса психокоррекции всеми программами. При этом, для оптимизации и сокращения срока реабилитации, рекомендуется объединять по 2 программы в 1 сеанс. Например, на первом этапе – Программы № 1 «ТФР» и № 2 «АДР» (и лучше всего начинать именно с них), на втором этапе – Программа № 3 «ДСР» и № 5 «НСЛ» и на третьем этапе – Программа № 4 «СФР» и № 6 «ПРУ».

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) (классификация по МКБ 10: F43.1)

Так же, как и постконтузионный синдром, посттравматическое стрессовое расстройство обладает выраженным полиморфизмом клинических проявлений, вплоть до того, что многие авторы не склонны объединять входящие в него синдромы и симптомокомплексы в единую нозологию. ПТСР, как расстройство, которое может развиться после воздействия события или серии событий чрезвычайно угрожающего или ужасающего характера, не имеет четко очерченной патогномоничной симптоматики. Клинические проявления ПТСР зависят и от характера психотравмирующего воздействия, и от его продолжительности, и от последствий его воздействия, и от условий, в которых пострадавший оказался после перенесённого события, и от предиспонирующих факторов, например, личностные особенности и пр.

К основным характерным признакам ПТСР, как было описано выше, относятся навязчивые воспоминания травмирующего события (событий), охранительное поведение – избегание мыслей, воспоминаний, ситуаций или людей, напоминающих о событии (событиях), сверхнастороженность, повышенная неконтролируемая реакция на внешние раздражители, нарушение контроля проявления эмоций и поведения, стойкое снижение самооценки. При этом, так же, как и в случае постконтузионного синдрома, на течение заболевания в значительной степени влияют возможные сопутствующие факторы, к которым могут относиться приобретенное отсутствие структур тела, физические увечья.

В качестве рекомендации по сопровождению пациентов с ПТСР мы можем предложить следующие схемы.

При постконтузионном синдроме, выраженном повышенной тревогой, фобическими расстройствами, диссомническими нарушениями, снижением самооценки, оптимальной схемой проведения курса психокоррекции будет на первом этапе – Программами № 1 «ТФР», на втором этапе – Программа № 2 «АДР» и на третьем этапе Программа № 5 «НСЛ».

При ведущей симптоматике в форме повышенной тревоги в сочетании с неконтролируемыми реакциями на внешние раздражители и с нарушением конвенционального поведения, оптимальной схемой проведения курса психокоррекции будет на первом этапе – Программа № 1 «ТФР», на втором этапе – Программа № 3 «ДСР», и далее, при наличии времени и возможности, программы, соответствующие менее выраженной патологии.

При ведущей симптоматике в форме астено-депрессивного расстройства в сочетании с неконтролируемыми реакциями все равно на первом этапе необходима Программа № 1 «ТФР», т.к. именно вытесненная (депрессией) тревога является первопричиной и астено-депрессивного расстройства и повышенной реактивности, как защитной формы поведения, на втором этапе – Программа № 2 «АДР» и только на третьем этапе – Программа № 3 «ДСР».

При наличии множественной сочетанной патологи, как в случае постконтузионного синдрома, также желательно проведение курса психокоррекции всеми программами, при этом рекомендуется объединять по 2 программы в 1 сеанс, как это описано выше.

Окончательный выбор тактики психотерапевтического вмешательства, направлений коррекционных программ, количества сеансов и продолжительности курса остается за сопровождающим специалистом.

КОМПЛЕКТАЦИЯ

В варианте ПО (USB-версия):

1. USB-флеш-накопитель с записью:
    - Дистрибутива программы «КОМБАТАНТ»,
    - Инструкции по установке программы,
    - Руководства для специалиста,
    - Описание программ,
    - Презентация_КОМБАТАНТ.ppsx
2. Распечатанные материалы:
    - Сертификат на продукцию,
    - Лицензия, дающее право на коммерческое использование,
    - Гарантийное обязательство,
    - Инструкция по установке программы.
3. Упаковка (коробка размером 220x150x25 мм), Вес 90 г.

В варианте программно-аппаратного комплекса (ПК-версия):

1. Ноутбук с предустановленной копией программы.
2. USB-флеш-накопитель с записью:
    - Дистрибутива программы «КОМБАТАНТ»,
    - Инструкции по установке программы,
    - Руководства для специалиста.
    - Описание программ,
    - Презентация_КОМБАТАНТ.ppsx
3. Распечатанные материалы:
    - Сертификат на продукцию,
    - Лицензия, дающее право на коммерческое использование,
    - Гарантийное обязательство,
    - Инструкция по установке программы.
4. Упаковка (коробка), Вес 2000 г.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПРИОБРЕТАТЕЛЯ

К Комплексу «КОМБАТАНТ» прилагаются «Сертификат соответствия» и «Лицензия». При покупке Комплекса необходимо вписать (или впечатать) в Лицензию дату приобретения и свои данные (персональные или наименование организации) в графу «Лицензиат».

Лицензия предоставляет приобретателю возможность на коммерческое использование Комплекса «КОМБАТАНТ» в соответствии с п. 2 Лицензии. В противном случае коммерческое использование комплекта Коррекционные программ будет противоречить Гражданскому Кодексу Российской Федерации (часть IV).

По просьбе приобретателя Комплекса «КОМБАТАНТ» мы можем выслать перечень и заверенные ксерокопии официальных документов (результатов апробаций, отзывов, патентов и других официальных документов).

По нашим контактам на сайте можно сделать индивидуальный заказ на разработку коррекционной программы любой целевой направленности.

Помимо этого, мы открыты для партнерских и научных отношений в любых направлениях сотрудничества.

ОФИЦИАЛЬНАЯ СПРАВКА

Метод неосознаваемой психокоррекции разработан сотрудниками Московской Медицинской Академии им. И.М. Сеченова (ныне Первый МГМУ им. И.М. Сеченова) и Московского Государственного Университета им. М.В. Ломоносова совместно с Институтом Медико-Биологических Информационных Технологий.

Разработка метода неосознаваемой психокоррекции проводилась с 1982 г. в лаборатории Психокоррекции Московской Медицинской Академии им. И.М. Сеченова в соответствии с планом НИР: **“**Разработка комплексных нелекарственных индивидуально-ориентированных технологий лечения пограничных психических и психосоматических расстройств”, № Госрегистрации: 01910039949

Федеральной службой по интеллектуальной собственности РФ выданы патенты и свидетельства на метод неосознаваемой психокоррекции и способы его применения в различных областях медицины и психологии:

- «Способ воздействия на психофизиологическое состояние человека» Патент РФ на изобретение № 2162348 от 21.01. 2001 г.
- «Способ трансформации вербальной аудиоинформации на уровень подпорогового восприятия при психофизиологическом воздействии», Патент РФ на изобретение № 2124371 от 10.01. 1999 г.
- «Способ комплексной психотерапевтической подготовки беременных к родам», Патент РФ на изобретение № 2515763 от 18.03. 2014 г.
- «Sound Overtone Modulation of Voice Information (SOMVI-mix)” Свидетельство Роспатент РФ № 2003611902 от 15.08. 2003 г.
- «САНАТА – метод аудиовизуальной психокоррекции» Свидетельство Роспатент РФ № 2017611551 от 16.12. 2016 г.
- «Программа реализации алгоритма проведения неосознаваемой аудиальной психокоррекции» Свидетельство Роспатент РФ № 2017613540 от 21.03. 2017 г.
- «Способ психофизиологического воздействия», Патент РФ на изобретение № 2756158 от 28.09. 2021 г., приоритет от 21.12. 2020 г.
- «Комплекс КЛАССИКОР» Свидетельство Роспатент РФ № 2023616171 от 23.03. 2023 г.

Метод утвержден Министерством Здравоохранения РФ:

- Выписки из протоколов заседания секции Психиатрии Ученого Совета Минздрава России от 26.11. 1997, от 23.06. 1999 и от 01.06. 2004.
- Методические пособия для врачей от 1997 г. и от 1999 г.

Метод неосознаваемой психокоррекции включен в программу профессиональной подготовки специалистов:

- с 1998 года метод включен в учебную программу профессиональной подготовки врачей психотерапевтов и медицинских психологов в рамках дополнительного профессионального образования.

Метод неосознаваемой психокоррекции апробирован на клинических и лечебных базах:

- ГБУ «Научно-практический психоневрологический центр» Департамента здравоохранения города Москвы (Клиника неврозов),
- ФМБА России (структурные подразделения),
- ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова,
- ГБУ Московский городской центр пограничных состояний на базе Психиатрической клинической больницы имени Ю.В. Каннабиха Департамента здравоохранения города Москвы
- Психиатрическая клиника им. С.С. Корсакова (клиническая база Первого МГМУ им. И.М. Сеченова),
- ФБУЗ Лечебно-реабилитационный центр Санаторий «Вороново» Минэкономразвития России,
- ФГКУ Центральная поликлиника Федеральной службы безопасности Российской Федерации,
- ФКУЗ Центральная поликлиника ФСБ России (Москва),

- ГАУЗ Кузбасский клинический госпиталь для ветеранов войн,
- ФКУЗ «Санаторий «Сокол» МВД России,

а также в других лечебных учреждениях

Метод также апробирован в немедицинских организациях:

- Академия управления МВД России,
- «РОСАТОМ» Государственной корпорации (АО «УЭХК» - Уральский электрохимический комбинат),
- СУЭК (Сибирская угольная энергетическая компания),
- ФГБУ «Школа Олимпийского резерва» (Кисловодск),
- Гомельский Государственный университет имени Франциска Скорины (Беларусь)
- Федеральная служба исполнения наказаний России (психологическая служба ведомства),
- Учреждения Департамента социальной защиты,
- Общеобразовательные и воспитательные учреждения и др.

Международный Форум «Армия-2023»

- 18 августа на Круглом столе Международного Форума «Армия-2023», посвященном вопросам психологической реабилитации участников СВО, был сделан доклад о результатах разработки и применения на практике Комплекса «КОМБАТАНТ».

Метод утвержден Российским Центром Испытаний и Сертификации:

- Психокоррекционный инструментарий, выпускаемый Институтом Медико-Биологических Информационных Технологий, является единственным, который создаются в соответствии с Техническими Условиями, утвержденными Российским Центром Испытаний и Сертификации (ТУ 5088-012-74495715-2008 от 19.06. 2008 г.)

Звуковой фон Коррекционных программ создан с использованием музыки:

- Северина С.А. («Eguana»). (Лицензионные договоры: № 06/11 от «09» декабря 2011 г., № 06/11 от «13» февраля 2019 г., № 03 / 20 от «17» марта 2020 г.)
- Кучинова П.А. («PAKU»). (Лицензионные договоры: № 03/23 от «09» июня 2023 г.)

Озвучание неосознаваемых суггестивных установок проводилось:

- с участием Заслуженного артиста России Владимира Левашёва,
- а также при участии профессиональных психотерапевтов, актеров, дикторов.

Мастер-программа разработана:
ООО Институт Медико-Биологических Информационных Технологий. Россия

Фирма разработчик:
ООО Институт Медико-Биологических Информационных Технологий. Россия

Все права принадлежат:
ООО Институт Медико-Биологических Информационных Технологий. Россия

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

При подготовке руководства использованы источники:

1. Иванов А., Рубцов В., Жуматий Н., Давлетшина М., Психологические последствия участия военнослужащих в боевых действиях в Чеченской Республике и их медико-психолого-социальная коррекция / Московский Психотерапевтический Журнал, 2003, №4, (стр. 146 – 152)
2. Ичитовкина Е.Г., Психическое здоровье комбатантов Министерства внутренних дел в экстремальных условиях оперативно-служебной деятельности / Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук, 2016 - 292 с.
3. Каменченко П.В., Психические нарушения при травматических ампутациях конечностей (клиника, динамика, типология и терапия) / диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук,1992
4. Китаев-Смык Л.А., Стресс войны: Фронтовые наблюдения врача-психолога / Министерство культуры РФ. Российский институт культурологии. - М., 2001. - 80 с.
5. Котенёв И.О., Психологическая диагностика посттравматических стрессовых состояний (ОСР и ПТСР) / Журнал практического психолога №2, 2019 Специальный выпуск «Специфика работы с участниками боевых действий», (стр. 41 – 58)
6. Крохмалёв А.В., История развития научных взглядов на боевую психическую травму / Журнал практического психолога №2, 2019 Специальный выпуск «Специфика работы с участниками боевых действий», (стр. 8 – 17)
7. Снедков Е.В., Патогенез и нозография боевой психической патологии / Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург http://psychiatry.spsma.spb.ru
8. Сыропятов О.Г., Дзеружинская Н.А. О концепции «боевых психических расстройств» / Журнал Социальная и клиническая психиатрия, 2020, т. 30 №3 Институт психиатрии МЗ Украины, Киев Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев, (стр. 68 – 72)
9. Шамрей В.К., Марченко А.А., Дрига Б.В., Маркин К.В., Моисеев Д.В., Исходы стационарного лечения посттравматического стрессового расстройства у комбатантов / Журнал Современная терапия психических расстройств. – 2022. – № 3. – С. 14–24.

Научный коллектив,

разработавший Комплекс «КОМБАТАНТ»,

искренне желает Вам здоровья,

и психологического благополучия !

Институт Медико-Биологических
Информационных Технологий (ИМБИТ)

Тел.: + 7 (495) 3649186
Сайт Института: https://имбит.рф
Онлайн-магазин: https://somvi.ru
Эл. адрес: imbit_info@mail.ru

Клиническая база:

МОСКВА, ул. Габричевского, д. 5, корп. 3,
Клиника Функциональных Нарушений,
Кафедра Психотерапии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова