

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

Том X

№ 2

2004

Москва-Павлодар

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Профессор, доктор медицинских наук А.Л.Катков (главный редактор); профессор, доктор медицинских наук В.В.Макаров (главный редактор); Е.В.Денисова (ответственный секретарь); А.Н.Рамм (редактор); кандидат медицинских наук С.А.Алтынбеков; профессор Ж.А.Алимханов; профессор О.Т.Жузжанов; профессор Н.Т.Измаилова; кандидат психологических наук Г.А.Макарова; кандидат медицинских наук Ю.А.Россинский; академик РАМН В.Я.Семке; А.К.Тастанова; кандидат медицинских наук В.Ф.Трубецкой; профессор А.А.Чуркин.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Доктор медицинских наук М.Асимов (Алматы); профессор Н.А.Бохан (Томск); профессор М.Е.Бурно (Москва); академик, доктор медицинских наук, профессор М.Х.Гонопольский (Хайфа); доктор медицинских наук, профессор Ж.А.Доскалиев (Астана); доктор медицинских наук, профессор В.Ю.Завьялов (Новосибирск); доктор медицинских наук, профессор Р.Г.Илешева (Алматы); доктор медицинских наук, профессор Н.А.Корнетов (Томск); доктор психологических наук, профессор Р.Кочунас (Вильнюс); доктор медицинских наук, профессор Г.М.Кудьярова (Алматы); доктор медицинских наук И.Е.Куприянова (Томск); доктор медицинских наук, профессор Х.Пезешкиан (Висбаден); кандидат медицинских наук Х.А.Сагын (Астана); доктор медицинских наук, профессор В.В.Соложенкин (Бишкек); кандидат медицинских наук Л.А.Степанова (Томск); М.З.Таргакова (Алматы); профессор, доктор медицинских наук Н.К.Хамзина (Астана).

**Регистрационное свидетельство №1706 выдано
Министерством печати и массовой информации**

Республики Казахстан

**Регистрационное свидетельство ПИ № 77-7054 выдано
Министерством Российской Федерации по делам печати,
телерадиовещания и средств массовых коммуникаций**

Журнал основан в 1995 году

Адрес редакции: Казахстан, г. Павлодар, ул. Кутузова, 200.

Телефон (факс): 8(3182) 57-29-39

E-mail: neovitae@pisem.net

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХОТЕРАПИЯ

УЧРЕДИТЕЛИ:

Профессиональная
Психотерапевтическая
Лига

РГКП
«Республиканский
научно-практический
центр медико-
социальных проблем
наркомании»

Том X
№ 2
2004 год

выходит
4 раза в год

<i>Арутюнова Н.Ю., Печникова Е.Ю.</i>	
Трансактный анализ в консультировании бесплодия и невынашивания беременности	9-11
<i>Крец С.А.</i>	
Секция «Экзистенциальная психотерапия». «Живые вопросы»	11-13
<i>Петрушин С.В.</i>	
Психотерапия, центрированная на психотерапевте (опыт создания интегративной модели консультирования)	13-14
<i>Титова В.В.</i>	
Общая методология интегративно-развивающей, двухуровневой индивидуальной психотерапии зависимых от ПАВ	15-18
<i>Тукаев Р.Д.</i>	
Интегративная теория гипноза и гипнотерапии в контексте современной теоретической гипнологии	19-29
<i>Тукаев Р.Д.</i>	
Мультимодальность и интегративность в контексте российской психотерапии	29-36
<i>Ушаков А.Н.</i>	
Эриксоновский гипноз как моделирование субъективной реальности	36-38
<i>Чибисов П.М.</i>	
Варианты парапсихотерапевтической модели «Сам себе психотерапевт» для женщин-матерей и детей-подростков	38-39

ПСИХИАТРИЯ

<i>Бабыкпаева А.Т.</i>	
«Ограниченнная» вменяемость в судебно-психиатрической практике	40
<i>Байкенов М.Б., Кадырова А.Ж., Жаксылыков Н.А.</i>	
Медико-педагогическая коррекционная поддержка детей с ограничениями в умственном и физическом развитии	41-43
<i>Бектаева Г.Т., Комарова О.Н.</i>	
И это все о нем... Грандаксин глазами психиатров и интернистов	43-46
<i>Джарбусынова Б.Б.</i>	
Динамика распространенности отдельных классов психических и поведенческих расстройств (без психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ) по Казахстану по данным официальной статистики за период 1992-2002 г.г.	46-55
<i>Джарбусынова Б.Б.</i>	
Динамика распространения психических и поведенческих расстройств (без психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ) по Казахстану по официальным данным периода 1992-2002 г.г.	56-64

<i>Джарбусынова Б.Б.</i>	
Сравнительные характеристики распределения высоких, средних и низких уровней психологического и психического здоровья среди гендерных и возрастных групп населения РК по данным 2001 года	64-67
<i>Джарбусынова Б.Б.</i>	
Сравнительные характеристики основных групп психологического здоровья (высокий и низкий уровень) населения Республики Казахстан по социально-психологическим параметрам (данные 2001 года)	67-72
<i>Джарбусынова Б.Б.</i>	
Понятие психического здоровья и нормы	72-73
<i>Джарбусынова Б.Б., Катков А.Л.</i>	
Установочные характеристики основных групп психологического здоровья населения Республики Казахстан по данным эпидемиологического исследования 2001 г.	73-83
<i>Катков А.Л., Джарбусынова Б.Б.</i>	
Сравнительные характеристики основных групп психологического здоровья (высокий и средний уровень) по социально-демографическим и социально-психологическим параметрам	83-91
<i>Катков А.Л., Джарбусынова Б.Б.</i>	
Сравнительные характеристики основных групп психологического здоровья (высокий и низкий уровень) по социально-демографическим и социально-психологическим параметрам	91-99
<i>Катков А.Л., Джарбусынова Б.Б.</i>	
Сравнительные характеристики основных групп психологического здоровья (высокий и низкий уровень) населения Республики Казахстан по социально-демографическим параметрам (данные 2001 года)	99-104
<i>Катков А.Л., Джарбусынова Б.Б.</i>	
Комплексные характеристики психического и психологического здоровья населения РК по данным 2001 года	105-110
<i>Мартемьянов Н.В., Бисеналиев С.Б.</i>	
Роль личностных и ситуационных механизмов, обуславливающих возникновение и развитие психогенных депрессивных состояний в судебной психиатрии	110-112
<i>Нургазин К.Ж., Мукушов М.Х., Камиев Т.Т., Темиралова Г.М., Доланбаева Р.У.</i>	
Криминогенность среди психических больных и профилактика общественно-опасных действий	112-115
<i>Распопова Н.И.</i>	
Психопатологические механизмы демонстративно-шантажных аутоагрессивных действий больных шизофренией	115-119
<i>Рудич Н.Л., Рудич П.А.</i>	
Динамика показателей инвалидизации по психическим заболеваниям	119-121
<i>Рудич Н.Л., Рудич П.А.</i>	
Поддерживающее (противорецидивное) лечение психических заболеваний в амбулаторных условиях	122-123

НАРКОЛОГИЯ

<i>Марашева А.А.</i>	
Изучение особенностей жизненного сценария у детей, употребляющих психоактивные вещества (на примере опыта проведения методики «диагностика раннего жизненного сценария»)	124-128

<i>Марашева А.А.</i>	
Клинико-эпидемиологический аспект в наркотизации	
детей младшего школьного возраста	128-131
<i>Марашева А.А., Владимирова Н.Г.</i>	
Опыт применения графической методики «Человек	
под дождём» при диагностике копинг-ресурсов и	
особенностей защитных механизмов у детей младшего	
школьного возраста, употребляющих психоактивные	
вещества	132-135

ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

<i>Данияров Е.К., Касимова М.Т., Шушикевич В.И., Уразгалиева Г.З.</i>	
О роли заболеваний из группы «ирритирующей	
триады» в генезе пограничной нервно-психичес-	
кой патологии	136-137

ДИСКУССИОННАЯ ТРИБУНА

<i>Панарин И.А.</i>	
Привлекательность работы в учреждениях государ-	
ственной службы – как фактор формирования внут-	
реннего имиджа организации	138-140
<i>Резюме</i>	141-155

VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

TABLE OF CONTENTS

FOUNDERS:

**Professional
Psychotherapeutic
League**

**RPSE
«Republican Research-
and-Practical Center
of Medical-Social Drug
Addiction Problems»**

**Volume X
№ 2
2004
Published 4 times
in a year**

PSYCHOTHERAPY

<i>Arutyunova N.Yu., Pechnikova E.Yu.</i>	
The transact analysis in consultation of sterility and noncarrying of pregnancy	9-11
<i>Krets S.A.</i>	
Section «Existential psychotherapy». «Alive questions»	11-13
<i>Petrushin S.V.</i>	
Psychotherapy, centred on psychotherapist (experience of creation of integrative model of consultation)	13-14
<i>Titova V.V.</i>	
General methodology of integrative-developed, two-level individual psychotherapy of dependent from psychoactive substances	15-18
<i>Tukaev R.D.</i>	
The integrative theory of hypnosis and hypnotherapy in the light of modern theoretical hypnology	19-29
<i>Tukaev R.D.</i>	
Multimodality and integration in a context of the Russian psychotherapy	29-36
<i>Ushakov A.N.</i>	
Erickson's hypnosis as modeling of a subjective reality	36-38
<i>Chibisov P.M.</i>	
Variants of parapsychotherapeutic models «Own psychotherapist» for women-mothers and children-adolescents	38-39

PSYCHIATRY

<i>Babykpaeva A.T.</i>	
The «Limited» sanity in judicial-psychiatric practice	40
<i>Baikenov M.B., Kadyrova A.Zh., Zhaksylykov N.A.</i>	
Medical-pedagogical correctional support of children with intellectual and physical development limitation	41-43
<i>Bektaeva G.T., Komarova O.N.</i>	
It is all about it... Grandaxin with eyes of psychiatrists and internists	43-46
<i>Dzharbusynova B.B.</i>	
Dynamics of prevalence of separate classes of mental and behavioral disorders (without mental and behavioral disorders owing to the use of psychoactive substances) over Kazakhstan according to official statistics for the period 1992-2002	46-55
<i>Dzharbusynova B.B.</i>	
Dynamics of distribution of mental and behavioral disorders (without mental and behavioral disorders owing to the use of psychoactive substances) over Kazakhstan on the official data for the period 1992-2002	56-64

<i>Dzharbusynova B.B.</i>	
Comparative characteristics of distribution of high, average and low levels of psychological and mental health among gender and age groups of population of Republic of Kazakhstan according to 2001	64-67
<i>Dzharbusynova B.B.</i>	
Comparative characteristics of the basic groups of psychological health (high and low level) of the population of Republic of Kazakhstan on social-psychological parameters (the data of 2001)	67-72
<i>Dzharbusynova B.B.</i>	
Concept of mental health and norm	72-73
<i>Dzharbusynova B.B., Katkov A.L.</i>	
Adjusting characteristics of the basic groups of mental health of the population of Republic of Kazakhstan according to epidemiological research of 2001	73-83
<i>Katkov A.L., Dzharbusynova B.B.</i>	
Comparative characteristics of the basic groups of mental health (high and an average level) on social-demographic and social-psychological parameters	83-91
<i>Katkov A.L., Dzharbusynova B.B.</i>	
Comparative characteristics of the basic groups of mental health (high and low level) on social-demographic and social-psychological parameters	91-99
<i>Katkov A.L., Dzharbusynova B.B.</i>	
Comparative characteristics of the basic groups of psychological health (high and low level) of the population of Republic of Kazakhstan on social-demographic parameters (the data of 2001)	99-104
<i>Katkov A.L., Dzharbusynova B.B.</i>	
Complex characteristics of mental and psychological health of population of Republic of Kazakhstan according to 2001	105-110
<i>Martemyanov N.V., Bisenaliev S.B.</i>	
Role of the personal and situational mechanisms causing occurrence and development of psychogenic depressions in judicial psychiatry	110-112
<i>Nurgazin K.Z., Mukushov M.H., Kamiev T.T., Temiralova G.M., Dolanbaeva R.U.</i>	
Criminogenic among mentally ill patients and prevention of socially dangerous acts	112-115
<i>Raspopova N.I.</i>	
Psychopathological mechanisms of demonstrative-squeezed autoaggressive actions of patients with schizophrenia	115-119
<i>Rudich N.L., Rudich P.A.</i>	
Dynamics of parameters of incapacity on mental diseases	119-121
<i>Rudich N.L., Rudich P.A.</i>	
Supporting (antirecurrent) treatment of mental diseases in out-patient conditions	122-123

NARCOLOGY

<i>Marasheva A.A.</i>	
Studying of features of the vital script at children using psychoactive substances (on an example of experience of realization of the technique «diagnostics of the early vital script»)	124-128

<i>Marasheva A.A.</i>	
Clinic-epidemiological aspect in a narcotization of children of younger school age	128-131
<i>Marasheva A.A., Vladimirova N.G.</i>	
Experience of application of a graphic technique «Person under a rain» at diagnostics of coping-resources and features of protective mechanisms at children of younger school age using psychoactive substances	132-135

BOUNDARY PATHOLOGY

<i>Daniyarov E.K., Kasimova M.T., Shushkevich V.I., Urazgalieva G.Z.</i>	
About a role of diseases from group «irritation triads» in genesis of a boundary psychological pathology	136-137

DEBATABLE TRIBUNE

<i>Panarin I.A.</i>	
Appeal of work in establishments of public service - as the factor of formation of internal image of the organization	138-140
<i>Summaries</i>	141-155



ПСИХОТЕРАПИЯ

ТРАНСАКТНЫЙ АНАЛИЗ В КОНСУЛЬТИРОВАНИИ БЕСПЛОДИЯ И НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Н.Ю.Арутюнова, Е.Ю.Печникова

Способность к зачатию – это, в первую очередь, готовность физиологических систем организма мужчины и женщины, которая определяется созреванием половой системы. Одной из важнейших составляющих этой системы является гормональная регуляция всех процессов размножения, и зачатия в том числе. Все гормоны нашего организма взаимосвязаны между собой и действуют совместно с нервной системой (так и называется этот процесс – нейрогуморальная регуляция). Взаимосвязь гормонов выражается в том, что каждый из них повышает действие одних гормонов и понижает действие других. И все вместе находится под контролем нервной системы, которая «решает» вопрос о своевременности и интенсивности процессов в организме (и процессов размножения тоже) и призвана «отслеживать» внешние условия и решать, подходят ли они для выполнения необходимых жизненных функций, или надо заняться сначала другим делом: «переждать» неблагоприятные условия, защищаться от грозящей опасности, достраивать недостаточно хорошо построенный ранее фундамент или другие части всей системы (всего сложнейшего здания, включающего тело и душу человека и его связи с миром).

После оплодотворения контрольно-командный пункт дает приказ всем системам организма действовать по единому плану для осуществления общей задачи: создания условия для развития ребенка. В физиологии это называется «гестационная доминанта» или установка на беременность, которая включает физиологическую и психическую составляющие, как мы теперь поняли, неразрывно связанные между собой. А нервная система, получая информацию о работе обеих частей, и осуществляет эту связь. Если одна из сторон даст сбой, то управлять окажется нечем, и беременность либо будет протекать с осложнениями, либо прервется (самопроизвольный выкидыш или преждевременные роды – в зависимости от степени неблагополучия), придется остановиться, вернуться назад и готовиться к следующей попытке.

Теперь становится понятным, что готовность даже к такому сугубо физиологическому акту, как зачатие, связана с состоянием не только физиологических систем организма, но и психическим состоянием.

По нашим данным и данным, полученным в результате исследований, опубликованных в Материалах Всероссийской конференции «Перинатальная

психология и медицина, психосоматические расстройства в акушерстве, гинекологии, педиатрии и терапии» в Иваново в июне 2001 года, у многих бесплодных женщин были трудные конфликтные отношения с матерью (формирование личности происходило в семье в условиях постоянной фрустрации или воспитывались в условиях доминирующей гиперпротекции, что способствовало формированию инфантильной жизненной позиции), отмечались конфликтные отношения между родителями (злоупотребление отцом спиртным, измены, развод родителей), отмечались сложные фрустрирующие отношения с отцом. Весьма существенно, что для большинства женщин было характерно наличие внутриличностного конфликта, глубокой внутренней неудовлетворенности, проявляющейся в неадекватной самооценке. Отмечается излишняя тревожность, связанная с опасением за исход беременности, родов, неуверенность в своей материнской компетентности, сомнения в поддержке близких и, в первую очередь, мужа, неудачный опыт в отношении беременности, родов, воспитания детей, полученный в течение предыдущей жизни. Кроме того наблюдаются внешне обвинительные агрессивные реакции, скептицизм, концентрация внимания на неудачах, раздражительность, сниженный уровень эмоциональной устойчивости, зациклиивание на проблеме отсутствия детей. Нередко отмечается стремление к эмансиpации, доминированию с присущими чертами мужественности, которые можно рассматривать как нарушение поло-ролевой идентификации. Также для бесплодных женщин характерны эмоциональная незрелость, пассивное отношение к конфлиktу, ориентация на социальные нормативы.

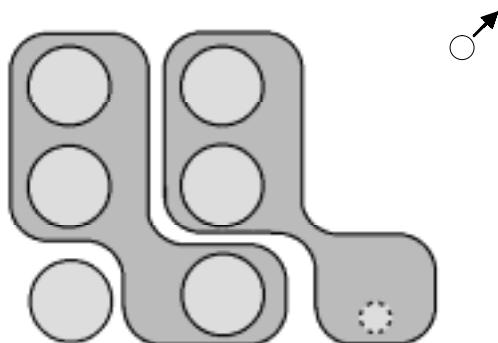
В настоящее время делаются отдельные попытки по изучению психологических особенностей мужчин с бесплодием или состоявших в бесплодном браке, так как бесплодие – это состояние семьи, а не состояние отдельного члена семьи.

Предваряя описание выбранного нами подхода, мы хотели бы отметить, что данная работа является попыткой структурирования накопленного практического материала, который нуждается в дальнейшей разработке и экспериментальном исследовании с использованием контрольных групп.

Анализируя результаты исследований – эмоциональных состояний мужчин и женщин и их взаимоотношений, мы выбрали трансактный анализ как

наиболее полно отвечающий задачам психологической и психотерапевтической помощи бесплодным парам. В терминах трансактного анализа излишняя тревожность, неуверенность в себе, эмоциональная лабильность, эмоциональная незрелость и так далее, могут быть расценены как катектированное детское состояние, а стремление к эмансипации, доминированию, ориентация на социальные мотивы и так далее, – как катектированное родительское состояние. Внутренний конфликт мы рассматриваем как конфликт между различными эго-состояниями (например, родительским и детским). Конфликтные отношения между родителями, условия постоянной фruстрации в родительских семьях могут быть перенесены в бесплодные семьи в виде игр и неэффективных жизненных сценариев, а экзистенциальная позиция бесплодных супружеских может быть любой, кроме «Я благополучен – ты благополучен».

Для дальнейшего понимания сути происходящих трансакций в бесплодной паре необходимо использование понятия симбиоза. Как известно, симбиоз – это взаимоотношения, в которых два или более людей ведут себя таким образом, что вместе являются как будто бы одним человеком, не используя полностью набор и преимущества своих эго-состояний. В частности, симбиоз между родителем и взрослым одного человека и ребенком другого человека. Для обеспечения рождения ребенка родители должны быть готовы к специальному симбиозу, когда ребенок защищен телом матери (физический симбиоз), а муж является защитой для жены и ребенка. У матери детское состояние включено в симбиотическую связь с Родителем и Взрослым отца.



Готовность мужчины встать на эту позицию свидетельствует об истинной зрелости его как отца. Ведь ему ничего не подсказывает его биология, предстоит принять свою новую, теперь не главную в семье роль, научиться создавать условия для того, чтобы любили не его самого, а чтобы его любимая женщина любила другого, своего ребенка. Отсутствие у мужчины готовности занять родительскую позицию и «застревание» на детской позиции является препятствием для наступления и вынашивания беременности и представляет собой первую модель описываемых случаев.

Вторую группу случаев описывает модель, когда женщина в результате внутриличностного конфликта не хочет или боится попасть в детскую позицию. В этих случаях чаще всего за медицинской помощью обращается именно мужчина, приводящий буквально за руку свою супругу к специалисту. Женщина вроде и не против рождения ребенка, но в ее иерархии ценностей первое место занимает учеба, карьера и т.д., то есть налицо неготовность к специальному симбиозу, необходимому для наступления и вынашивания беременности.

Третья модель описывает часто встречающиеся случаи, когда женщина декларирует желанность и даже необходимость рождения ребенка, в то время как находится в родительской позиции по отношению к мужу и берет на себя решение всех проблем семьи. Детское место в симбиозе могут занимать не только муж, но и домашние животные, собственные престарелые родители, а иногда и целые группы людей, о которых нужно заботиться, расстить (например, ученики у педагогов и пациенты у педиатров). Одним из вариантов может быть нарушение половых ролей в семье у женщин с эндокринными формами бесплодия, сопровождающимися повышением мужских половых гормонов, когда женщина занимает место мужчины в необходимом для беременности специальном симбиозе.

Следующая группа случаев – когда женщина нужен не ребенок, а возможность не выходить из симбиотических отношений с супругом, в которых жена находится в детской позиции (жена-дочь) или возврат к здоровому симбиозу начала супружеской жизни как регресс и нежелание решать задачи следующего жизненного этапа. Конечно, это женщины не осознается, однако на первых же встречах с психологом психотерапевтический контракт претерпевает изменение, и на первый план выходят проблемы отношений супружеских. Чаще всего такую модель поведения демонстрируют женщины, прожившие в браке несколько лет и не имеющие детей или женщины, имеющие уже взрослых детей. И в том, и в другом случае вопрос рождения ребенка начинает волновать, когда в супружеских отношениях появляются проблемы – женщина считает, что муж уделяет ей и семье недостаточно времени и внимания, ведет себя не так, как в начале их совместной жизни или во время беременности и рождения их первого ребенка. Таким образом, решение о необходимости беременности принимает «маленький профессор», а противостоит ему «телесное Я» (ребенок в ребенке).

Если беременность в результате усилий врачей все же наступает (иногда только в результате репродуктивных технологий – экстракорпорального оплодотворения), а психологические проблемы не решены, то беременность протекает с большим количеством осложнений, нередко заканчивается выкидышами на разных сроках, преждевременными

родами, большим количеством осложнения в родах, так как психологическое и эмоциональное состояние женщин без специальной психологической помощи имеет значительное отклонение от адекватного (результаты многочисленных исследований, опубликованных в Материалах Всероссийской конференции «Перинатальная психология и медицина, психосоматические расстройства в акушерстве, гинекологии, педиатрии и терапии» в Иваново в июне 2001 года).

Приведенные четыре группы случаев, возможно, не являются исчерпывающим описанием всех возможных моделей, однако могут быть полезны для практического применения в консультировании бесплодия и невынашивания беременности.

Необходимо отметить, что за психологической помощью как правило обращаются женщины, измученные безуспешностью лечения, невротизированные, с депрессиями, и их жалобами являются проявления невроза и депрессии, а не та «неведомая» причина, которая привела к нарушению взаимодействия психической и физиологической составляющих регуляции репродуктивного процесса, клинически проявившегося как бесплодие. Очевидно, необходимо проводить диагностику и терапию одновременно и у врача, и у психолога, психотерапевта, что приведет к повышению эффективности лечения бесплодия и невынашивания беременности.

В заключение авторы выражают глубокую благодарность к.п.н. Г.А.Макаровой и д.п.н. Г.Г.Филипповой.

СЕКЦИЯ «ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ». «ЖИВЫЕ ВОПРОСЫ».

С.А.Крец

То, что я хочу предложить вашему вниманию – живой ряд вопросов, определенных для меня в процессе моей жизни в экзистенциальных группах обучающей программы по экзистенциальному консультированию. В этих группах экзистенциальное консультирование раскрывалось мне как новый для человеческой культуры, терапевтичный вид и метод общения. Одновременно и как новая культура терапии, в ходе которой экзистенциальным смыслом наделяется весь видимый горизонт моей и нашей жизни.

Представляется, что экзистенциальные группы являются как бы живым материалом в пространстве самопоиска и самоопределения новой культуры. И когда экзистенциальные группы становятся образовательными, то они становятся в совершенном смысле этого слова образовательными, а не учебными, не группами обучения, подготовки или освоения чего бы то ни было. Это группы, в ходе жизни которых выявляется, проявляется и закрепляется – образуется образ каждого из участников. У отношений, складывающихся в группах, нет аналога – складывается новый тип отношений, консультативные отношения. Экзистенциальные группы становятся инструментом осмыслиения своей жизни, расширяя мировоззренческий горизонт, они подвигают человека на прогресс в реальном времени своей жизни...

Смыслопорождающие вопросы порой кажутся старыми, как белый свет, но в контексте реального кризиса, своего реального жизненного тупика участник группы натыкается на них так, как будто впервые о них слышит. Более того, «проклятые вопросы»

г. Ростов-на-Дону

преследуют его как живые всю жизнь группы, пока участник группы не наберётся мужества и не признается себе, что это вопрос – «по его душу». Живой ответ ставит участников на путь выхода из кризиса и дает саму возможность выбора.

Экзистенциальные группы в сегодняшней России - это и путь для гуманистических поисков в условиях непрекращающегося уже более десятилетия социально-культурного кризиса

Реальность жизни человека в кризисе, заставляющая цепляться его хотя бы за малейшие островки стабильности, придающая им сверхценное значение, одновременно с недоверием к их долговечности, задаёт ситуацию, когда приходящие в экзистенциальные группы люди становятся носителями многослойных и многообразных психологических защит. Эти защиты начинают ссыпаться по «принципу домино», стоит только прорваться защищите хотя бы у одного, стоит хотя бы одному открыться, довериться окружающим и, одновременно, он становится, тем, за кем участники группы признают право на вопросы, из кого и исходят живые вопросы, чьи вопросы только и принимают поначалу живыми.

Вот закончилась группа. Вот пришёл человек с неопределенностью, а ушёл с определённостью, вот пришёл с одним вопросом, а ушёл – с другим, вот пришёл с готовыми ответами на всё, но пришёл-таки, а ушёл с вопросами. Вот пожил он с тем, с чем ушёл. И вновь приходит на группу. В очередной раз наступает на очередные грабли, получает по лбу теми же граблями, а потом берется за голову от боли. Чем человек пренебрегает в период

очередных кризисов? Теряет реальность существования или прозябает на поле бессмыслия, что, в конце концов, снова возвращает его в бег по кругу, укрепляя этот бег картами, алкоголем, наркотиками или полной и безумной самоотдачей какому-либо делу. Отчего в невыносимой скуке люди бегают по кругу со своими и чужими проблемами? Что заставляет людей проживать (прожигать) жизнь без смысла и без цели? Тот вопрос живой, что поможет восстановить силы, чтобы подняться с колен, чтобы набраться мужества и сделать шаг в себя. Очевидно, увидеть себя таким, какой ты есть на самом деле, осознать то, что это тебя не устраивает, - без сомнения, нужны на это силы. Мужество нужно, чтобы принять как правду то, что другие видят в тебе. Такой, какой я есть, меня не устраивает. А каким я могу быть? И что должен сделать для этого консультант в процессе терапии и после, в период адаптации – это вопрос живой для экзистенциального консультанта, для ведущего группы. Групповой экзистенциальный процесс можно уподобить испытанию на пути к выздоровлению.

Опыт культуры экзистенциальных групп играет немаловажную и значительную роль в профессиональной подготовке консультанта. Что наиболее важное для консультанта на сегодняшний день?

Кризис переносится на консультанта, он его переживает, проживает, встречается с ним и прощается с ним. Консультант, готовясь стать таковым, как птица Феникс, умирает и возрождается с каждой группой. Важно, чтобы это происходило.

Как не консультант становится консультантом? Я не удивился, когда нашел ответ в себе, что нужно быть живым. Только когда я живу, я оживаю, ожидают и другие. Как пробудить живое сердце, как оживить омертвевшие чувства? Как пойти - путем наименьшего сопротивления, без боли, хотя и ее не обойти, или путем наибольшего сопротивления, с болью, принимая вызовы бытия или срединным путем, как жить - проще или сложнее?

У Жан-Полем Сартра другие - это ад, ад непонимания, ад насилия, ад зависимости, ад взаимного определения. В экзистенциальных группах другие – это опыт, опыт встречи с другими измерениями себя, с собой прошлым, с собой неосуществившимся, с реальностями чужой жизни как с реальностями жизни тех или иных персонажей из своей собственной. Кого он (а) мне напоминает? Совсем нелишний вопрос, который начинает тебя мучить, перед тем как действительность воспоминания, припоминания, узнавания превращает всё дальнейшее в то, что, по-видимому, Хайдеггер как раз и обозначал как Встречу. Живые вопросы Встречи несут мне жизнь, они несут мучение, беспокойство, прозрение, раскаяние, прояснение и, вместе с тем, волнительное счастье и покой, простое трезвое понимание. Экзистенциальные группы – это ад принятия решения, это счастье решительного броска вперед, в новизну своей жизни.

В наш век динамики, когда прошлое обесценивается, порой несколько раз за жизнь одного поколения, вопрос - чем заполнить настоящее и вопрос вопросов – чем правильно было бы его заполнить. Этот вопрос логически невозможен, потому что жизнь проявляется с реальностью вещей, с их естественным видом и характером предназначения, но он, тем не менее, возникает. Возникает, когда есть смутное чувство, что что-то не то в моей жизни, с которым приходят в экзистенциальную группу, который преобразуется живыми вопросами, выбывающими из смутной туманности своего существования искру вопросов к самому себе.

Рядиться ли в одежды прошлого, очнувшись от опьянения туманом настоящего? Или совершать бросок в неизвестность? И может ли кто, группа или консультант, гарантировать, что это не шаг в пропасть? Но, как у Высоцкого в песне, «хоть немного ещё постою на краю». Разбужен, разбужен, стоит на краю неизвестного негарантированного будущего, а только в этот момент и чувствует, что живёт.

Критично и справедливо заметить, что не всегда реальность соответствует истине вещей. Что проявляет человека с живым сердцем? Всегда ли человек сопротивляется? Не сопротивляясь другим и, прежде всего, себе, человека притупляет восприятие реальности. Я часто задаюсь вопросом: неужели Бог создал человека, чтобы он прошел по дороге испытаний? Иногда, чувствуя, что испытание не по силам. Истинно ли это чувство? Принять его или отвергнуть? Здесь есть нечто, в чём есть смысл и тайна. Какая сила толкает человека на действие, противоречащее ясной, казалось бы, природе вещей? Какое направление будет мое? Где искать пути выхода из джунглей кризисов?

Без сомнения, тяжело выбираться из трясины убеждений в одиночку. Поэтому терапия - в экзистенциальных группах сегодня и теперь консультативно востребована. Во многих ситуациях помогает чувство юмора, живой вопрос – ироничный вопрос, но, прежде, самоирония задающего вопрос. Убийственная серьёзность и животворящая ирония...

Живые вопросы не всегда наводят человека на выбор, иногда и на потерю его. Но всегда пробуждают к жизни, к поиску. Живые вопросы открывают глаза на то, что развитие - ни просто, ни сложно, что оно идет между простым и сложным. Что поиск в жизни важнее принципов поиска. Вопросы заранее не готовятся. Они возникают спонтанно, помогая человеку родиться. А сколько времени надо ждать своего рождающего меня вопроса – загадка... Природа человека – загадка.

Наш выбор всегда определяет возможность поиска новых целей. Ответ на живой вопрос ставит человека на путь выхода из кризиса и дает ему право выбора. Какие трудности в поисках ответов?

Какая цена ответа на живые вопросы? Хочу заметить, что после жизни в экзистенциальной группе иногда возникает такое чувство, что прожил целую вечность. Группа иногда мне напоминает тигель, стоящий на медленном огне. Где присутствует радость, горе, слёзы, смех, хаос отношений, всё варится в одном котле. Что нам приготовит

Время? Переживания кризиса открывает дверь истины, где мы выходим на путь развития, прогресс начинается с преодоления кризиса. Не имеющий опыта падений и вставаний, смертей и возрождений – не имеет опыта. И ведь что вдохновляет? После оживления. То, что истина проста и не скучна.

ПСИХОТЕРАПИЯ, ЦЕНТРИРОВАННАЯ НА ПСИХОТЕРАПЕВТЕ (опыт создания интегративной модели консультирования)

С.В.Петрушин

г. Казань

Для рассмотрения нами предлагается интегративная модель психотерапевтической помощи, которая условно обозначается как «резонансное консультирование (р-консультирование)». Основное отличие этого метода заключается в том, что психотерапевт выступает не в отстраненной исследовательской позиции (как, например, в психоанализе), не в диалоге двух личностей – психолога и клиента (гуманистический подход), а становится «частью» личности клиента. Поэтому, наблюдая за собой, психотерапевт получает всю необходимую информацию о клиенте. Для этого психотерапевт должен уметь вступать в особые резонансные взаимоотношения.

В качестве одной из основных теоретических предпосылок данного метода можно выделить идею древних о том, что «как внутри, так и снаружи; как наверху, так и внизу». Внешние конфликты человека с окружающим миром являются отражением его внутренних проблем. В свою очередь, отношение к себе у человека опосредуется отношением к нему другого. Поэтому, даже говоря от первого лица, речь человека всегда диалогична, он всегда к кому-то обращается (М.Бахтин). Впоследствии З.Фрейд выдвинул предположение о том, что клиент не рассказывает о своем неврозе, он его показывает, демонстрирует во время сеансов. То есть при консультировании будут возникать отношения, которые не случайны. Невроз клиента будет обязательно порождать невротические отношения между психологом и клиентом. По мнению многих авторов (К.Роджерс, Г.Олпорт, В.Н.Мясников и др.) именно отношения являются краеугольным камнем в психотерапии и консультировании, они есть цель и средство психологической помощи. Таким образом, если психологическую проблему рассматривать как внутренний конфликт между двумя потребностями, двумя частями личности и при этом одна из этих частей не осознается

(З.Фрейд, Ф.Перлс, Э.Берн, А.Ассоджиоли и др.), то проблемы, которые будут возникать между психотерапевтом и клиентом, можно рассматривать отражением внутреннего конфликта клиента.

Поэтому, если в других моделях психотерапевт не вовлекается в эти невротические отношения (например, борьба с контр-переносом в психоанализе, или уход от слияния с клиентом в гештальт-подходе), то в основе предлагаемого метода резонансного консультирования лежит перестройка отношений в диаде «психолог-клиент» в единую «гиперличность» (Налимов), то есть осуществление неотождествленного слияния субъективных реальностей психолога и клиента. С точки зрения гештальтерапии, если психотерапевтическое взаимодействие рассматривать как некую целостность, то в этом случае логично предположить, что клиента в этой «гиперличности» можно рассматривать фигурой (то есть сознательной частью психики), а психотерапевт – фоном (то есть отражением бессознательного клиента), или объектом переноса, в терминологии психоанализа. Поэтому, наблюдая за собой во время общения с клиентом, психотерапевт получает прямой доступ к его проблемной вытесненной части. Это соприкосновение с проблемой другого в себе возможно только в условии снятия границ и вхождения в глубокий эмоциональный резонанс.

Можно выделить три основных этапа р-консультирования: экстериоризацию, коррекцию, интериоризацию.

На первом этапе психотерапевт помогает «перенести» проблемы клиента из субъективной в объективную реальность, при этом внутренняя проблема трансформируется во внешний конфликт с психологом. Чтобы это осуществить, психолог, сохраняя устойчивую ролевую позицию («зеркальность» и разотождествленность с профессиональной ролью), вступает с клиентом в резонансные

отношения. Их суть в том, что психолог дает «уловить» себя клиентом в предлагаемые им невротические отношения, «инфицируется» его проблемой, входит в его жизненный тупик. В результате экстериоризации проблемы клиент неосознанно будет переносить одну из своих конфликтующих субличностей на психолога. Отождествляясь с этой субличностью клиента, психолог получает информацию не ментально-логическим путем создания и проверки различных гипотез, а непосредственным эмоционально-чувственным способом, просто наблюдая за самим собой. Таким образом, проблемой является не то, о чем говорит клиент, а то, что будет происходить во взаимоотношениях психолога и клиента. На этом этапе от психолога, помимо ролевой устойчивости, требуются определенные способности к созданию резонансных отношений. Для этого он должен обладать развитым самосознанием и хорошо разработанной психоэмоциональной сферой: эмпатическими способностями, умением менять свое эмоциональное состояние и диагностировать состояние клиента, обладать эмоциональной устойчивостью.

На втором этапе осуществляется перестройка конфликтных отношений в паре в сотрудничающие. Здесь особую важность приобретают способность психолога осознать предлагаемую клиентом роль в возникших невротических отношениях, выйти из этой роли и умение рефлектировать происходящий процесс.

На третьем этапе осуществляется обратный экстериоризации процесс. Этап интериоризации – это помощь в осознании клиентом неслучайности возникновения проблемных отношений с психологом и связи этого внешнего конфликта с внутренней проблемой клиента. На этом этапе происходит «возвращение» в субъективную реальность субличностей клиента, но уже с изменившимися взаимоотношениями. То есть исцеление заключается в восстановлении внутренней целостности личности, перестройке отношений между внутренними частями личности из конфликтных в сотрудничающие.

Например, общение с депрессивным клиентом может вызвать раздражение и злость у психолога. Чтобы не травмировать клиента, психолог будет скрывать эту агрессию. Но это и есть первый этап, когда подавленная субличность «зарождает» психолога. С точки зрения р-консультирования, то, что происходит с психологом во время консультации и есть отражение

проблемы клиента: психолог пытается подавлять злость, но это и есть суть депрессии. Поэтому психолог должен отнести «по-рабочему» к своему эмоциональному состоянию. Если он сможет разотождествиться и осознать свое состояние не только как свое, но и как фоновое клиента, он сразу выйдет на решение проблемы, через помочь в обучении клиента культурным формам проявления злости по отношению к своим обидчикам.

Следует отметить, что для осуществления р-консультирования необходима специальная подготовка психолога способом построения резонансных отношений с клиентом, т.к. только при условии таких отношений возможно осуществить и проанализировать процесс «экстериоризации - интериоризации». Эта подготовка включает в себя овладение рядом психотерапевтических методик. Некоторые способы можно найти в психоаналитическом подходе (формирование и анализ переноса и сопротивления), психосинтезе (способность к де-идентификации с профессиональной ролью и созданию нулевой Я-концепции), гештальт-терапии (быть «здесь и теперь», уход из «средней зоны», целостность ситуации «клиент-психолог»), техниках НЛП (отзеркаливание, присоединение). Кроме этого, для подготовки психологов к построению глубинных резонансных отношений мы использовали специальные методики саморегуляции, где наиболее адекватной данному способу консультирования явилась методика ДФС (И.Калинаускас). Они позволяют вместо «объектного» подхода к консультированию (где психолог пытается воздействовать на клиента), использовать «пространственный» подход, который помогает снять дистанцию и психологические границы в паре (тогда возможно действительное взаимо-действие, взаимо-понимание, взаимо-отношения).

И в заключении. Так кто же такой р-консультант? «Это человек, который есть, но которого нет. Он всего лишь зеркальное отражение проблемной части клиента. Поэтому большая часть его внимания сосредоточена на себе, потому что он является основным инструментом диагностики и решения проблем. Он всегда находится между двумя мирами. Он – пространство. Его не заботит собственное понимание, а только лишь понимание клиента. Он ничего не хочет от клиента, даже не хочет ему помочь. Он актер в монодраме клиента. Он совсем никакой, неопределенный. Точнее, он такой, каким надо быть для решения проблемы клиента».

ОБЩАЯ МЕТОДОЛОГИЯ ИНТЕГРАТИВНО-РАЗВИВАЮЩЕЙ, ДВУХУРОВНЕВОЙ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПАВ

В.В.Титова

г. Омск

Масштабы и темпы распространения наркологических заболеваний в России и странах СНГ остаются беспрецедентными. Так, по официальным данным Минздрава РФ на сегодняшний день в России более 300 тысяч больных с зависимостью от наркотиков и более 2 млн. больных с зависимостью от алкоголя (Т.Б.Дмитриева, А.Л.Игонин, Т.В.Клименко, Л.Е.Пищикова, Н.Е.Кулагина, 2002). При этом результаты проведенных вероятностных социологических исследований свидетельствуют о том, что на одного учтенного пациента с зависимостью от ПАВ приходится 7 неучтенных больных сходной нозологии (Е.А.Кошкина, 2001). В этой связи можно предполагать, что реальное число пациентов, страдающих зависимостью от алкоголя, наркотиков и токсических веществ, намного превышает данные официальной статистики. Кроме того, при наркоманиях и токсикоманиях отмечается преимущественное поражение лиц молодого возраста (В.В.Киржанова, Л.А.Муганцева, 2003). Все перечисленное обуславливает актуальность проблемы и необходимость эффективной коррекции данной патологии. Вместе с тем, эффективность существующих психофармакотерапевтических методов лечения наркологических расстройств крайне низкая (В.Ф.Егоров, Е.А.Кошкина, Г.А.Корчагина, В.В.Шамота, 1998), поэтому в последнее время приоритетное значение в комплексной терапии наркологических заболеваний приобретает психотерапия (В.Я.Семке, Н.А.Бохан, А.И.Мандель, 1998). Уникальность психотерапии заключается в потенциальной возможности воздействия на все звенья патогенеза зависимости и стержневые психопатологические синдромы, прежде всего, синдром патологического влечения к ПАВ. Для этого необходимы определенные условия, обеспечиваемые структурным оформлением программ медико-социальной реабилитации зависимых, а также учет индивидуальных и транскультуральных особенностей пациентов и патоморфоза наркологических расстройств (В.Я.Семке, Л.Эрденэбаяр, Н.А.Бохан, А.В.Семке, 2001; В.И.Михайлов, Б.А.Казаковцев, А.А.Чуркин, 2002).

Предлагаемая методика индивидуальной психотерапии зависимых от ПАВ основана на оригинальной концепции интегративно-развивающей психотерапии (А.Л.Катков, 2001), концепции психологического здоровья – антинаркотической устойчивости (А.Л.Катков, Ю.А.Россинский, 2001-2002), концепции неоабилитации (А.Л.Катков, Ю.А.Россинский, 2001-2002). Базисным принципом интегративно-развивающей психотерапии является выделение двухуровневой структуры в любой психотерапевтической

коммуникации. Поверхностный уровень представлен непосредственно психотерапевтическими техниками, методиками, процедурами, при адекватном и структурированном использовании которых прорабатываются заявляемые пациентом проблемы. Однако решающее значение для эффективной психотерапии, особенно при работе с зависимыми пациентами, имеет наличие и степень выраженности глубинного уровня взаимодействия между психотерапевтом и клиентом, на котором реализуются универсальные механизмы:

- идентификация с личностью психотерапевта;
- убеждение и внушение, чаще скрытое;
- облегченная трансляция социальных паттернов поведения;
- позитивное подкрепление развивающего поведения пациента (клиента) или группы;
- наделение пациента (клиента) энергетическими и пластическими ресурсами;
- обретение пациентом (клиентом) свойств целостности между основными инстанциями психического («прописка» личности в бессознательном по К.Витакеру).

Автономное «включение» и функционирование описанных механизмов происходит только при наличии другого феномена – пространства психотерапии (терапевтического транса), основными характеристиками которого являются:

- безопасность (гарантия поддержки и условность даже самых драматических моментов проходящего);
- разреженность (события в пространстве психотерапии фокусируются избирательно и разделяются с травмирующими контекстами);
- пластичность факторов обстоятельств и времени (в психотерапевтической коммуникации возможны путешествия в прошлое и будущее, замедление, ускорение или парадоксальное течение времени, изменение контекста, обстоятельств и содержания каких-либо событий);
- концентрация (возможность комбинации таких контекстов, обстоятельств, событий, соответствующих состояний субъектов психотерапевтического процесса, которые, в совокупности, обеспечивают необходимый терапевтический эффект, но в реальной жизни встречаются крайне редко).

Главной, сущностной характеристикой пространства психотерапии является скрытый, неосознаваемый пациентом переход от ригидной (конфронтационной) стратегии поведения и личностной метапозиции, направленной на поддержание «статуса кво» - устойчивости, к полярной, синергетической стратегии поведения и ресурсной метапозиции,

обеспечивающей максимальную пластику и скорость изменений у пациента (клиента). Здесь в полной мере реализуется «золотое» правило психотерапии: заболевает, получает проблему или дискомфорт один человек, выздоравливает, решает проблему, избавляется от дискомфорта – другой, в чем-то важном изменившийся.

Необходимо отметить, что если структурно-технологический уровень вполне осознается и отслеживается как психотерапевтом, так и пациентом (клиентом), то глубинный уровень, как правило, не осознается и не фиксируется не только пациентом, но зачастую и психотерапевтом (для этого необходимо отслеживать специальные индикаторы, отражающие степень вовлеченности механизмов глубинного уровня в психотерапевтической коммуникации).

Для выявления основных целей психотерапии при работе с зависимыми от ПАВ обратимся к результатам многоуровневого исследования, проведенного в Республике Казахстан в 2001 (А.Л.Катков, Ю.А.Россинский, 2001), в ходе которого были идентифицированы параметры личностных психологических свойств, реально способствующих устойчивости индивида к любым агрессивным воздействиям среды (свойства психологического здоровья). Кроме того, была установлена практическая полная идентичность свойств психологического здоровья и устойчивости к воздействию ПАВ (антинаркотической устойчивости). Таким образом, в патогенезе зависимости от ПАВ ведущую роль играет отсутствие или дефицит определенных индивидуальных личностных свойств:

- полноценное прохождение и завершение этапа идентификации личностного развития;
- адекватно сформированные навыки выбора и отказа от дивидендов конкурирующих сценариев;
- качество «внутренней» ответственности (внутреннего локуса контроля), тесно связанного с предыдущим пунктом;
- наличие адекватно сформированного собственного конструктивного жизненного сценария с системой ценностей, исключающих употребление наркотических веществ;
- наличие достаточных внутренних ресурсов (интеллектуального, творческого, информационного) для реализации вышеизложенных сценариев;
- полноценная информированность о негативных последствиях употребления психоактивных веществ, препятствующих реализации основных жизненных сценариев.

Наибольшее значение по результатам исследования имеет сочетание компонентов позитивного жизненного сценария, внутреннего локуса контроля и информированности о негативных последствиях употребления наркотических веществ. Какая-либо другая комбинация перечисленных качеств не препятствует приобщению к употреблению ПАВ.

Таким образом, основная цель психотерапии при работе с зависимыми пациентами заключается в целенаправленном форсированном развитии новых личностных свойств, что обеспечит устойчивость к повторному вовлечению в орбиту зависимости (концепция неоабилитации). Рассчитывать на успешное достижение этой цели становится возможным за счет использования уникальных ресурсов глубинного уровня психотерапевтической коммуникации и запредельной пластики пространства психотерапии.

Основные задачи интегративно-развивающей индивидуальной психотерапии зависимых от ПАВ, последовательно решаемые в процессе неоабилитации, следующие:

- 1) установление особого контакта с нормативным личностным статусом пациента (клиента), стимуляция нормативного личностного статуса;
- 2) достижение тройного растождествления: неоабилитационный личностный статус – патологический личностный статус – ресурсные инстанции психического пациента (клиента);
- 3) эффективная актуализация и закрепление синергетической модели поведения пациента (клиента);
- 4) достижение критической редукции патологического влечения к ПАВ;
- 5) эскалация внутриличностного конфликта неоабилитационного и патологического личностных статусов пациента (клиента);
- 6) кризисное развитие неоабилитационного личностного статуса пациента (клиента);
- 7) подавление и редукция патологического личностного статуса;
- 8) полноценное формирование свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости у пациента (клиента);
- 9) полное освобождение от наркотической или иной химической зависимости;
- 10) эффективное формирование эволюционных сценариев самоорганизации и саморазвития, исключающих употребление ПАВ из всех возможных осознаваемых и, особенно, неосознаваемых горизонтов.

Для адекватного решения перечисленных задач используются специальные структурированные техники интегративно-развивающей индивидуальной психотерапии, реализация которых предусматривает строго определенную последовательность действий:

- точная идентификация проблемы;
- полная инвентаризация проблемы;
- выстраивание адекватной диагностической триады: дефект – идеал – проект терапии (обоснованный комплекс технических действий);
- проработка альтернатив и последовательности технических действий с пациентом (клиентом);
- реализация технических действий;
- фиксация изменений (на вербальном и невербальном уровнях; в эмоциональной, когнитивной, поведенческой сферах);

- оценка перспективы и решений пациента в отношении взаимодействия с первоначально заявленной проблемой, а также в отношении собственного будущего.

Синтез универсальных и структурированных психотерапевтических механизмов, с учетом приведенного алгоритма реализации технических действий, происходит следующим образом:

- на этапе установления контакта терапевта с пациентом (клиентом), в диагностической фазе (фаза точной идентификации и полной инвентаризации проблемы), за счет процессов идентификации с личностью психотерапевта, скрытой коррекции эмоционального опыта, предварительного расширения когнитивного репертуара пациента проходит предуготовливание технических эффектов через невербальные реакции терапевта (например, в сфере коррекции эмоционального опыта: психотерапевт, не акцентируя внимание клиента, демонстрирует возможности иных эмоциональных реакций в отношение травмирующей ситуации);

- на этапе проработки последовательности технических действий по демонстрируемым пациентом верbalным и невербальным реакциям оценивается степень вовлеченности пациента и его принятие предлагаемого технического варианта решения проблемы. Наибольшее значение на этом этапе приобретает эксплуатация универсального механизма скрытого отсроченного внушения, за счет чего подготавливается манифестация желательных эффектов психотерапии;

- в фазе реализации технических действий используются механизмы единственного позитивного (невербального) подкрепления развивающего поведения пациента (клиента), а также механизм скрытого отсроченного внушения, направленный на подготовку последующих после окончания терапевтической сессии желательных изменений;

- на этапе фиксации изменений и оценки перспектив используется скрытое конструирование эволюционных сценариев будущего (механизм скрытого внушения, позитивного подкрепления развивающего поведения пациента (клиента), облегченная трансляция социальных паттернов поведения от терапевта к пациенту);

- универсальные механизмы актуализации синергетической стратегии поведения, облегченного доступа к энергетическим и пластическим ресурсам эксплуатируются на всех фазах технических действий.

Кроме того, описанные уровни психотерапевтической коммуникации интегрируются за счет особого оформления структурированных терапевтических техник, а также за счет использования семиуроневой модели инсайтов у пациентов и психотерапевтов:

1) психотерапевтические инсайты у пациентов:

- инсайты I-го уровня (осознание зависимости форм реагирования от особенностей ситуации);

- инсайты II-го уровня (осознание зависимости форм реагирования от особенностей личности);
- инсайты III-го уровня (осознание зависимости форм реагирования от особенностей условий формирования личности);
- инсайты IV-го уровня (осознание имеющегося дискомфорта, как сигнала необходимости изменения (развития));

- инсайты V-го уровня (осознание необходимости принятия гибкой стратегии изменений (развития), как естественного и основного условия эффективного решения всех возникающих проблем, общего повышения качества жизни).

2) психотерапевтические инсайты у психотерапевта:

- инсайт I-го уровня (оригинальная терапевтическая идея решения конкретной проблемы (уникальный сплав личного мифа пациента, контекста психотерапевтической коммуникации, адекватной психотерапевтической техники, или метода психотерапии));

- инсайт II-го уровня (оригинальная идея решения унифицированной проблемы развития пациента (клиента), реализующаяся в уникальной конструкции психотерапевтического процесса, учитывающего особенности развивающей стратегии пациента).

Зоной «перекреста» структурно-технологического и глубинного уровней психотерапевтической коммуникации служат инсайты IV и V уровней у пациентов (осознание имеющегося дискомфорта, как сигнала необходимости изменения – развития и осознание необходимости принятия гибкой стратегии развития, как естественного и основного условия эффективного решения всех возникающих проблем, общего повышения качества жизни).

В практике интегративно-развивающей индивидуальной психотерапии зависимых от ПАВ используются следующие оригинальные структурированные психотерапевтические техники:

- методика «перезаключения контракта»;
- методика «тройного растождествления и критической редукции ПВ к ПАВ»;

- методика «мертвая вода – живая вода» (критическая редукция ПВ к ПАВ, выход в стойко ресурсное состояние);

- методика «ресурсные поля» (стойкое развитие ресурсных состояний);

- методика «линия жизни» (развитие ресурсных состояний, конструирование позитивных жизненных сценариев);

- методика «матрешка» (конструктивное завершение идентификации);

- методика «волчок» (эффективное двухполюсное решение актуальных проблем пациента, развитие стойких ресурсных состояний);

- методика «встреча с судьбой» (формирование конструктивного сценария жизни и развитие стойкого ресурсного состояния);

-
- методика «7 шагов к горизонту» (пошаговая проработка ресурсной метапозиции и синергетической модели поведения);
 - методика «ангел - хранитель» (развитие стойких ресурсных состояний, коррекция базисной неуверенности в себе);
 - методика «второе рождение» (коррекция глубинных проблем развития, развитие ресурсных состояний);
 - методика «Ахилл, догоняющий черепаху» (форсированное развитие диалогизированного сознания).

Необходимо отметить, что структурированные техники интегративно-развивающей психотерапии могут быть реализованы не только в формате индивидуальной психотерапии, но и в формате групповой терапии с использованием группы, как фона, либо в модели группового терапевта. Кроме того, в интегративно-развивающей психотерапии используются адаптированные техники других психотерапевтических подходов: мотивационной психотерапии, трансактного анализа, экзистенциальной психотерапии, гештальтерапии, логотерапии, телесно-ориентированной психотерапии. Помимо основной стратегической цели – формирования у пациентов индивидуальных свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости, синергетической модели поведения и ресурсной личностной метапозиции – индивидуальная психотерапия направлена также на конструктивную проработку тех проблем пациента, которые обычно «решаются» за счет употребления ПАВ: чувство вины, неотреагированная обида, повышенная зависимость от оценок окружающих, ощущение

«внутренней пустоты», депрессивный фон настроения, повышенный уровень личностной и ситуационной тревоги и т.д.

Основными «мишенями» для интегративно-развивающей индивидуальной психотерапии являются: патологический личностный статус зависимых от ПАВ, патологический соматический и социальный статус, неоабилитационный статус, собственно патологическое влечение к психоактивному веществу и мотивация на лечение и отказ от ПАВ.

Наиболее важными промежуточными и конечными индикаторами эффективности интегративно-развивающей индивидуальной психотерапии зависимых от ПАВ являются:

- 1) степень редукции патологических проявлений зависимости от ПАВ (с учетом соматического, психопатологического, психологического параметров);
- 2) степень развития свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости;
- 3) качество и длительность ремиссии.

Таким образом, интегративно-развивающая психотерапия представляется одним из перспективных направлений в лечении пациентов с зависимостью от ПАВ, что подтверждается результатами проведенных нами исследований: при катамnestическом наблюдении (в течение года) пациентов с наркотической зависимостью, прошедших 2-месячный курс интегративно-развивающей психотерапии и реабилитации на базе Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании г. Павлодар (Казахстан) и Омской городской наркологической больницы, в ремиссии находятся 69,4% пациентов.

Литература:

1. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В., Пищикова Л.Е., Кулагина Н.Е. Зависимость от психоактивных веществ // Наркология, № 9, 2002. – С.2-9
 2. Кошкина Е.А. Распространенность наркологических заболеваний в Российской Федерации в 2000 г. по данным официальной статистики // Вопросы наркологии, № 3, 2001. – С.61-67
 3. Кошкина Е.А. Эпидемиологические исследования в наркологии // в кн. Лекции по наркологии под ред. проф. Н.Н.Иванца. – М: Медпрактика, 2001. – С.33-46
 4. Киржанова В.В., Муганцева Л.А. Распространенность наркомании среди подростков // Наркология, № 6, 2003. – С. 2-5
 5. Егоров В.Ф., Кошкина Е.А., Корчагина Г.А., Шамота В.В. Наркологическая ситуация в России // Русский медицинский журнал, № 2, 1998. – С.103-114
 6. Семке В.Я., Бохан Н.А., Мандель А.И., Воеводин И.В., Адамян А.Т. Центр медицинской реабилитации больных наркоманиями: научные основы эффективной организации // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, № 1-2, 1998. – С.92-95
 7. Семке В.Я., Эрдэнэбаяр Л., Бохан Н.А. Транскультуральная наркология и психотерапия. – Томск, 2001. – 162 стр.
 8. Михайлов В.И., Казаковцев Б.А., Чуркин А.А. Современные проблемы реабилитации в наркологии // Наркология, № 1, 2002. – С.40-42
 9. Катков А.Л. Манифести развивающей психотерапии // Московский психотерапевтический журнал, № 3, 2001. - С. 49-78
 10. Катков А.Л., Россинский Ю.А. Комплексное исследование качества социального психического здоровья. – Павлодар, 2002. – 24 стр.
 11. Катков А.Л., Россинский Ю.А. Новые подходы в лечении и реабилитации наркозависимых // Вопросы наркологии Казахстана, том 2, № 2, 2002. – С.84-88
 12. Катков А.Л., Титова В.В. Интегративно-развивающая, двухуровневая психотерапия наркозависимых // Наркология, № 9, 2002. – С.27-36
-

ИНТЕГРАТИВНАЯ ТЕОРИЯ ГИПНОЗА И ГИПНОТЕРАПИИ В КОНТЕКСТЕ СОВРЕМЕННОЙ ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ ГИПНОЛОГИИ

Р.Д.Тукаев

г. Москва

Введение.

Снижение интереса к гипнозу и гипнотерапии, которое наблюдается в России, идет в разрез с ситуацией в мировой гипнологии, динамично развивающейся в последнее двадцатилетие в связи с внедрением недирективных подходов. Однако мировая гипнология в целом испытывает определенные затруднения в силу отсутствия системных теоретических описаний гипноза и гипнотерапии.

В ходе многолетних феноменологических, биологических, психологических исследований нами разработана интегративная теория гипноза и гипнотерапии, позволяющая, наряду с объяснением известных данных клинической и экспериментальной гипнологии, дать системный ответ на вопрос о природе гипноза, потенциале и границах применимости клинической гипнотерапии, наметить перспективы исследований и применения гипноза.

Современные теории гипноза.

В 20 веке сформировалось четыре направления теоретического описания гипноза: 1) рефлексологическое; 2) экспериментально-психологическое; 3) психоаналитическое; 4) нейрофизиологическое.

Рефлексологическое направление

В павловской рефлексологии феномены гипноза и внушения трактуются физиологически, в соотнесении с fazами тормозного процесса, как состояние частичного торможения коры головного мозга, промежуточное между сном и бодрствованием [18]. Раппорт с гипнотизируемым осуществляется через дежурные пункты коры головного мозга, включающие слуховой анализатор. Любое внушение является гипнотическим концентрированным раздражением на фоне заторможенности коры головного мозга. Внушаемость определяется степенью заторможенности коры больших полушарий, т.е. глубиной гипноза.

В 30-60 годы в СССР были изучены в гипнозе [цит. по 21]: внущенная анальгезия; влияние на безусловные рефлексы, показатели дыхания, пульса и артериального давления, трофические функции; влияние на пищеварительную систему, различные виды обмена; психические функции восприятия; сознания, внимания, памяти, воли, мышления и речи. Получены доказательства психосоматических влияний гипноза и оптимизирующего влияния гипнотерапии на физиологические показатели организма в зависимости от исходного фона [14]. Л.П.Гримак [9] трактует гипноз как: 1) тормозной переходной процесс между сном и бодрствованием; 2) «рефлекс» следования за лидером.

Экспериментально-психологическое направление

Экспериментально-психологическая гипнология первоначально была представлена бихевиористски ориентированными исследованиями [54], близкими к павловской рефлексологии. Изучались психосоматические влияния внушений в гипнозе [27] на сенсорную сферу, кардио-сосудистую систему, метаболизм, желудочно-кишечный тракт, кожу; рассмотрены аспекты гипнотического поведения. С бихевиористских позиций гипноз близок к внушению, поскольку большинство его феноменов можно получить без формальной гипнотизации. R.W.White [56], T.R.Sabrin [27], M.Orne [51] выделили роль мотивации, ролевого поведения и его социальной обусловленности в гипнозе и гипнотерапии. A.M.Witzenhoffer [55] связывал гипнотическое воздействие с внушаемостью, хотя отмечал, что гипноз содержит в себе и “нечто другое”.

В последующем к изучению феномена гипноза применяется когнитивный подход, представленный тремя теориями: неодиссоциативной, диссоциированного контроля и социокогнитивной. Согласно неодиссоциативной теории E.R.Hilgard [45], гипнотическое состояние вызвано разделением сознания на два или более одновременных потока, разграниченных амнестическим барьером, предотвращающим доступ к обусловленным внушением исполнительным или контролирующими функциям по отдельности, либо совокупно. В теории диссоциированного контроля K.S.Bowers [28], гипнотическое внушение ослабляет лобный контроль поведенческих схем, что способствует направленной активации внушенного поведения. Социокогнитивная теория гипноза I.Kirsch, S.J.Linn [47] построена на интеграции социальной и когнитивной теорий автоматичности обыденного целенаправленного поведения. Внущенные непроизвольные поведенческие акты целенаправленны и автоматически запускаются ситуационно опосредованными внушениями и связанными с ними ощущениями. Возможности одновременного включения поведения и восприятия обусловлены созданием когнитивного настроя на соответствующий внушению ответ. Ответные ожидания - функциональный эквивалент выполняемых намерений, принимают форму “реализуемый ответ “x” в случае ситуации “у”. Классификация ожидания или намерения, опыт произвольных и непроизвольных ответов зависят от интерпретаций, определяемых рамками внушений и изначальными верованиями.

Психоаналитическое направление

Психоаналитические теории гипноза начала 20 века концентрировались на: реактивации эдипова

комплекса, состоянии мистической влюбленности с подчинением идеалу сверх “Я”, сексуальном характере взаимоотношений гипнотизера и гипнотизируемого, нарциссической регрессии [25]. В 30-50-е годы психоанализ описывал гипноз с позиции психологии “Я”, трансфера [39], когда Я гипнотика меняется посредством регрессивного процесса [48].

Одна из наиболее полных эго-психологическая теория гипноза Эрики Фромм [38] построена на пяти концептах: 1) гипноз как адаптивная регрессия на службе Эго; 2) активность, пассивность, рецептивность Эго; 3) первичный и вторичный процессы мышления; 4) внимание, абсорбция и ориентация в реальности; 5) категории структуры и содержания.

Понятие адаптивной регрессии на службе Эго означает возврат от позднего уровня активности и контроля к предшествующему для приобретения способности последующего двухшагового их развития, превышающего исходный уровень. Гипнотическая релаксация вызывает Эго-модулированное, на основе первичного процесса мышления, ослабление защитного барьера в глубоком гипнозе. Под первичным процессом понимается психическое функционирование в раннем детстве, до развития ориентированности в реальности и способности задерживать немедленное удовлетворение потребности. В первичном процессе мышление основано на превербальном воображении, недифференцировано и алогично. Мысление вторичного процесса осуществляется в языковой форме, формируется реальностью и не ее ориентировано. Первичный и вторичный процессы образуют континuum мышления. Эксперименты показали усиление первичного процесса мышления в гипнозе, но без изменений защит и копинга.

Э.Фромм исследовала соотношение активности, рецептивности, инактивности, пассивности Эго в самогипнозе. Эго-активность - есть произвольная мыслительная активность. В состоянии Эго-пассивности личность ощущает себя неспособной разрешить ситуацию. В Эго-рецептивности критичность, произвольность суждения и контроль внутреннего эмоционального опыта временно отставляются и материал подсознательного и предсознательного проявляются свободно. Эго-рецептивность в гипнозе проявляется отключением ориентации в реальности, трансформирующейся в фон понимания. Эго-активность в форме самовнушений, принятия решений, решения проблем преобладает над Эго-рецептивностью, а Эго-пассивность практически отсутствует. Глубина транса, абсорбции, яркость, реалистичность образности мышления первичного процесса, внушаемость сопряжены с Эго-рецептивностью. Самогипноз отличается корреляцией Эго-рецептивности с воображением, абсорбцией и самораскрытием Эго, с восприятием внутренних стимулов.

Э.Фромм в отношении к гипнозу выделяет сфокусированное и экспансивное внимание, которое, наряду с восприятием и познанием, является функцией Эго. Абсорбция понимается как совокупность концентрированного внимания и Эго-рецептивности и характеризует поглощенность внимания субъекта текущими внешними событиями или внутренним опытом. Самогипноз характеризуется более концентрированным и экспансивным, быстро флюктуирующими, чем бодрствование, вниманием. Экспансивное внимание связано с Эго-рецептивностью, а фокусированное – с Эго-активностью.

Э.Фромм с сотрудниками показаны различия гипноза и бодрствования по структурным и содержательным переменным. Структурные признаки: абсорбция-фасцинация, концентрированное и экспансивное внимание, Эго-активность и Эго-рецептивность, отключение общей ориентации в реальности, глубина транса. Абсорбция и отключение ориентации в реальности являются общими для гетеро- и самогипноза признаками, отличающими их от бодрствования. Экспансивное внимание и Эго-рецептивность присущи самогипнозу, отделяют его от гетерогипноза. Содержательная категория включает феномены усиления работы воображения, памяти (гипермнезия), сильный аффект, приятные, конфликтные мысли, гипнотические грезы, работу над личностными проблемами, сенсорные и двигательные внушения.

Нейрофизиологическое направление

Нейрофизиологическое направление исследований гипноза сфокусировано на: межполушарной асимметрии, спектральных характеристиках ЭЭГ и анатомо-морфологических различиях при различной гипнабельности.

В 70-е годы при сопоставлении спектральной мощности ЭЭГ полушарий у высоко- и низкогипнабельных, [39] был сделан вывод о правополушарной ЭЭГ-доминантности в гипнозе, далее подтвержденный в некоторых исследованиях [41, 30, 43]. Вскоре, однако, были получены результаты, указывающие на отсутствие гипнотической полушарной асимметрии [31], выявлено двухстороннее возрастание полушарного кровотока в гипнозе [50]. С конца 80-х годов большее внимание уделяется исследованию частотных ЭЭГ-коррелятов гипноза. Показана связь гипнабельности с ЭЭГ-продукцией в диапазоне 40 герц [36]. Описаны: сложные взаимосвязи латерализации, различия региональной ЭЭГ-активности в альфа- и бета-диапазонах при разной гипнабельности [32, 33, 34]; связь гипнабельности с ЭЭГ-тета-активностью [52]; подавление амплитуды пика Р300 вызванных потенциалов с левой фронтальной зоны скальпа в гипнозе у высокогипнабельных лиц [37]. В конце 90-х годов публикуется обзор по проблеме гипнотической полушарной асимметрии [46]: “Релатерализуя гипноз: или не опростоволосились ли мы с ошибочным

полушарием?”. В нем подчеркивается роль левого полушария в реализации части гипнотических феноменов и зависимость активации полушарий от типов выполняемых заданий, рассмотрена левополушарная теория гипноза. В конце 90-х годов определены анатомо-морфологические различия высоко- и низкогипнабельных лиц в связи с подавлением экспериментальной боли внушением в гипнозе на уровнях: первичной соматосенсорной коры, таламуса, инсулы, фронтальных областей и сингулярной коры, дополнительной моторной коры [35].

Популистский синтез представлений психоанализа и правополушарной ЭЭГ-доминантности гипноза с редукцией бессознательного к правополушарному произведен в эриксоновском гипнозе [7, 26]. На 90-минутном цикле полушарной доминантности строится ультрарадианная теория гипноза E.L.Rossi [53].

Особенностью экспериментального изучения гипноза является выделение контрастных групп высоко- и низкогипнабельных, на основе стандартного, унифицированного шкалирования глубины гипноза [42], с дальнейшим сравнением различных характеристик в выделенных группах.

Биологическое действие гипноза и гипнотерапии ограничивается изучением влияния на биологические показатели внушаемых в гипнозе эмоций [29], состояний [57], переживаний [49] с опорой на представления о психомодуляции иммунных и эндокринных процессов под влиянием внушений [58, 44, 60].

Интегративная теория гипноза

На основе синтеза материалов по исследованием феноменологии, биологии и психологии гипноза и гипнотерапии нами разработана интегративная теория гипноза, которая отличается междисциплинарной интерпретацией эмпирических данных, и, в основных положениях, подтверждается современными экспериментальными и клиническими исследованиями в области гипноза и гипнотерапии. Теория сформулирована в виде девяти положений.

1. Развитие гипнотического состояния у человека происходит в первичной, общей для человека и животных, или вторично-символической, коммуникативной гипногенной ситуации. В развитии состояния гипноза задействованы: а) “шоковые” паттерновые механизмы ограничения чрезмерной активации мозга на оценку гипногенной ситуации, в которой принятие решения и (или) его исполнение невозможно; б) механизмы ограничения внешней сенсорно-распределительной активации мозга при сохраняющейся потребности поддержания определенного уровня активации одного - слухового, либо нескольких анализаторов.

Оба механизма развития гипнотического состояния определяются качественной перестройкой активирующей системы мозга, переходящей с режима

регуляции процесса активации внешней сенсорной импульсацией на режим активации мозга. Возможности активирующей системы при этом существенно возрастают. “Шоковые” паттерновые механизмы гипнотизации с большей вероятностью приводят к сомнамбулическому состоянию.

2. Сомнамбулическое состояние - III стадия гипноза - является физиологическим состоянием, сопоставимым с бодрствованием и сном, тогда как I и II стадии характеризуют переходный процесс от состояния бодрствования к сомнамбулическому, отражая его фазы. Активационные возможности мозга во II и III стадиях гипноза различны. Во II стадии состояние подкорковых звеньев системы активации характеризуется повышенной активационной активностью РФ ствола мозга, заднего гипotalamus, неспецифических и ассоциативных ядер таламуса. В ответ на сенсорно-зрительное внушение во II стадии гипноза происходит частичная, изолированная активация центральных отделов анализаторов. Генеративно-активационные возможности мозга в III стадии гипноза максимальны и достигают уровня бодрствования. При этом состояние подкорковых звеньев активирующей системы характеризуется повышенной активностью РФ ствола мозга, заднего гипotalamus и снижением активности ассоциативных и неспецифических ядер таламуса. В III стадии гипноза возможна целенаправленная целостная активация интегративно-анализирующей системы мозга.

3. В процессе развития гипнотического состояния в левом полушарии у правшей происходит переход на правополушарный режим функционирования по инверсивным механизмам, обратным формированию функциональной специализации полушарий в онтогенезе, с перестройкой работы всего мозга по правостороннему принципу. Переключение левой нижневисочной коры НВК и всего мозга с левополушарного на правополушарный режим функционирования обусловлено переключением активирующей системы с регуляции процесса активации внешней сенсорной импульсацией на генерацию активации мозга.

4. Функциональный регресс мозговой деятельности в гипнозе к уровню препубертата охватывает физиологический и психический уровни. Развитие гипнотического состояния приводит к общему функциональному регрессу психической деятельности гипнотика, включая механизмы памяти, мышления, речи, эмоционально-волевой сферы, воображения, представления, восприятия; не оказывая прямого влияния на психические константы личности. Следствием функционального психологического регресса становится повышение гибкости, адаптивности, способности к прямому избирательному усвоению информации, эмоций, состояний, поведенческих паттернов, что традиционно описывается как гипнотическая внушаемость.

Функциональный регресс механизмов мышления ведет к доминированию конкретно-образного мышления.

Следствием функционального регресса психической деятельности гипнотика является актуализация мыслительных механизмов инфантильной атрибутивной проекции в восприятии собственного гипнотического состояния, гипнотической реальности (совокупности ощущений, восприятий, переживаний гипнотика). Степень проективности восприятия в гипнозе существенно выше таковой в бодрствовании. Гипнотическая реальность становится проекцией личности, все элементы которой есть проявления личности и ее ситуации. Директивная и недирективная гипнотерапия меняет состояние и личность пациента посредством проективных преобразований. Осознанное использование проективных механизмов с пониманием объектов гипнотической реальности как проявлений личности и ее ситуации, и их изменений как способа менять личность и ситуацию, открывает качественно новые возможности для гипнотерапии.

5. Гипногенная ситуация порождает гипногенный стресс, запускаемый двумя механизмами. Первым, экзогенным механизмом, является оценка значимости субъектом гипногенной ситуации. Возрастание значимости гипногенной ситуации приводит к повышению гипнабельности, глубины гипноза и интенсивности развивающегося гипногенного стресса. Второй, эндогенный, нейрогенный механизм гипногенного стресса основан на запуске стресс-реакции функциональной перестройкой в самой активирующей системе и коре головного мозга, происходящей в момент развития гипнотического состояния. Его стрессогенность тоже усиливается по мере углубления гипноза. Переход человека в гипнотическое состояние порождает гипногенный стресс.

6. Курс гипнотерапии представляет процесс адаптации к коротким гипнотически-стрессорным воздействиям. Гипногенный стресс есть преимущественно эндогенный процесс с умеренной интенсивностью стресс-реакции. Адаптационный субстрат гипногенного стресса образует вся нервная система в совокупности взаимосвязей с организмом. Компоненты стрессорной реадаптации и пепрекрестной резистентности интегрируются адаптационным компонентом гипногенного стресса, трансформируясь в реадаптационный процесс.

Стressовая природа гипноза накладывает ограничения на его использование в терапии: 1) при чрезмерной интенсивности гипногенный стресс может перейти из звена реадаптации в звено дезадаптивного патогенеза; 2) неограниченно длительная гипнотерапия с умеренной интенсивностью гипногенного стресса способна привести к снижению и последующему истощению адаптационных ресурсов организма.

7. Динамика реадаптивного гипногенного процесса определяется восстановлением соотношений симпатотонической и ваготонической регуляции в рамках двойной реципрокной иннервации на основе считывания хранящихся в долговременной памяти информационных матриц нормального и патологического устойчивого состояний организма и связующего их процесса дезадаптации. Реадаптационный процесс развивается, опираясь на обратное считывание дезадаптационной информационной матрицы.

8. Гипноз и гипнотерапия характеризуются явлением спонтанной ноцицепции. Гипнотерапия стрессогенно активирует нейрофизиологические механизмы саморегуляции патологического процесса. При острых патологических процессах гипнотерапия одновременно стимулирует саморегуляцию, санацию и анальгезию патологического очага. При хронических патологических процессах гипнотерапия первоначально переводит патологический очаг из хронического в острое состояние, а затем запускает процессы санации и анальгезии патологического очага по механизмам, близким к таковым для острых патологических процессов.

9. Биологически-стрессовое действие гипнотерапии активизирует механизмы интрапсихической саморегуляции, понимаемые нами в рамках структуры и функционирования системы психологических защит личности (СПЗЛ). Спонтанные интрапсихические механизмы эффективной гипнотерапии при обратном блокировании и дефицитарности СПЗЛ различны. В зависимости от исходной структуры СПЗЛ гипнотерапия активирует механизмы реактивации либо механизмы формирования СПЗЛ.

Вторично-феноменологический метод и модель гипноза

Первые четыре положения интегративной теории гипноза разработаны на основе вторично-феноменологического метода исследования гипноза. Гипнотическое состояние может изучаться первично-феноменологическим, инструментально-феноменологическим и вторично-феноменологическим методами. Разработанный нами вторично-феноменологический метод основан на сопоставлении нейрофизиологических моделей сенсорных систем мозга, полученных вне гипноза, с соответствующей феноменологией гипнотического состояния, на выявлении совпадающих паттернов с описанием гипноза нейрофизиологическим языком данных моделей. Полученная модель гипноза доступна проверке инструментально-феноменологическим методом.

Для построения вторично-феноменологической модели гипноза привлечены нейрофизиологические теории последовательных зрительных образов Л.Я.Балонова [3]; переработки зрительной информации В.Д.Глазера [8]; интегративно-анализирующими системой мозга Ю.Г.Кратина [13, 14]. Модель

гипноза основана на пяти полученных нами экспериментальных положениях [22].

1. Феноменология зрительной репродукции в гипнозе включает “представление” и “видение” цветового ощущения и образа. В первой стадии гипноза существует представление, во второй стадии оно проявляется в осознанной и неосознанной формах, разобщено с репродуцируемым ощущением и образом, в третьей стадии представление поглощается репродуцируемым образом, а ощущение образно.

2. Реализация внушенных цветовых ощущений возможна во второй стадии и в полной мере наблюдается в третьей стадии гипноза. Репродуцированный цвет и образ во второй стадии гипноза плоскостны и волнообразно затухают. В третьей стадии репродуцированный цвет и образ объемны и постоянны во времени.

3. Репродуцированный в состоянии гипноза хроматический цвет подвержен явлению трансформации в двух вариантах: ахроматической - в серый, черный цвета и хроматической - иного цвета. Явления ахроматической трансформации и структурности (мелкие обесцвеченные структуры) обусловлены недостаточной активацией мозга.

4. Внушение цветовых ощущений в гипнозе вызывает отчетливое направленное (седативное либо активирующее) безусловное комплексное воздействие на психику и организм в целом. Внушение цветовых образов в седативных цветах приводит к нерезкой общей активации.

Наш анализ физиологического воздействия репродуцированного в гипнозе цвета и образа показал, что воздействие цвета определяется: 1) результирующей репродукционной активацией (аналог световой), не зависящей от качественных характеристик цвета и повышающей измеряемые физиологические параметры; 2) качественными характеристиками цвета. Исследование зрительной гипнорепродукции свидетельствует о возрастании активационных возможностей мозга по мере углубления гипнотического состояния. Репродукция внушенного в гипнозе зрительного образа возможна, если уровень репродукционной активации зрительного мозга достигает уровня активации приходящей сенсорной импульсацией бодрствования. В бодрствующем состоянии активирующая система выполняет функцию преимущественно регулятора активирующего влияния зрительной сенсорной афферентации по биологической и социальной значимости стимула [13, 14]. В случае зрительной репродукции в гипнозе (при закрытых глазах) на активирующую систему мозга ложится функция “энергетического”, а не только регуляторного обеспечения деятельности мозга. Следовательно, развитие гипнотического состояния основано на стимуляции активирующей системы мозга при оттормаживании сенсорной импульсации.

Вторая стадия гипноза характеризуется повышением уровня функционирования активирующей системы мозга, что делает возможным активизацию высших отделов анализаторов. На третьей стадии гипноза происходит целостная активация интегративно-анализирующей системы мозга, что проявляется в формировании полимодальных образов на внушение мономодальных, а также в построении полимодального образа на внушение ощущения цвета. Состояние интегративно-анализирующей системы мозга в сомнамбулическом состоянии при репродукции зрительных внушений по степени активации сопоставимо с ее состоянием в бодрствовании, однако механизмы такой активации принципиально различны. В бодрствовании уровень ее функционирования регулируется в соответствии со значимостью стимула. В гипнотическом состоянии активация интегративно-анализирующей системы происходит лишь в ответ на внушения, адресованные высшим отделам анализаторов. При отсутствии таких внушений уровень активации мозга в гипнозе ниже, чем в бодрствовании.

При углублении гипнотического состояния репродукция зрительного внушения смещается от “представления” к “видению”. Если “представление” и “видение” соответствуют бодрствованию и сомнамбулизму, то I и II стадии гипноза характеризуют процесс перехода от одного состояния к другому, от инвариантного типа зрительной репродукции, “представления”, вырожденного описания, к неинвариантному, конкретному “видению” [8]. Репродукция зрительных внушений во II стадии гипноза, отражает качественный переход от “представления” к “видению”, сочетая в себе элементы, присущие “видению” (плоскость, фрагментарность, абстрактность, незнакомство), несущему признаки инвариантности, с наличием “видения”, являющимся свидетельством неинвариантности зрительной репродукции. В процессе развития гипнотического состояния происходит переход от инвариантности опознания - запоминания - воспроизведения к их неинвариантности. Наиболее вероятен механизм развития гипнотического состояния на основе функциональной перестройки левого полушария с левополушарного (инвариантного) на правополушарный (неинвариантный) принцип работы, ведущей к функционированию всего мозга по правостороннему принципу организации мозговой деятельности, на основе онтогенетически регressiveного функционального возврата левого полушария на правополушарные принципы работы.

Рассмотренный ранее функциональный регресс мозговой деятельности в гипнозе к уровню препубертата охватывает физиологический и психологический уровни. Развитие гипнотического состояния приводит к общему функциональному регрессу психической деятельности гипнотика, включая

механизмы памяти, мышления, речи, эмоционально-волевой сферы, воображения, представления, восприятия, не оказывая прямого влияния на психические константы, образующие личность. Общим следствием функционального психологического регресса становится повышение гибкости, адаптивности, способности к прямому, избирательному усвоению, запечатлению информации, эмоций, состояний, поведенческих паттернов, что традиционно описывается как гипнотическая внушаемость. Функциональный регресс механизмов мышления способствует доминированию конкретно-образного мышления.

Развитие гипнотического состояния приводит к регрессу восприятия гипнотика, с актуализацией механизмов инфантильной атрибутивной проекции [6] в восприятии собственного гипнотического состояния, гипнотической реальности. Гипнотическая реальность представлена перцептивно-проективным анализом актуализированной сенсорной и мнестической информации гипнотика. В механизме проекции выделяют аутохтонный и поведенческий компоненты [6]. Аутохтонный компонент определяется перцептивной организацией индивида. Поведенческий включает личностную и ситуативно-реактивную составляющие.

Степень проективности восприятия в гипнозе существенно выше таковой в бодрствовании. Реальность бодрствования благодаря механизмам проекции приобретает личностную окраску. Гипнотическая реальность становится проекцией личности, все элементы которой являются проявлениями личности и ее ситуации. Гипнотическая реальность в своей элементной, объектной части может быть изменена гипнотиком, в том числе, и под влиянием терапевта. Любые формы гипнотерапии, как директивные, так и недирективные, меняют состояние и личность пациента посредством проективных преобразований. Однако осознанное использование проективных механизмов с пониманием того, что элементы, объекты гипнотической реальности - проявления личности и ее ситуации, и их изменения способны, в свою очередь, менять личность и ее ситуацию, открывает качественно новые возможности для гипнотерапии. Признание проективных механизмов гипнотерапии позволяет прийти к пониманию личности и проблем гипнотика как единой сложной метафоры, преобразование которой способно терапевтически преобразовать личность и состояние человека.

Полученная теоретическая модель гипноза должна иметь три ЭЭГ-коррелята. Активационный ЭЭГ-коррелят, отражающий активацию активирующей системы мозга, проявится [10] усилением высокочастотных потенциалов в β_2 диапазоне (от 25 гц и выше), что показано при ЭЭГ исследованиях гипноза [36]. Активация мозга двусторонне повышает мозговой кровоток [12], что также установлено

для гипноза [50]. Коррелят перестройки левого полушария по правостороннему принципу должен проявиться исчезновением межполушарной функциональной асимметрии [12], что подтверждено при ЭЭГ исследованиях в гипнозе [31]. И, наконец, выделена роль левого полушария в развитии гипноза [46]. Третий ЭЭГ-коррелят регressive онтогенетической инверсии функционирования мозга следует искать в инверсии возрастной генерализации локализованных для бодрствования основных ритмов биоэлектрической активности мозга в гипнозе [24], что также выявлено [32].

Итак, ЭЭГ исследования гипноза соответствуют нашей модели гипноза.

Гипногенный стресс

Положения 5-8 интегративной теории гипноза разработаны нами [22] на основе четырехкратных динамических исследований влияния гипнотерапии на систему крови (до и после начального и заключительного сеансов гипнотерапии неврозов). Изученная нами динамика гематологических, биохимических, иммунологических показателей в течение сеанса и курса гипнотерапии носит паттерновый характер, включая умеренный нейтрофилез, лимфопению, моноцитопению, эозинопению, некоторую количественную иммунодепрессию. Данного паттерна изменений системы крови известен как стресс-реакция; эозинопения и лимфопения связываются с активацией при стрессе гипофизарно-адреналовой системы [20, 1].

В ходе гипнотерапии функциональная значимость реакций нейтрофилеза, лимфопении, эозинофилии снижается, что сопровождается перестройками биологического гомеостаза, повышением общей резистентности и укладывается в канву эустресса. В основе биологического эффекта гипнотерапии лежит реакция эустресса, инициируемая наличием гипнотического состояния. Психологическая суггестия является регулятором интенсивности развивающейся стресс-реакции.

По валидным опосредованным признакам нами были выделены первичные и вторичные эффекты гипнотерапии [22]. Первичные биологические эффекты: 1) нейрогормональные; 2) нейромедиаторные. К нейрогормональным эффектам гипноза относятся показатели динамики эозинофилов и другие. Нейромедиаторные динамические эффекты гипноза с реципрокным влиянием на симпатическое (адреналин) и парасимпатическое (ацетилхолин) звенья вегетативной нервной системы выявляются по реакциям снижения и повышения количества лейкоцитов. Опосредованные биологические эффекты гипнотерапии: 1) иммунологические эффекты; 2) детоксикационные эффекты; 3) активация белкового обмена; 4) активация обмена билирубина; 5) активация обмена холестерина; 6) влияние на кинетику метаболизма тяжелых металлов.

Гипногенный стресс потенцирует: стресс-реализующую гипофизарно-адреналовую систему с выделением АКТГ, стероидных гормонов надпочечников; адреналин-ацетилхолиновую нейромедиаторную систему. Стероидный компонент гипногенной стресс-реакции оказывает постоянное влияние на показатели крови и, соответственно, всего организма. Нейромедиаторный компонент гипногенной стресс-реакции бивалентен и находится под реципрокным контролем вегетативной нервной системы, характеризуясь оптимизационной, реадаптационной динамикой вегетозависимых показателей крови и, соответственно, показателей организма.

Раскрытие биологических механизмов гипнотерапии на основе реадаптационно-стрессовой их природы, ставит два вопроса. Почему переход в состояние гипноза запускает стресс-реакцию? Какова морфофункциональная основа терапевтической эффективности гипногенной стресс-реадаптации?

Ранее описана вторично-феноменологическая модель, в которой развитие гипноза определяется наличием гипногенной ситуации. Выявляются два компонента пусковых механизмов гипногенного стресса. Экзогенным компонентом является оценка значимости субъектом гипногенной ситуации. Возрастание значимости гипногенной ситуации приводит к параллельному повышению гипнабельности, глубины гипноза и к повышению интенсивности развивающегося гипногенного стресса. Эндогенный, нейрогенный компонент гипногенного стресса основан на запуске стресс-реакции функциональной перестройкой в активирующей системе и коре головного мозга в момент развития гипнотического состояния. Его стрессогенность также растет по мере углубления гипнотического состояния.

Гипнотерапия представлена курсом гипнотизации с непродолжительным пребыванием пациента в гипнотическом состоянии. С учетом стрессогенного характера гипнотизации и состояния гипноза, курс гипнотерапии является процессом адаптации к коротким стрессорно-гипнотическим воздействиям, с характерными для данного класса стрессогений [16, 17] биологическими свойствами. Но, существуют значимые различия гипногенного стресса и иных стрессогений. Стрессогении с адаптацией к коротким повторным стрессорным воздействиям [17] (холод, гипоксия и др.), экзогенны и способствуют формированию ориентированной вовне доминирующей адаптационной системы. При достаточной интенсивности стресс-реакций возникает сочетание умеренного адаптационного компонента в экзогенно-направленной доминирующей системе с выраженным компонентом перекрестной резистентности и умеренным реактивационным компонентом. Гипногенный же стресс является эндогенным процессом с умеренно высокой интенсивностью стресс-реакции, адаптационным субстратом которого предстает нервная система в ее

взаимосвязи с организмом, а компоненты реадаптации и перекрестной резистентности интегрируются адаптационным компонентом, трансформируясь в реадаптационный процесс.

Родовая принадлежность гипногенного стресса к стрессогениям остается неизменной, ограничивающая терапевтическое использование гипнотерапии. При чрезмерной интенсивности гипногенного стресса возможен переход из звена реадаптации в звено дезадаптивного патогенеза. Неограниченно длительная гипнотерапия с умеренной интенсивностью гипногенного стресса способна снизить и истощить адаптационные ресурсы организма.

Предлагаемая модель морфофункциональных механизмов реадаптивного терапевтического эффекта гипнотерапии основана на нашей модели развития неспецифического патологического процесса [22], интегрировавшей: теорию стресс-адаптации Г.Селье [20], доминирующей адаптационной системы Ф.З.Майерсона [16], устойчивых патологических состояний Н.П.Бехтеревой [5], рефлексологии В.Ф.Ананина [2].

Согласно рефлексологическим представлениям [2], гипногенный стресс вызывает явление перераспределения энергетического потенциала ретикулярной формации (ЯРЭП РФ) головного мозга с мобилизацией, “перекачиванием” энергии стресс-реакции на микрозоны ретикулярной формации гамма (мРФ-гамма) имеющихся патологических очагов. Полученное избирательное приращение потенциала мРФ патологических очагов существенно усиливает их активирующую функцию в адрес поврежденных органов в русле реадаптации. Динамика реадаптационного процесса определяется восстановлением реципрокных соотношений симпато-тонической и ваготонической регуляции в рамках двойной реципрокной иннервации и происходит на основе обратного считывания хранящихся в долговременной памяти информационных матриц нормального и патологического устойчивого состояний организма и связующего их процесса дезадаптации [5]. Реадаптационный процесс развивается, опираясь на обратное считывание дезадаптационной информационной матрицы.

Нами описан феномен спонтанной гипнотической ноцицепции [22], характерный для неврозоподобных состояний и соматических заболеваний, проявляющийся спонтанно возникающими или усиливающимися при гипнотерапии болевыми ощущениями. Его анализ существенно углубляет понимание нейрофизиологии гипноза и гипнотерапии. Острые патологические процессы характеризуются одноэтапной регressiveвой динамикой гипнотической ноцицепции. Хронические патологические процессы характеризуются двухэтапной динамикой, включающей последовательно связанные прогрессивный и регressiveвой этапы. Прогрессивный этап динамики ноцицептивных ощущений

реализуется в начале гипнотерапии, когда происходит усиление, либо появление болевых ощущений в зоне локализации хронического патологического процесса. На регрессивном этапе ноцицептивные ощущения, обусловленные хроническим патологическим процессом, ослабляются или исчезают. Динамика гипнотической ноцицепции при острых и хронических патологических процессах спонтанна и отличается позитивным терапевтическим вектором.

Анализ нейрофизиологических механизмов динамики спонтанной ноцицепции при гипнотерапии острых и хронических патологических процессов приводит к следующим выводам.

1. Гипнотерапия активирует нейрофизиологические механизмы саморегуляции патологического процесса.

2. При острых патологических (травматических) процессах гипнотерапия одновременно стимулирует саморегуляционную санацию и анальгезию патологического очага.

3. При хронических патологических процессах гипнотерапия первоначально переводит ПО из хронического в острое состояние, а затем запускает процессы санации и анальгезии ПО по механизмам, близким к таковым для острых патологических процессов.

Наш анализ психологических механизмов гипнотерапии основывался на гипотезе о связи терапевтического эффекта гипнотерапии с ответной психологической (психобиологической) реакцией индивида на само наличие гипнотического состояния, на гипногенный стресс. Предпринято изучение интрапсихических механизмов гипнотерапии при неврозах и неврозоподобных состояниях экзогенно-органического генеза при двукратном, до и после гипнотерапии определении показателей MMPI [23].

Анализ интрапсихических механизмов психотерапии проведен нами с привлечением понятия системы психологических защит личности (СПЗЛ) [11, 19] и ее динамики при психотерапии с позиции психического гомеостаза [4, 5]. Рассмотрены прогрессивная, регрессивная, реактивационная динамики СПЗЛ. При прогрессивной динамике СПЗЛ развивается новый, высший "уровень" психологических защит (ПЗ), определяющий функционирование всей системы и перекрывающий недостаточность ПЗ предшествующего "уровня". Прогрессивная динамика СПЗЛ свойственна периоду личностного становления, позже может стимулироваться психогенной дефицитарностью системы, психотерапией. При регрессивной динамике СПЗЛ вследствие психотравмы происходит дезинтеграция высшего "уровня" ПЗ с активацией предшествующего в онтогенетическом отношении, берущего на себя регуляторные функции. Реактивационная динамика заключается в восстановлении функции

исходного высшего "уровня", нарушенного предшествовавшей регрессией.

Психотерапия необходима:

1) в случае обратимого психогенного блокирования механизмов нормальных высших ПЗ с регрессивным включением патологических защитных механизмов, что свойственно неврозам (реакциям, состояниям), непсихотическим реактивным состояниям, реакциям острого психического стресса, посттравматическим стрессовым расстройствам;

2) при дефицитарности ПЗ, изначальной - при психопатиях либо приобретенной - при невротических состояниях, психопатоподобных, неврозоподобных состояниях экзо- и эндогенной природы. Механизмы эффективной психотерапии при обратимом блокировании и дефицитарности СПЗЛ различны. Психотерапия психогений реактивирует ПЗ, тогда как психотерапия психопатий, психопатоподобных, неврозоподобных состояний, невротических состояний основана на формировании высшего "уровня" ПЗ по механизмам интериоризации высших психических функций.

Итоговый анализ материалов позволил сформулировать следующие положения.

1. Терапевтическое воздействие той же самой групповой гипнотерапии при неврозах и неврозоподобных состояниях различается: 1) для групп с единой нозологией и различным терапевтическим эффектом, 2) для групп с различной нозологией. Такое саногенное психологическое действие соответствует механизмам биологически-стрессового действия гипнотерапии, активирующей механизмы интрапсихической саморегуляции.

2. Интрапсихические механизмы гипнотерапии неврозов и неврозоподобных состояний качественно различны. Терапевтическая динамика при неврозах определяется позитивной динамикой эмоциональной сферы. При значительном улучшении состояния в ходе гипнотерапии позитивная динамика эмоциональной сферы имеет интегрированный характер, при улучшении состояния она ведет к снижению нервно-психического напряжения. Гипнотерапевтическая динамика неврозоподобных состояний обусловлена первичными сдвигами в сфере "личностно-поведенческого" реагирования, сопряженного с улучшением общесоматического состояния. При значительном улучшении состояния происходит целостная позитивная динамика общесоматического состояния, "личностно-поведенческого" реагирования, тогда как эмоциональная сфера не претерпевает существенных преобразований. В случае улучшения состояния позитивная динамика "личностно-поведенческого" реагирования фрагментарна, но сопряжена с динамикой эмоциональной сферы, подвергшейся деформации в ходе предшествующего развития патологического процесса.

3. Полученные данные указывают на зависимость эффективности проводимой гипнотерапии от

исходной структуры СПЗЛ и ее биологических первооснов. Данный вывод принципиален, он радикально расширяет представление о том, что эффективность гипнотерапии зависит исключительно от ее "правильности" в смысле концептуальной направленности и применяемого метода.

4. Крайним вариантом, характеризующим зависимость динамики СПЗЛ от ее исходной структуры, служит явление спонтанного частичного включения механизмов формирования СПЗЛ в гипнотерапии неврозов с клиническим эффектом улучшения состояния. Данное явление эмпирически фиксирует переход между психогенными и неврозоподобными состояниями, известный клинически.

Заключение. Следствия интегративной теории гипноза.

1. Потенциальный диапазон клинического применения гипнотерапия превышает ныне используемый. Теоретически использование гипнотерапии оправдано во всех случаях, когда гипногенное подключение реадаптационных ресурсов организма и психики может улучшить состояние пациента. Неправомерно применение гипнотерапии при острых ургентных состояниях, особо опасных инфекциях,

острых психозах. В остальном, применение гипнотерапии ограничивается диапазоном представлений о ее применимости гипнотерапевтов, врачей различных специальностей, пациентов.

2. Терапевтическая эффективность гипнотерапии определяется наличием и величиной реадаптационных ресурсов организма и психики индивида. Для современной психотерапии аксиоматично представление о том, что "правильная" терапия определяет "правильный", эффективный результат. "Правильная" гипнотерапия при отсутствии у пациента реадаптационных ресурсов всех уровней неэффективна. Однако и клинически, психологически "неправильная" гипнотерапия при наличии реадаптационных ресурсов пациента может оказаться безуспешной. "Правильность" гипнотерапии – важная, но не единственная составляющая успешного лечения.

3. Эффективность клинической гипнотерапии снижается в случаях ее применения на фоне приема фармакологических препаратов, выключающих или ослабляющих реадаптационные ресурсы организма, например, при длительном применении пациентами гормональных и гормоноподобных средств.

Литература:

1. Абрамов В.В. *Взаимодействие нервной и иммунной систем.* - Новосибирск, 1988. 166 с.
2. Ананин В.Ф. *Рефлексология (теория и методы).* М., 1992. 168 с.
3. Балонов Л.Я. *Последовательные образы. Физиология, фармакология, клиника.* - Л., 1971. 214 с.
4. Березин Ф.В. *Психическая и психофизиологическая адаптация человека.* - Л., 1988. - 270 с.
5. Бехтерева Н.П. *Здоровый и больной мозг человека.* 2-е изд., перераб. и доп.. - Л., 1988. 262 с.
6. Бурлачук Л.Ф. *Исследование личности в клинической психологии.* - Киев, 1979. 176 с.
7. Гиллиген С. *Терапевтические трансы: Руководство по эриксоновской гипнотерапии / Пер. с англ.* - М.: "Класс", 1997. - 416 с.
8. Глазер В.Д. *Зрение и мышление.* Изд. 2-е, испр. и доп. - СПб., 1993. 284 с.
9. Гримак Л.П. *Моделирование состояний человека в гипнозе.* М., 1978. 270 с.
10. Жирмунская Е.А. *Функциональная взаимозависимость больших полушарий мозга человека.* Л., 1989
11. Зачепицкий Р.А. *Социальные и биологические аспекты психологической защиты // Социально-психологические исследования в психоневрологии.* Л., 1980. с. 23
12. Зенков Л.Р., Ронкин М.А. *Функциональная диагностика нервных болезней.* М., 1991. – 640 с.
13. Кратин Ю.Г. *Анализ сигналов мозгом.* - Л., 1977. 240 с.
14. Кратин Ю.Г., Сотников Т.С. *Неспецифические системы мозга.* - Л., 1987. - 159 с.
15. Лебединский М.С. *Очерки психотерапии.* - Л., 1971
16. Мейерсон Ф.З. *Адаптация, стресс и профилактика.* - М., 1981. 278 с.
17. Мейерсон Ф.З., Пиленникова М.Г. *Адаптация к стрессорным ситуациям и физическим нагрузкам.* - М., 1988. 256 с.
18. Павлов И.П. *Полн. собр. соч. Изд. 2-е, т.3 кн. 1-2. - М.; Л., 1951*
19. Савенко Ю.С. *Проблема психологических компенсаторных механизмов и их типология // Проблемы клиники и патогенеза психических заболеваний.* - М., 1974. - с. 95- 112
20. Селье Г. *Стресс без дистресса.* 3-е изд. - М., 1979. 124 с.
21. Слободянник А.П. *Психотерапия, внушение, гипноз.* - Киев, 1982. - 376 с.
22. Тукаев Р.Д. *Феноменология и биология гипноза (теоретический анализ и практическое применение).* - Уфа, 1996, 270 с.
23. Тукаев Р.Д. *Психотерапия: структуры и механизмы.* – Москва, 2002, 270 с.
24. Фарбер Д.А., Фрид Г.М. *Возрастные особенности пространственно-временной организации электрической активности мозга в состоянии спокойного бодрствования // Формирование системной организации психофизиологических функций в процессе индивидуального развития ребенка.* – М., 1982, с 2-17

-
-
25. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. - М., 1989. 456 с.
26. Хеллер С., Стил Т. Монстры и волшебные палочки/Пер. с англ. - Киев, 1995. - 284 с.
27. Barber T.X. Physiological effects of "hypnosis" // Psych. Bull. 1961, V. 50, № 5, P. 390-419
28. Bowers K.S. Hypnosis: an informational approach // Ann. N.Y. Acad. Sci., 1977, № 296, P. 222-237
29. Cerny M, et al. Cardiovascular reactions to physical exertion, psychogenic stress and to hypnotically induced emotions // Act. Nerv. Super., 1975 V. 17, 1, P.38-39
30. Chen A.C., Dvorkin S.F., Bloomquist D.S. Cortical power spectrum analysis of hypnotic pain control in surgery // Int. J. Neurosci., 1981, V. 13, № 2-3, P.127-136
31. Crawford H.J., Crawford K., Koperski B..J. Hypnosis and lateral cerebral function as assessed by dichotic listening // Biol. Psychiatry, 1983, V.18, № 4, 415-427
32. Crawford H.J., et al., Sustained attentional and disattentional abilities: differences between low and highly hypnotizable persons // Abnorm. Psychol., 1993, V. 102 № 4, p. 534-543
33. Crawford H.J., Clarke S.W., Kitner-Triolo M. Self-generated happy and sad emotions in low and highly hypnotizable persons during waking and hypnosis: Laterality and regional EEG activity differences // Int. J. Psychophysiol., 1996, V. 24, № 3, p. 239-266
34. Crawford H.J., Clarke S.W., Kitner-Triolo M. Self-generated happy and sad emotions in low and highly hypnotizable persons during waking and hypnosis: Laterality and regional EEG activity differences // Int. J. Psychophysiol., 1996, V. 24, № 3, p. 239-266
35. Crawford H.J., Horton J.E. Why can't we all control pain with hypnosis? Behavioral, neurophysiological and morphological brain differences may be the answer // 15th International Congress of Hypnosis. October 2 – 7, 2000, p. 30
36. DePascalis V., Penna P.M. 40-Hz EEG activity during hypnotic induction and hypnotic testing // Int. J. Clin. Exp. Hypn. 1990. vol. 38, N 2. p. 125-138
37. DePascalis V., Carboni G. P300 event-related-potential amplitudes and evoked cardiac responses during hypnotic alteration of somatosensory perception // Int. J. Neurosci., 1997, V.92, № 3-4, P. 187-207
38. Fromm E. An ego psychological theory of hypnosis and the research evidence supporting it // Jerusalem Lectures on Hypnosis and Hypnotherapy. Hypnosis International Monographs Number 1, Munich, 1995, p. 31-44
39. Frumkin L.R., Ripley H.S., Cox G.B. Changes in cerebral hemispheric lateralization with hypnosis // Biol. Psychiatry, V. 13, № 6, p. 741-750
40. Gill M., Brennan M. Hypnosis and related States. - N.Y., 1950, 405 P
41. Granney J., McConkey K.M. Seating preference, hypnotizability, and imagery ability // Percept. Mot. Skills, 1980, V.50, № 3, Pt 2, p. 1175-1178
42. Green J.P. Hypnotizability, the dissociative experience scale, HGSHS: A amnesia, and automatic writing: is there an association? // Int. J. Clin. Exp. Hypn., 1997, V. 45, № 1, p. 69-80
43. Gruzelier J., Brown T., Perry A., Rhonder J., Thomas M. Hypnotic susceptibility: a lateral predisposition and altered cerebral asymmetry under hypnosis // Int. J. Psychophysiol., 1984, V.2, №2, p. 131-139
44. Hall H.R., Mumma G.H., Dixon R. Voluntary immunomodulation: a preliminary study // Int. J Neurosci., 1992, V. 63 № 3-4, p. 275-285
45. Hilgard E.R. A neodissociation interpretation of pain reduction in hypnosis // Psychol. Rev., 1973, V. 80, № 5, p. 396-411
46. Jasiukaitis P., Nouriani P., Hugdahi K., Spiegel D. Relateralizing hypnosis: or, have we been barking up the wrong hemisphere? // Int. J. Clin. Exp. Hypn., 1997, V. 45, № 2, p. 158-177
47. Kirsch I., Linn S.J. Hypnotic involuntariness and the automaticity of everyday life // Am. J. Clin. Hypn., 1997, V. 40, № 1, p. 329-348
48. Kubie L.S., Margolin S. The process of hypnotism and the nature of the hypnotic state // Amer. J. Psychiatr., 1944, V. 100, p. 611-622
49. McCann C.C., et al. The role of personality factors and suggestion in placebo effect during mental stress test // Br. J. Clin. Pharmacol., 1992, V.33, № 1, p. 107-110
50. Meyer H.K., Dichl B.J., Ulrich P.T., Meinig G. [Changes in regional cortical blood flow in hypnosis]//Z. Psychosom Med. Psychoanal., 1989, V. 35, № 1, p. 48-58
51. Orne M. The nature of hypnosis: artifact and essence // J. abn. psychol., 1959, V.58, p.227-229
52. Ray W.J. EEG concomitants of hypnotic susceptibility // J. Clin. Exp. Hypn., 1997, V. 45, № 3, p. 301-313
53. Rossi E.L. Hypnosis and ultradian cycles: a new state(s) Theory of hypnosis? // Am. J. Clin. Hypn., 1982, V. 25, № 1, p. 21-32
54. Sabrin T.R. Contributions to role-taking theory: hypnotic behavior // Psychol. Rev., 1950, V.5, p. 255-270
55. Wietzenhoffer A.M. The nature of hypnosis. Part II // Am. J. clin. hypn., 1963, V 10, p 295 - 321
56. White R.W. A preface to the theory of hypnotism//J. abn. soc. psychol., 1924, V. 18, p. 389-404
-
-

-
-
57. Whitehouse W.G., et al. Psychosocial and immune effects of self-hypnosis training for stress management throughout the first semester of medical school // *Psychosom. Med.*, 1996, V. 58, № 3, p. 249-263
58. Wyler-Harper J. et al. Hypnosis and allergic response // *Schweiz. Med. Wochenschr. Suppl.*, 1994, V. 64, p. 67-76
59. Yapko M. *Trancework*. Brunner & Mazel, 1990
60. Zachariae R., et al. Monocyte chemotactic activity in sera after hypnotically induced emotional states / */Scand. J. Immunol.*, 1991, V. 34, № 1, p. 71-79
61. Zeig J.K. Direct and indirect methods: Artifact and essence // *Jerusalem Lectures on Hypnosis and Hypnotherapy. Hypnosis International Monographs Number 1*, Munich, 1995, p. 17-30

МУЛЬТИМОДАЛЬНОСТЬ И ИНТЕГРАТИВНОСТЬ В КОНТЕКСТЕ РОССИЙСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Р.Д.Тукаев

Более года тому назад в преддверие Международного Конгресса «Психотерапия Европы - Психотерапия Азии» прошел базовый семинар по проблемам мультиmodalной российской психотерапии [4, 6], затронувший ряд существенных проблем российской психотерапии.

Материалы базовой дискуссии по мультиmodalной психотерапии

Термин мультиmodalность характеризует использование в теоретических исследованиях и практической работе совокупности концепций и методических приемов, выработанных в рамках нескольких различных психологических и клинических школ. Лидер дискуссии проф. В.В.Макаров, резюмируя свое видение развития российской психотерапии и ее оценку Европейской Ассоциацией Психотерапии, выдвинул оригинальную схему систематики и, одновременно, развития отечественной психотерапии, согласно которой мультиmodalная психотерапия подразделяется на эклектическую, интегративную и системную [4, 6].

Согласно данной концептуальной схеме, эклектическая мультиmodalная психотерапия имеет прагматическую направленность, атеоретично объединяя эффективные приемы различных модальностей. Интегративная мультиmodalная психотерапия образована системообразующей модальностью, ее теорией и практикой, дополняемой согласующимися с ней теоретическими конструктами и практическими приемами других модальностей. Эклектический и интегративный варианты мультиmodalной психотерапии описаны В.В.Макаровым одновременно и как этапы развития профессионального психотерапевта в России.

Системная мультиmodalная терапия рассматривается как некий перспективный посыл в развитии мультиmodalности, основанный на общем

психотерапевтическом подходе, дополненном частными модальностями психотерапии.

Несмотря на внешне спонтанный и временами противоречивый характер дискуссии, следует остановиться на двух значимых, хотя и не вполне прозрачных, ее положениях.

I. Оценка российской психотерапии в рамках ЕАП как эклектической мультиmodalной поверхности.

В предшествующем советском историческом периоде, российская психотерапия достаточно долго развивалась как клиническая медицинская психотерапия в рамках трех ведущих интегративных направлений: старейшей суггестивной интегративной психотерапии [1, 7, 10] (включавшей гипнотерапию и иные варианты гетеро-аутосуггестивной терапии), патогенетической психотерапии [5, 3] (индивидуальной и групповой), эмоционально-стрессовой психотерапии [9] (индивидуальной и групповой). Большинство российских медицинских, клинических психотерапевтов, сформировавшихся в советский период, получило интегративное образование и остается на позициях интегративной психотерапии по сей день. Данный интегративный подход базируется, прежде всего, на био-психо-социальной модели заболеваний, с клинической направленностью понимания проблем пациентов. Характерно, что все участвовавшие в дискуссии проявили себя интегративными (по систематике В.В.Макарова) высококвалифицированными психотерапевтами среднего поколения.

Психологически ориентированные и образованные психотерапевты, сформировавшиеся в постсоветский период под влиянием и при участии эмиссаров западной психотерапии, тяготеют к определенным западным модальностям психотерапии, либо являются сертифицированными в рамках общепринятых модальностей специалистами. Работа Комитета Модальностей ОППЛ за два последних года убедительно подтверждает выдвинутое положение (см.

Ежегодные Отчеты Председателя Комитета Модальностей Лиги [2]).

Однозначное представление о типаже эклектического мультимодального российского психотерапевта, возможно, отчасти действительно характеризует часть начинающих провинциальных психотерапевтов, но в основном является виртуальным изобретением интересующихся российской психотерапией европейских психотерапевтов, не владеющих русскоязычной психотерапевтической литературой. Поэтому, признание за российской психотерапией статуса мультимодальной требует скорейшего (!) интегративного и (по возможности) системного (в терминологии В.В.Макарова) содержательного наполнения.

2. Прошедшая дискуссия наметила некий общий вектор развития системной мультимодальной психотерапии.

В большинстве выступлений посыпал к системной мультимодальной психотерапии связывалась с: а) выходом за рамки известных теорий психотерапии; б) внедисциплинарным эвристическим подходом; в) экскурсом в гуманитарную, антропологическую область знания; г) холистической идеей.

Таким образом, не дав законченных ответов на заявленные вопросы (что и не являлось ее целью), базовая дискуссия констатировала актуальное понимание проблемы мультидименсиональности российской психотерапии и потенциальные направления развития ее теории и практики.

Интегративный и мультимодальный подходы в практике и исследованиях западной клинической психотерапии

Следует отметить, что универсализация, интегративность являются неотъемлемыми чертами любой продуктивно развивающейся и ориентированной на практику модальности психотерапии. Интегративность определяется практической потребностью расширения диапазона пригодности модальности, обусловленной прямой или косвенной конкуренцией с другими модальностями на психотерапевтическом рынке. Расширение диапазона пригодности модальности осуществляется за счет экспансии в клиническую и психологическую области, адаптации сроков терапии к существующему общественному запросу в направлении к краткосрочности, баланса групповых и индивидуальных форм в интересах повышения экономической рентабельности терапии [11] и т.д.. Однако в условиях жесткого традиционного разделения используемые интегративные теоретические подходы и практические приемы трактуются в модальностях не как интегративные, а описываются, как уникальные, присущие данной модальности (так, использование многими модальностями измененных состояний сознания ими не номинализуется, что позволяет отрицать связь с гипногией [11]). Поэтому интегративность любой узко-традиционной модальности (а

только на условиях интеграции и возможно ее длительное устойчивое развитие) можно определить как скрытую, маскированную интеграцию.

В современной психотерапии выделяются не только модальности, но и основные подходы психотерапии: психоаналитический, когнитивно-бихевиоральный, суггестивный [8]. В их рамках понятие интеграции используется открыто, поскольку интегрируются родственные теоретические постулаты и методические приемы. Такую интеграцию следует определить как внутригрупповую интеграцию.

Работа в рамках психотерапевтических подходов характерна для клинической психотерапии. Современная западная клиническая психотерапия представлена двумя ведущими подходами: когнитивно-поведенческим и психоаналитическим; что неизбежно поляризует ее интегративное движение на интегративно-когнитивно-поведенческое и интегративно-психоаналитическое.

Интегративный когнитивно-поведенческий подход в западной клинической психотерапии

Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ) изначально, с момента появления самого подхода, строилась на основе интеграции различных, экспериментально оцениваемых когнитивных и поведенческих техник, индивидуальных и групповых [12].

С конца 80-х годов прошлого века и по настоящее время в рамках КПТ ведется не только поиск интегративных методов клинической терапии, но и осуществляется разработка и исследование различных теоретических моделей психотерапии, в том числе и интегративного плана [12]. Именно в КПТ было начато проведение исследований доказательной эффективности психотерапии и механизмов психотерапевтического эффекта [51, 20, 28].

Интегративное движение в рамках КПТ обладает специфическими чертами, связанными с утилизацией стандартизованных исследовательских подходов, родственных бихевиоризму и когнитивной психологией. Приемы, методики и теоретические модели КПТ максимально конкретизированы, нацелены в применении на узко-конкретный клинико-диагностический диапазон: тревоги и депрессии [17, 58], переедания [28, 53], курения [60].

В целом КПТ занимает позицию фундаментальной научной дисциплины, подобно физике, химии, математике, имеющей неопровергнуто доказанные базовые теории, рядоположенные иным базовым теориям. С этим обстоятельством, вероятно, связаны выделение четких клинико-диагностических диапазонов применения КПТ и известный интерпретативный редукционизм.

Интегративный психоаналитический подход в западной клинической психотерапии

Интегративный посыл психоаналитической терапии (ПТ) также обусловлен универсальными

причинами и исходит из запросов практики. Однако наличие догматического теоретического фундамента в виде фрейдизма и узко-ритуальной практики первоначально привело к тому, что обще-интегративная, по своей сути, тенденция развития психоанализа проявилась во множественном отпочковании от «материнского» ортодоксального психоанализа семейства аналитических модальностей (Юнга, Адлера, Райха, Перлза, и др. [8]). Поэтому открытое использование и обсуждение интегративных подходов свойственно современным психоаналитическим, психодинамическим модальностям, исключая ортодоксальный психоанализ.

В остальном интегративная тенденция в современной клинической ПТ реализуется сходным образом с таковой в КПТ. Основой внутреннего, в пределах аналитического направления, интегративного развития ПТ являются психодинамические теории и модели [36, 41]. Клинически ориентированная ПТ также имеет узкую клинико-диагностическую направленность [47]. ПТ в своих интегративных вариантах теоретически опирается преимущественно, если не исключительно, на аналитические конструкты и постулаты [63].

Исследования универсальных характеристик процесса психотерапии как ступень развития интеграции в психотерапии

Клинико-экспериментальные исследования психотерапии, ее процесса и результатов в последние годы фокусируются на анализе различных характеристик пациента и психотерапевта, рассматриваемых через призму их терапевтических взаимоотношений. В данную категорию попадают: взаимопресекающиеся исследования терапевтического альянса, его характеристики и влияния на исход терапии; исследования межличностного взаимодействия в паре клиент - терапевт; исследования невербальных компонентов терапевтического взаимодействия. В ряде работ исследовано соответствие экспериментальных данных определенным теоретическим моделям, проведены транскультуральные исследования в психотерапии.

Исследования терапевтического альянса

Современные исследования терапевтического альянса проводятся в сопоставлении с исходами терапии. Показано, что терапевтические взаимоотношения (альянс), при сопоставлении исходов индивидуальной амбулаторной психотерапии, универсально значимы при аналитической, клиент-центрированной и поведенческой психотерапии [43]. Сила терапевтического альянса позитивно коррелирует с открытостью пациентов терапевту [29]. В семейной терапии выраженность терапевтического альянса в различной степени влияет на снижение интенсивности симптомов стресса у клиентов [37]: на 19% у матерей, на 54% - у отцов, на 39% -

у детей-подростков. Наличие межличностных проблем (проблем альянса) является лучшим предиктором исхода, чем выраженность дистресса [51, 52]. При КПТ ее исход зависит от межличностных отношений в терапии [40], а именно: 1) от роджерианских переменных терапевта (бескорыстной теплоты, позитивного отношения, эмпатии); 2) от терапевтического альянса; а также значимости таких личностных характеристик пациента, как: а) восприятие терапевта как уверенного в себе; б) открытости к обсуждению проблем; в) исходной готовности и потенциальной активности к терапевтическим изменениям. Параметры теплоты - холодности межличностных отношений определяют оценку альянса пациентом и терапевтом [35].

Исследования межличностного взаимодействия в паре клиент - терапевт

Изучение различных аспектов взаимодействия в паре клиент - терапевт существенно расширяют представления о межличностных механизмах психотерапии, полученные в исследованиях терапевтического альянса.

В исследованиях оценки действий терапевта клиентом и самим терапевтом с позиции их полезности и эмпатичности [19] показано что: обоюдные оценки были положительно скоррелированы по параметрам полезности и эмпатичности; однако длительный психотерапевтический контакт снижал степень соответствия парных оценок. Возможность выбора пациентом психотерапевта в эксперименте не влияет на итоговый результат психотерапии [46]. Экспериментально показано, что аффективная насыщенность взаимодействия терапевта с пациентом в психотерапии эффективно значима только при краткосрочной терапии [57]. Эмпирически подтверждено, что исход терапии определяется интеракцией Я-концепций пациента и терапевта, а рассогласование между Я-концепцией терапевта и его восприятием поведения пациента ухудшает результат терапии [64]. Изучение внешних факторов доверия клиента к психотерапевту показало, что предпочтение модальности применяемой психотерапии является значительно более весомым фактором, чем пол, возраст и психологический опыт терапевта [65].

Установлено, что суждения терапевтов о пациентах и их роли в консультировании в большей степени определяются характеристиками самих терапевтов [14]. Оказалось, что длительность психотерапии определяется преимущественно образованием и опытом работы психотерапевта, а не тяжестью психопатологии клиента и стоимостью терапии [52]. Вместе с тем, сопоставление оценок удовлетворенности терапевтической сессией пациента и терапевта выявило [54]: 1) пациенты высказывали большее удовлетворение при восприятии терапевта «теплым» и «чувствующим», что, однако, не

влияло на редукцию симптомов; 2) оценка терапевтами пациентов как «помогающих» или «защищающихся» была негативно связана с симптоматическим улучшением. Уточнено, что прогностическая значимость инструментальной оценки эффективности КПТ внешним наблюдателем высоко достоверна, тогда как таковая оценка терапевта и пациента отличается слабой достоверностью [30]. Возможной тому причиной является различие оценочных позиций пациента и терапевта [45]; пациенты заинтересованы в разрешении проблем и улучшении самочувствия; терапевты концентрированы на этиологии проблем и путях их разрешения; обе позиции субъективны.

Исследование невербальных компонентов терапевтического взаимодействия

Позы и телодвижения, как компоненты невербального поведения, являются важным источником клинической информации [22, 23], для системного описания которых наиболее подходит структурный подход [27]. В процессе психотерапевтической интеракции пациент и терапевт регулируют и координируют невербальное поведение для обеспечения устойчивого аффективного диалога как компонента терапевтического альянса [25]. Невербальные терапевтические интеракции пациента и терапевта используют идентичные поведенческие классы [65].

Экспериментальный анализ влияния невербальных компонентов поведения терапевта в клиент-центрированной психотерапии: непосредственностя, потенциала (статуса) и восприимчивости; продемонстрировал, что невербальное поведение терапевта служит основой интерпретации эмпатии, теплоты и эффективности [59].

Для лучшего понимания терапевтического действия предложен новый клинический конструкт-структурата интеракции, определяемый как повторяющиеся обаюдо воздействующие паттерны интеракции пациента и терапевта [38]. Восприятие, различение, понимание значения подобных повторяющихся интеракций рассматривается как базовый компонент терапевтического действия. Предполагается, что эффективность многих экспрессивных форм терапии (искусством, музыкой, катарсисом и. др.) определяется способностью клиента выражать свои переживания невербально и выражать свои чувства словами [15].

Экспериментальное исследование соответствия эмпирических данных интегративным теоретическим моделям психотерапии

В современной западной психотерапии существует тенденция сопоставления эмпирических данных психотерапии с общеизвестными клинико-психологическими и психологическими теориями, поскольку считается, что научность психотерапии может быть определена по двум частично

взаимосвязанным критериям: валидности ее теории; эффекту и эффективности терапии [18].

Объектом повторного экспериментального изучения и обсуждения стала Циркулярная Модель Личностных Расстройств Т.Миллона [62, 49], способствующая, как полагают, разработке моделей и техник клинической интервенции [26].

Привлекательной для психотерапевтов оказалась и персонологическая Пятикомпонентная Модель Личности, позволяющая детально описать потребности, чувства, побудительные мотивы и межличностный стиль пациента [48, 21]. Предполагается, что: Нейротицизм влияет на интенсивность и длительность дистресса пациента; Экстраверсия определяет энтузиазм пациента в терапии; Открытость влияет на реакцию пациента, на интервенцию терапевта; Соглашательство определяет реакции пациента на личность терапевта; Сознательность влияет на способность пациента осуществлять психотерапевтическую работу. Согласно Транстеоретической Модели [24], отношение пациента к своему заболеванию стадийно и определяет участие в терапии, в форме прекращения, участия, влияя на терапевтический альянс. В ходе работы по развитию основополагающего подхода к психотерапии всех личностных расстройств создана двухкомпонентная клиническая теоретическая модель [44], прошедшая эмпирическую оценку и включающая: 1) общие стратегии терапии всех форм личностной патологии; 2) специфический компонент, нацеленный на индивидуальную терапию.

Мультимодальная теория психотерапии [33, 34] выдвигает структурное соответствие психологических профилей терапевта и клиента, как наибольшей степени определяющее результат психотерапии и удовлетворенность клиента.

В качестве основы любой терапии выдвигается разговорная трансакция [13], формирующая взаимный опыт пациента и терапевта, позволяющая пациенту заново опосредованно пережить излагаемые события, основываясь на том, как в его представлении переживает их терапевт. Считается, что невербальные формы коммуникации (музыка, движение, искусство) формируют среду обаюдного опыта переживаний пациента и терапевта. Опыт совместных переживаний понимается как общий терапевтический фактор для разговорной терапии, музыкотерапии, арттерапии, двигательной терапии, обыденного социального взаимодействия и некоторых целительских практик в других культурах.

На основе кибернетической концепции предложена теория константных черт, описывающая как человеческие системы подходят к решению проблем [16]. Осуществлена попытка сопряжения психоаналитической теории с формально-логической «Модельной Теорией» Биона [60]. В качестве интегративной парадигмы для психотерапии предложена теория процессов, заимствованная из

физики и физиологии и основанная на математической динамике и философии Гераклита [39]. Сопоставление открытой и закрытой кибернетических моделей положенных в основу системной терапии, показывает, что обе могут объяснить функционирование всех психотерапевтических модальностей [31].

Транскультуральный аспект интегративного подхода к психотерапии

Проведение психотерапии в различных monoэтнических и полиэтнических сообществах, равно как и антропологические исследования целительства расширили современные представления о природе и механизмах психотерапии. В результате подобных транскультуральных исследований показано, что универсализм современных методов психотерапии относителен, поскольку они тесно взаимосвязаны с «картиной мира» и образом жизни, а потому возможности их переноса из одной культуры в другую ограничены [50].

Сформулирован эмпирически обоснованный взгляд на психотерапию как на целительство культурой [32], где культура определяется как система верований, смыслов и поведенческих паттернов. Утверждается, что культура играет важнейшую роль в психотерапии, что упускается психотерапевтическими теориями. Отмечается, что психотерапевтическими и антропологическими исследованиями последних десятилетий установлено, что общие верования о болезнях и их лечении, разделяемые терапевтом и пациентом являются центральными факторами в определении болезненного поведения и исходы терапии. Фактически такая система верований определяет до 60% эффективности терапии.

С культурологических позиций выделены две базовых системы организации Я, различающихся по автономности и взаимозависимости благополучной личности в зависимости от ее культуральной, социальной принадлежности [55]. В коллективистских культурах, преимущественно не Западных, для поддержания психического здоровья люди нуждаются в высоком уровне взаимосвязей и ограниченном уровне автономии. В индивидуалистических культурах, преимущественно Западных, для поддержания психического здоровья люди нуждаются в высоком уровне автономии взаимосвязей и ограниченном уровне взаимосвязей. Эффективная психотерапия психотерапевта должна учитывать коллективистскую или индивидуальную направленность пациента [42].

Обсуждение и подведение итогов

Проведенный нами краткий анализ интегративных тенденций развития психотерапии в России и мире свидетельствует, на наш взгляд, о сложном соотношении их моно-, мультимодальности и интегративности.

1. Историческая динамика любой мономодальной психотерапии в условиях конкуренции характеризуется существенным расширением формального, методического и терапевтического диапазона ее применимости в психологической и клинической области. Поэтому любая форма развивающейся психотерапии неизбежно сущностно интегрирует, в первую очередь, приемы, подходы и методики иных модальностей. Следовательно, степень формальной догматизации теоретических основ и практики модальности психотерапии, не влияя на интегративность развития, определяет ее форму:

1) при полной догматизации и формализации модальности ее интегративное развитие конфликтно и осуществляется отпочкованием новых, сходных модальностей, расширяющих диапазон применимости исходной модальности в практической и теоретической областях (пример классического психоанализа);

2) при высокой степени догматизации и формализации модальности имеет место скрытая, маскированная интеграция;

3) при умеренной степени формальной догматизации, характерной для клинических модальностей в рамках психотерапевтического подхода, имеет место признаваемая внутригрупповая интеграция, в сочетании со скрытой межгрупповой интеграцией;

4) существует возможность полной, открытой, действительно мультиmodalной интеграции.

2. Современные экспериментальные исследования механизмов психотерапии имеют отчетливую тенденцию к выявлению универсальных, интегративных ее механизмов. Научный поиск преимущественно сконцентрирован на изучении механизмов межличностного взаимодействия пациента и терапевта с выделением различных коммуникативных каналов и модальностей (вербальных, невербальных, аффективных, когнитивных, поведенческих). В значительно меньшей степени исследованы биологические, внутренние (биологические, интрапсихические) и культуральные, социально-психологические механизмы психотерапии.

3. Предлагаемые термин и понятие мультиmodalной системной психотерапии нуждаются в теоретическом и методическом уточнении.

Очевидно, что мультиmodalная системная психотерапия нуждается в собственной теории и не может быть построена ни на теориях модальностей и подходов психотерапии, ни на попытке их эклектического смешения.

Вышеупомянутый постулат о признании научности психотерапии на основании валидности ее теории и практической эффективности нуждается в прояснении. Данный постулат формально логичен, но, по нашему мнению, обладает двойной парадоксальностью, поскольку: 1) все распространенные психотерапевтические модальности обладают (принципиально равной!!!) эффективностью; 2)

герметизм, или циклическая замкнутость понятийного аппарата обеспечивает внутреннюю валидность теорий, как отдельных модальностей, так и направлений психотерапии; 3) использование внешних теоретических конструкций, заимствованных из психологии, психиатрии, теории систем и т.п., с собственным циклически замкнутым понятийным аппаратом неизбежно воссоздает ситуацию внутренней валидности подобных психотерапевтических теорий. В свете анализируемого постулата все уже разработанные к настоящему времени теории психотерапии научны и рядоположены в своей научности. Поэтому построение теории интегративной мультимодальной психотерапии на основе понятийно герметических теоретических конструктов невозможно в принципе.

Мы полагаем, что на основании изложенного материала, наиболее вероятным направлением теоретического поиска может стать основанное на системном подходе двухуровневое, двухкомпонентное описание психотерапевтического процесса включающее:

1) компонент комплексной психологической интеракции, содержащий (а) социально-психологический, культуральный субкомпонент и (б) субкомпонент межличностного, интерперсонального взаимодействия;

2) генерируемый и поддерживаемый психологической интеракцией сложнейший компонент

психобиологической реакции индивида на психотерапевтическое воздействие, включающий интрапсихические саногенные механизмы и комплекс организменных механизмов (биологических, нейрофизиологических, нейрогормональных и т.д.).

Оба компонента психотерапевтического процесса сопряжены многочисленными и сложными прямыми и обратными связями.

Мы полагаем принципиально значимым открытый характер такого двухкомпонентного межсистемного описания психотерапевтического процесса, уточняемого, дополняемого, ревизируемого по мере роста системы знаний об обществе, человеке и его организме. Более подробно предлагаемая межсистемная теоретическая модель психотерапии будет описана во второй части данной статьи.

Существуют и методические проблемы определения психотерапии как межсистемной мультимодальной, хотя они носят, скорее формальный характер. Вероятная идентификация системной мультимодальной психотерапии предполагает наличие двух признаков: 1) принятие в качестве теоретической основы открытого межсистемного описания психотерапевтического процесса; 2) использование на теоретической основе межсистемного описания психотерапевтического процесса приемов, методик двух и более модальностей психотерапии.

Литература:

1. Буль П.И. *Основы психотерапии*. - М., 1974, 302 с.
2. Бурно М.Е. *Основные положения отчетного доклада председателя комитета по модальностям психотерапии к пленарному заседанию V Съезда Профессиональной Психотерапевтической Лиги // Профессиональная Психотерапевтическая Газета № 5 (12), май 2003. - С. 4*
3. Карвасарский Б.Д. *Психотерапия*. - М., 1985, 298 с.
4. Макаров В.В. *Становление российской мультимодальной психотерапии // Психотерапия*. - № 2, 2003. - С. 3-6
5. Мясищев В.Н. *Психология как система средств воздействия на психику в целях восстановления здоровья // Психотерапия при нервных и психических заболеваниях*. - Л., 1973. - С. 7-20
6. Общероссийская Общественная Организация Профессиональная Психотерапевтическая Лига // Вопросы ментальной медицины и экологии. - Т. 9. - № 1, 2003. - С. 94-98
7. Платонов К.И. *Слово как физиологический и лечебный фактор*. - М., 1962, 532 с.
8. *Психотерапевтическая энциклопедия (под редакцией Б.Д.Карвасарского)*. - СПб., 1998, 752 с.
9. Рожнов В.Е. *Эмоционально-стрессовая психотерапия // Руководство по психотерапии, 3-е изд. - Ташкент, 1985. - С. 29-45*
10. Слободянник А.П. *Психотерапия, внушение, гипноз*. - Киев, 1982, 376 с.
11. Тукаев Р.Д. *Психотерапия: структуры и механизмы*. - М., 2003, 296 с.
12. Федоров А.П. *Когнитивно-поведенческая психотерапия*. - СПб., 2002, 352 с.
13. Adier H.M. *Toward a multimodal communication theory of psychotherapy: the vicarious coprocessing of experience // Am J Psychother*, 1997, v. 51 (1), p. 54-66
14. Bernstein B.L., Lecomte C. *Therapist expectancies: client gender, and therapist gender, profession, and level of training // J Clin Psychol*, 1982, v. 38 (4), p. 744-754
15. Berry D.S., Pennebaker J.W. *Nonverbal and verbal emotional expression and health // Psychother Psychosom*, 1993, v. 59(1), p. 11-19
16. Breunlin D.C. *Toward a theory of constraints // Marital Fam Ther*, 1999 v. 25(3), p. 365-382
17. Brewin C.R. *Theoretical foundations of cognitive-behavior therapy for anxiety and depression // Annu Rev Psychol*, 1996, v. 47, p. 33-57

-
-
18. Buchkremer G., Klingberg S. [What is science-based psychotherapy? On the discussion of guidelines for psychotherapy research] [Article in German] // Nervenarzt., 2001, v. 72 (1), p. 20-30
19. Caskey N.H., Barker C., Elliott R. Dual perspectives: clients' and therapists' perceptions of therapist responses // Br J Clin Psychol., 1984, v. 23 (Pt 4), p. 281-290
20. Cormac I., Jones C., Campbell C. Cognitive behavior therapy for schizophrenia (Cochrane Review) In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software
21. Costa P.T. Clinical use of the five-factor model: an introduction // J. Pers Assess., 1991, v. 57 (3), p. 393-398
22. Davis M., Hadiks D. Nonverbal behavior and client state changes during psychotherapy // J Clin Psychol., 1990, v. 46(3), p. 340-351
23. Davis M., Hadiks D. Nonverbal aspects of therapist attunement // J Clin Psychol., 1994, v. 50 (3), p. 393-405
24. Derisley J., Reynolds S. The transtheoretical stages of change as a predictor of premature termination, attendance and alliance in psychotherapy // Br J Clin Psychol., 2000, v. 39 (Pt 4), p. 371-382
25. de Roten Y., Darwish J., Stem D.J., Fivaz-Depeursinge E., Corboz-Wamery A. Nonverbal communication and alliance in therapy: the body formation coding system // J Clin Psychol., 1999, v. 55 (4), p. 425-438
26. Dorr D. Approaching psychotherapy of the personality disorders from the Millon perspective // J. Pers Assess., 1999, v. 72 (3), p. 407-425
27. Doudin P.A., Genoud G., Fivaz E. [Nonverbal communications and psychotherapy] [Article in French] // Ann Med Psychol (Paris), 1989, v. 147 (8), p. 811-821
28. Faith M.S., Fontaine K.R., Cheskin L.J., Allison D.B. Behavioral approaches to the problems of obesity. Behav Modif. 2000 Sep; 24(4):459-93. Review
29. Farber B.A., Hall D. Disclosure to therapists: what is and is not discussed in psychotherapy // J Clin Psychol., 2002, v. 58 (4), p. 359-370
30. Fenton L.R., Cecero J.J., Nich C., Frankforter T.L., Can-oil K.M. Perspective is everything: the predictive validity of six working alliance instruments // J Psychother Pract Res., 2001, v. 10 (4), p. 262-268
31. Glatzel P.M. [General system therapy-considerations on a universal therapy theory and its use on psychotherapy practice] [Article in German] // Fortschr Neurol Psychiatr., 1995, v. 63 (2), p. 49-58
32. Havenaar J.M. Psychotherapy: healing by culture // Psychother Psychosom., 1990, v. 53 (1-4), p. 8-13
33. Herman S.M., Richard L. The relationship between therapist-client modality similarity and psychotherapy outcome // J Psychother Pract Res., 1997, v. 7 (1), p. 56-64
34. Herman S.M. Therapist-client similarity on the multimodal Structural Profile Inventory as a predictor of early session impact // J Psychother Pract Res., 1997, v. 6 (2), p. 139-144
35. Hersoug A.G., Hoglend P., Monsen J.T., Havik O.E. Quality of working alliance in psychotherapy: therapist variables and patient/therapist similarity as predictors // J Psychother Pract Res., 2001, v. 10 (4), p. 205-216
36. Holmes J. The changing aims of psychoanalytic psychotherapy. An integrative perspective // Int J Psychoanal. 1998, v. 79(Pt2), p. 227-240
37. Johnson L.N., Wright D.W., Ketting S.A. The therapeutic alliance in home-based family therapy: is it predictive of outcome? // J Marital Fam Ther. 2002, Jan; 28(1):93-102
38. Jones E.E. Therapeutic action: a new theory // Am J Psychother. 2001, v. 55 (4), p. 460-474
39. Karasu T.B. Toward a clinical model of psychotherapy for depression, I: Systematic comparison of three psychotherapies // Am J Psychiatry, 1990, v. 147 (2), p. 133-147
40. Keijsers G.P., Schaap C.P., Hoogduin C.A. The impact of interpersonal patient and therapist behavior on outcome in cognitive-behavior therapy. A review of empirical studies // Behav Modif., 2000, v. 24 (2), p. 264-297
41. Keinanen M. The meaning of the symbolic function in psychoanalytic psychotherapy: clinical theory and psychotherapeutic applications // Br J Med Psychol., 1997, v. 70 (Pt 4), p. 325-338
42. Kim H.A. Theoretical and treatment issues of personality disorders in individualistic and collectivistic societies // Psychiatry Clin Neurosci., 1998, v. 52 (S) p. 242-245
43. Kopp W., Kassing S., Helle M., Auckenthaler A., Studt H.H. [Importance of the therapeutic alliance experience for the differential psychotherapeutic indication] [Article in German] // Psychother Psychosom Med Psychol., 2002, v. 52 (3-4), p. 173-178
44. Livesley W.J. A practical approach to the treatment of patients with borderline personality disorder // Psychiatr Clin North Am., 2000, v. 23 (1), p. 211-232
45. Llewelyn S.P. Psychological therapy as viewed by clients and therapists // Br J Clin Psychol., 1988, v. 27 (Pt 3), p. 223-237
46. Manthei R.J., Vitalo R.L., Ivey A.E. The effect of client choice of therapist on therapy outcome // Community Ment Health., 1982, v. 18(3), p. 220-229
47. Marie-Cardine M., Chambori O. [Psychotherapy in depression] [Article in French] // Rev Prat., 1999 v. 49(7) p. 739-743
-
-

-
-
48. Miller T.R. *The psychotherapeutic utility of the five-factor model of personality; a clinician's experience* // *J Pers Assess.*, 1991, v. 57 (3), p. 415-433
49. Millon T. *Assessment is not enough: the SPA should participate in constructing a comprehensive clinical science of personality*. Society of Personality Assessment // *J Pers Assess.*, 2002, v. 78 (2), p. 209-218
50. Pfeiffer W. [What makes a consultation therapeutic? On the cultural characteristics of psychotherapeutic methods] [Article in German] // *Psychother Psychosom Med Psychol.*, 1991, v. 41 (3-4), p. 93-101
51. Price J.R, Couper J. *Cognitive behavior therapy for adults with chronic fatigue syndrome (Cochrane Review)*. In: *The Cochrane Library, Issue 2, 2001*. Oxford: Update Software
52. Renk K., Dinger T.M., Bjugstad K. *Predicting therapy duration from therapist experience and client psychopathology* // *J Clin Psychol.*, 2000, v. 56 (12), p. 1609-1614
53. Riess H. *Integrative time-limited group therapy for bulimia nervosa* // *Int J Group Psychother.*, 2002, v. 52 (1), p. 1-26
54. Rudy J.P., McLemore C.W., Gorsuch R.L. *Interpersonal behavior and therapeutic progress: therapists and clients rate themselves and each other* // *Psychiatry*, 1985, v. 48 (3) p. 264-81
55. Sato T. *Autonomy and relatedness in psychopathology and treatment: a cross-cultural formulation* // *Genet Soc Gen Psychol Monogr*, 2001, v. 127 (1), p. 89-127
56. Saunders S.M. *Clients' assessment of the affective environment of the psychotherapy session: relationship to session quality and treatment effectiveness* // *J Clin Psychol.*, 1999, v. 55 (5), p. 597-605
57. Saunders S.M. *Pretreatment correlates of the therapeutic bond*. // *J Clin Psychol.*, 2001, v. 57 (12), p. 1339-1352
58. Sells S.P., Smith T.E., Sprenkle D.H. *Integrating qualitative and quantitative research methods: a research model* // *Fam Process*, 1995, v. 34 (2), p. 199-218
59. Sherer M., Rogers R.W. *Effects of therapists nonverbal communication on rated skill and effectiveness* / *J Clin Psychol.*, 1980, v. 36 (3), p. 696-700
60. Skelton R.M. *Bion's use of modern logic* // *Int J Psychoanal.*, 1995, v. 76 (Pt 2), p. 389-397
61. Stead L.F, Lancaster T. *Group behavior therapy programmers for smoking cessation (Cochrane Review)*. In: *The Cochrane Library, Issue 2, 2001*. Oxford: Update Software
62. Strack S., Choca J.P., Gurtman M.B. *Circular structure of the MCMI-III personality disorder scales* // *J Personal Disord*, 2001, v. 15 (3), p. 263-274
63. Subkowski P. [Model of residential psychoanalytic integrative parent-child therapy] [Article in German] // *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr.*, 1999, v. 48(6), p. 438-44
64. Talley P.P., Strupp H.H., Morey L.C. *Matchmaking in psychotherapy: patient-therapist dimensions and their impact on outcome* // *J Consult Clin Psychol.*, 1990, v. 58 (2), p. 182-188
65. Wong J.L. *Lay theories of psychotherapy and perceptions of therapists: a replication and extension of Fumham and Wardley*. // *J Clin Psychol.*, 1994, v. 50 (4), p. 624-632
66. Yarczower M., Kilbride I.E., Beck A.T. *Changes in nonverbal behavior of therapists and depressed patients during cognitive therapy* // *Psychol Rep.*, 1991, v. 69 (3 Pt 1) p. 915-919

ЭРИКСОНОВСКИЙ ГИПНОЗ КАК МОДЕЛИРОВАНИЕ СУБЪЕКТИВНОЙ РЕАЛЬНОСТИ

А.Н.Ушаков

Особенности явления характеризуемого как реальность, определяются индивидуальными чертами психофизиологии субъекта. Можно говорить о совпадении реальностей каждого субъекта лишь в общих наиболее значимых чертах, т.к. существует целый ряд фильтров восприятия, например, особенности афферентации, опыт, социо-культурные условия и т.д., индивидуализирующих представление о реальности. Поведение субъекта является результатом взаимодействия внешней и субъектной

реальности. И жалоба, с которой пациент обращается к врачу, по сути, представляет собой внешнее проявление неосознаваемой поведенческой мотивации, вошедшее в конфликт с социальными или индивидуальными установками пациента, т.е. общепринятой реальностью. Мы полагаем, что любое поведение, не деструктирующее личность, может нести позитивную нагрузку при соответствующих ему условиях. Неадекватное совпадение реальностей социума или личности с предъявляемым

поведением предполагает «не норму» либо осознаваемую пациентом, либо декларируемую обществом для данного индивида. Мы предполагаем, что любые психические и психосоматические девиации, имеющие клинический интерес, представляют собой защитную поведенческую реакцию, сформированную либо в момент воздействия стрессорного фактора (и в этом случае она адекватна условиям проявления), либо «включающуюся» по памяти о прошлых аналогичных событиях (по типу условного либо безусловного рефлекса без учета внешних условий проявления) и имеющую целью наиболее адекватное реагирование на кажущиеся или реальные изменения картины действительности.

Защитная адаптационная психическая реакция, реализуемая в девиантном поведении, представляет собой естественный неосознаваемый субъективный процесс, осуществляемый посредством оптимальных с точки зрения организма механизмов. Следует отметить, что «оптимальность» различно определяется на уровне сознательных действий и неосознаваемых установок. Например, человек зачастую не может рационально объяснить свои действия во время панической реакции. С точки зрения психотерапии поведенческих девиаций наибольший интерес представляют неосознаваемые мотивации. Проявление этих мотиваций в последующем может осознаваться субъектом не по мотивам, а по результатам собственного поведения. Если поведение осознаваемо, то оно корректируется в дальнейшем самим пациентом в соответствии с картиной действительности и не требует врачебного вмешательства.

В случае предъявления жалоб пациентом, врач сталкивается с ситуацией, когда подсознательно пациент уже определенным образом автоматически компенсировал исходную психическую проблему, однако, характер компенсации не удовлетворяет условиям ее реализации (в данном обществе, на данный момент времени, в сложившихся социокультурных условиях), что и приводит к обращению за специализированной помощью. Жалобы, т.о. представляют собой осознание результата действия неосознаваемого защитного мотива к «избеганию» травмирующих ситуаций. Они – жалобы, т.о. не имеют ничего общего с исходной проблемой и не нуждаются в коррекции сами по себе. Корректировать следует выбранный организмом и, не соответствующий некоторым из существующих условий социальной либо субъектной реальности, способ поведенческой компенсации исходной проблемы. Примером из нашей практики может служить опыт лечения пациентки с проблемой лишнего веса, возникшей как результат неосознаваемого поведенческого мотива к «избеганию» похудания. У пациентки в детстве было сформировано и в дальнейшем амензировано представление о том, что «рак вызывает похудание». Поэтому,

любые сознательные усилия и рациональные методы психотерапии, направленные на снижение веса приводили на определенном этапе к срыву адаптации и в конечном итоге превышению исходных весовых параметров. Лишь после инактивации подсознательного поведенческого мотива и амнезированной причины канцерофобии удалось получить стойкий положительный эффект.

Можно предполагать, что формирование триггер факторов поведенческих защитных рефлекторных реакций происходит в период максимальной восприимчивости субъекта, т.е. в период до 12-15 лет. В этой возрастной категории оказываются социально зависимые и, не имеющие достаточного права голоса, формирующиеся личности. В связи с выраженными колебаниями гормонального фона в пубертатный период, все психические явления (особенно травматичные) приобретают неадекватное эмоциональное сопровождение. Эмоционально заряженные аффекты посредством различных защитных механизмов психики вытесняются из сознательной сферы, сохраняясь в области неосознаваемого. При возникновении условий внешней или внутренней среды, по ряду характеристик (триггер факторы) эквивалентных происходившим ранее, происходит активация защитного поведения, неосознаваемая субъектом, и в ряде случаев, не учитывая внешние и внутренние условия проявления.

Таким образом, сталкиваясь с задачей, субъект ищет и находит оптимальное на данный момент времени решение, и в будущем при возникновении сходной проблемы использует уже имеющийся опыт. Это общий процесс использования как сознательного, так и неосознаваемого опыта. Но с клинической точки зрения, как терапевтической, так и психиатрической, интересен тот факт, что соматовегетативные реакции в большинстве случаев не произвольны и не подлежат сознательному контролю. Можно заключить, что патологическое изменение этих реакций является результатом использования неосознаваемого опыта.

Личность на неосознаваемом уровне в отличие от сознательного функционирования практически «не обучаема». Зафиксированные в прошлом механизмы решения задач, применяются независимо от изменения внешних условий, что порождает клиническое несовпадение реальностей субъекта и действительности.

Гипноз по методу М.Эрикссона с нашей точки зрения представляет собой процесс нефармакологического моделирования субъектной реальности. Возможность такого влияния обусловлена принципом множественных отражений образа, возникающих в ассоциативных зонах коры головного мозга при анализе поступающей информации. Любой объект внешней или внутренней среды при восприятии категоризируется по некоторым ограниченным характеристикам с данными прежнего

опыта. Анализ проводится по всем характеристикам органов восприятия (зрение, слух, тактильные ощущения, вкус, обоняние и др.) и временными характеристиками (прошлое, будущее, настоящее), что и порождает параллельное существование множества образов одного объекта в некоторый фиксированный момент времени. Заслугой М.Эрикссона является разработка метода ступенчатого моделирования субъектной реальности.

В общих чертах можно говорить о двух этапах метода: присоединение и ведение. Присоединение – это предоставление пациенту возможности убедиться в совпадении картины реальности у него и врача. Затем врач начинает вводить корректирующие элементы и, посредством ряда приемов, вынуждает пациента следовать за собой, постепенно изменения субъектную реальность пациента.

Наиболее значимым фактором действия метода является то, что коррекция восприятия реальности проводится в состоянии не-сознания – транса. Так как сознательное поведение может моделироваться самим пациентом, и только неосознаваемые поведенческие стереотипы клинически значимы, то и коррекция проводится на уровне «поломки», т.е. на уровне неосознаваемого реагирования.

М.Эриксон использовал три подхода изменения реальности пациента в состоянии терапевтического транса:

- **Соматический пример.** Например, М.Эрикссон сам предварительно показывал, как будет левитировать рука;

- **Вербальное сопровождение.** Достаточно детальное объяснение того, что будет происходить во время сеанса;

- **Одобрение получаемой реакции.** Это способ обратной связи для ограниченного трансом восприятия пациента, подтверждающий правильность характеристик возникающей новой реальности.

Использование этих трех приемов в различной модификации позволяет получить практический результат в подавляющем большинстве случаев.

С точки зрения предлагаемой выше гипотезы возникновения девиантных вариантов поведения, эрикссоновский гипноз позволяет реконструировать реальность пациента в соответствие с социально принятой нормой. Внесенные изменения превращаются в столь же естественный вариант реагирования, сколь и существовавшие ранее девиации. Но после терапевтического вмешательства эти девиации полностью соответствуют общепринятым нормам.

Предложенный М.Эриксоном метод позволяет уйти от термина болезнь и лечение к более адекватным с позиций современной психотерапии – неадаптивное поведение и моделирование субъектной реальности.

ВАРИАНТЫ ПАРАПСИХОТЕРАПЕТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ «САМ СЕБЕ ПСИХОТЕРАПЕВТ» ДЛЯ ЖЕНЩИН-МАТЕРЕЙ И ДЕТЕЙ-ПОДРОСТКОВ

П.М.Чибисов

г. Воронеж

Прелюдией данного сообщения является 25-летний опыт обучения приемам и навыкам саморегуляции различных контингентов населения.

Особое место следует отвести обучению женщин-матерей приемам и навыкам самооздоровления и оздоровления своих детей.

Так, родилась психотерапевтическая модель «Сам себе психотерапевт», где женщина-мать после обучения могла выступить в роли парапсихотерапевта для решения проблем своих детей, семьи и самой себя. Такое положение вещей подтверждали видные представители нашей отечественной психотерапии: И.З.Вельвовский «...каждая женщина, особенно в критической ситуации, сама себе психотерапевт, тем более после специального обучения.»¹ В.В.Макаров «Каждый человек по роду

своей деятельности соприкасающийся с людьми, занимается психотерапией!»².

Эта глубокая убежденность и автора этой статьи, который в течении нескольких десятилетий провел обучение по программе «Сам себе психотерапевт» – около 12 тысяч женщин, из них: а) 600 женщин – с целью профилактики болей в родах; б) 400 женщин – по более сложной программе – зачатие, беременность, роды, первичное общение.

Женщины достаточно легко усваивали техники самооздоровления и оздоровления своих детей, овладели приемами опосредования в различных аспектах, в том числе в использовании БАД при проведении цереброактивации детей. Мы использовали эклектический набор психотерапевтических приемов, в первую очередь, логопедию В.Франкла, так

¹ – И.З.Вельвовский «Психопрофилактика болей в родах» (1954)

² – В.В.Макаров «Избранные лекции по психотерапии» (2000)

как все женщины понимали свое смысловое предназначение матери, но не всегда знали, как реализовать этот смысл. Мы также использовали структурный анализ Э.Берна, который помог каждой женщине осознать три компонента своего «Я», а затем использовать эти понятия при воспитании своего ребенка, фигуру и фон Ф.Перлса, а также другие положения, которые могли работать в руках обученных матерей.

Так как через обучение прошло три поколения женщин-матерей, хотелось отметить трансформацию их активности: а) в советский период - средняя активность, 60% посещения; б) в постсоветский период (в первые годы перестройки) на фоне общего пробуждения, была очень высокая активность – посещаемость 90%; в) в последние 5 лет активность снизилась, хотя осталось понимание смысла и даже, что нужно делать для его достижения, но отсутствие материальных ресурсов привело их к экзистенциальной фрустрации. Отклик на посещение тренинга от 15% до 25%.

Женщина-мать, прошедшая обучение на программе «Сам себе психотерапевт» - создает предпосылку гармонизации не только в семье, но и во всем обществе, повышая авторитет психотерапии, ее понимание и необходимость создания психологически здорового общества.

Во втором варианте парапсихотерапевтической модели «Сам себе психотерапевт» приняли участие непосредственно дети и подростки в процессе реабилитации в условиях психосоматического санатория.

Всего прошло обучение-оздоровление 1600 детей и подростков в течение года (что составило почти 100%).

Дети и подростки позитивно приняли наши предложения сыграть роль психотерапевтов для решения своих проблем. Такой подход, с одной стороны, выполнил задачи психологической реабилитации, активацию личности в ее процессе, с другой, вооружил знаниями и практическими навыками, которые дети и подростки могут применять в повседневной жизни. Занятия были организованы в ритуально-игровом режиме, что поддерживало интерес к занятиям. В определенные моменты дети сами проводили занятия, как бы, выступая в роли психотерапевта.

В итоге дети и подростки четко усвоили, что такая психотерапия, чем занимается психотерапевт,

психолог, когда следует обращаться за психотерапевтической и психологической помощью. Дети и подростки легко овладели (легче, чем взрослые) навыками медитации, самонаведения идеомоторного транса, умением подключать ресурсы подсознания (эмоциональные, энергетические, ментальные), приемами нейтрализации стресса и образно-волевой мобилизации. Дети и подростки с интересом отнеслись к тематике о смысле жизни, судьбе автора логопедии В.Франклу, делали свои высказывания.

Дети начальных классов проходили обучение классами, вместе со своими учителями, которые наравне с детьми проходили обучение, чтобы продолжить использование определенных приемов во время обучения в школе.

В каждом заезде 2 класса детей (50 человек) начальных классов принимали участие в базовой программе «Коррекция осанки и личности», где эквивалентами стройности являются такие свойства личности, как спокойствие, уверенность и активность. Каждое личностное свойство имело свой телесный эквивалент (Руны Эггетсбергера).

Коррекция сутулости осуществлялась при помощи специальных корректоров. Все дети этой группы принимали БАД, которые психотерапевтически опосредовались.

Данную программу мы начали проводить с детьми начальных классов совместно с родителями в одном из лицеев города Воронежа. Родители в процессе занятий, к своему удивлению, очень много узнали нового о своих детях.

В каждом заезде наиболее активные дети принимали участие в областной телепередаче «Детское мнение», где делились своими достижениями и давали советы сверстникам и взрослым.

Выводы:

1. Парапсихотерапевтическое вовлечение различных контингентов населения повышает культуру людей и авторитет психотерапии
2. Формирует активную готовность пациента для участия в процессе психотерапии (К.Роджерс)
3. Повышает личностную устойчивость к неблагоприятным факторам среды, снижает предпосылку к развитию психогенных нарушений
4. Создает предпосылку для формирования Нового человека – эпохи гармоничного, здорового общества.

ПСИХИАТРИЯ

«ОГРАНИЧЕННАЯ» ВМЕНЯЕМОСТЬ В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

А.Т.Бабыкпаева

г. Алматы

«Ограниченнная» вменяемость не является некоторым промежуточным состоянием, между вменяемостью и невменяемостью («ограниченная» - уменьшенная вменяемость входит в состав вменяемости). «Ограниченнная» вменяемость подобно невменяемости имеет медицинский и юридический критерии. Медицинский критерий в части 1 ст. 17 УК РК звучит как психическое расстройство, то есть оно недифференцировано по видам, а выражено одним обобщающим понятием. Юридический критерий состоит из двух компонентов: интеллектуального и волевого – «не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими», т.е. ослаблен сознательно-волевой контроль (1).

Как отмечал Кондратьев Ф.В., степень интеллектуальной недостаточности может служить критерием вменяемости - невменяемости только в единстве с юридическим критерием и она должна оцениваться с учетом эмоционально-волевых расстройств (2). Ослабление сознательно волевого контроля может быть в рамках широкого круга психических расстройств. В их числе: органические расстройства различного генеза, легкая и умеренная умственная отсталость, психопатия, эпилепсия, шизофрения в стадии ремиссии. Соответствующие изменения психики пограничного уровня в силу, таких типичных паттернов поведения, как внешне недостаточная мотивированность криминального акта, жестокость, множественный характер повреждений и т.п., всегда представляются как значимый характер ограничения способности субъекта к контролю (прежде всего, волевому) за своим поведением в криминальной ситуации.

Судебные психиатры еще в прошлые века были озадачены тем, что в отношении некоторых лиц с психическими аномалиями, не всегда возможно применение норм исправительного права, хотя они и признаются вменяемыми в результате проведения судебно-психиатрической экспертизы.

Литература:

1. Уголовный кодекс РК. г. Алматы, 1997 г., 205 стр.
2. Кондратьев Ф.В. Методологические аспекты проблемы ограниченной вменяемости // Ограниченнная вменяемость. – М., 1996
3. Кудьярова Г.М. Зальцман Г.И. Судебная психиатрия. – Алматы, 1999, 207 стр.
4. Психиатрия, психотерапия жёне наркология // Научно-практический рецензируемый журнал. - № 1, 2004

Обсуждение вопроса обоснованности введения в уголовное законодательство «ограниченной» вменяемости имеет более чем вековую давность. В пользу ее признания говорили признанные психиатры XX века Э.Крепелин, В.М.Бехтерев, а также казахстанские психиатры, Г.М.Кудьярова, Г.И.Зальцман (3), Р.Г.Илешева, А.Т.Бабыкпаева. (4). Это говорит о необходимости гуманного подхода к людям вменяемым, но страдающим психическими расстройствами. Совершенно противоположного мнения о применении ст. 17 УК РК наши коллеги Оналбеков и др. (4).

До определенного времени ст. 17 УК РК не имела должного внимания в силу того, что вопрос применения «ограниченной» вменяемости остается в Республике Казахстан неразработанным. Статистические данные показывают, что, только начиная с 2000 года, на стационарной СПЭК данная статья УК РК стала применяться в практике, хотя в УК РК она имеет место еще с 1997 г.. В Российской Федерации ст. 22 УК применяется судебными психиатрами с момента введения нового уголовного кодекса, где звучит данная статья, т.е. с 1997 года.

С распадом СССР произошел разрыв наложенных десятилетиями профессиональных связей между научными и практическими учреждениями судебной психиатрии бывших союзных республик, что отрицательно сказалось на их деятельности. Видимо с этим и связано несколько «запоздалое» внимание в нашем государстве судебных психиатров к ст. 17 УК РК.

Подводя итоги можно сказать, что одной из приоритетных задач Казахстанской судебной психиатрии является разработка критериев оценки психических расстройств, к которым может быть применена ст. 17 УК РК. На основании этих критериев могут быть предложены более четкие формулировки в ст. 17 УК РК.

МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕНИЯМИ В УМСТВЕННОМ И ФИЗИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ

М.Б.Байкенов, А.Ж.Кадырова, Н.А.Жаксылыков

Осуществление основных направлений учебно-воспитательного процесса в школах различных типов невозможно без учета психического здоровья школьников. Состояние психического здоровья детей дошкольного и школьного возраста вызывает

особую тревогу, так как неврозы и психозы получили значительное распространение среди детей. Статистика показывает возрастание психоневрологических нарушений у детей Павлодарской области за 2001, 2002, 2003 годы.

Сведения о детях с ограниченными возможностями за 2001-2003 годы по Павлодарской области

	2001 год	2002 год	2003 год
Общее количество детей	3444	4351	5628
Из них инвалидов	1828	2351	2827

Чаще всего причинами психоневрологических нарушений являются болезни нервной системы, которые более чем в 40% случаях становятся причинами детской инвалидности и закономерно сопровождаются значительными нарушениями социальной адаптации.

Пребывание детей в школе это период их роста, развития, в котором организм восприимчив не только к благоприятным, но и к неблагоприятным воздействиям. Школьный период включает два так называемых критических возрастных периода, которые приходятся на возраст 6-7 лет (период перехода от дошкольного возраста к школьному, пубертатный - также наиболее тяжелый адаптационный период - это период перехода от начального обучения с одним учителем к предметному, с рядом новых учителей, период формирования собственного «я», выбора профессии и т.п.).

Каждый период протекает для многих детей не безболезненно, особенно для детей с психоневрологическими нарушениями. Учащиеся коррекционных образовательных школ, детских домов - это чаще всего дети с нарушениями психического здоровья, в диагнозах которых присутствуют различной степени резидуально-органического поражения центральной нервной системы, различные неврологические и психические синдромы и симптомы. Для них переломные периоды особенно опасны и критичны, период адаптации у таких детей более длительный и сложный.

Рассмотрим результат медицинского осмотра в Экибастузском детском доме «Умит». В нем проживают 120 детей, из них 80% детей имеют поражение ЦНС, у 74 детей определена задержка психического развития, 28 детей имеют психопатоподобный синдром, 12 - неврозоподобный синдром,

7 - умственная отсталость, 16 - нарушения слуха и зрения, 23 ребенка с нарушением опорно-двигательного аппарата и сопутствующие соматические заболевания.

В Каширском детском доме 102 ребенка дошкольного и школьного возраста, из них 79 детей имеют задержку психического развития, 16 детей гипертензионно-гидроцефальный синдром, 58 - психосоматические заболевания и прочие неврологические симптомы.

В областной вспомогательной школе-интернате 80% детей имеют психоневрологические нарушения, в том числе 8 детей - расстройство поведения, 45 - гипертензионный синдром, 70 - нарушение осанки, а также большой процент прочих психосоматических заболеваний.

Данные по медицинским осмотрам, по числу диспансеризации детей говорят о том, что контингент коррекционных образовательных учреждений требует особых медицинских и педагогических подходов к вопросу организации их жизни.

Решение вопроса о социальной адаптации ребенка с ограниченными возможностями является общей задачей медицинского персонала и педагогов, психологов, социальных педагогов. Очень важным является понимание того, что любое психоневрологическое лечение может лишь полностью или частично устраниТЬ неврологическую причину имеющегося у ребенка расстройства, но никак не может заставить ребенка говорить, овладеть двигательными или учебными навыками. Например, нарушение памяти и интеллекта, возникающие по причине эпилептических судорог, не могут исчезнуть благодаря противосудорожным препаратам. Лечение лишь устраняет судорожные приступы. В результате лечения ребенок становится доступным

обучению, т.е. лечение является как бы «лекарственной подушкой» для педагогического воздействия.

Основным содержанием жизни в школьном возрасте является учение. Одним из показателей актуального функционального состояния психики является умственная работоспособность. Уровень работоспособности на уроках и вне уроков определяется умственной нагрузкой. Чрезмерная умственная нагрузка - один из факторов возникновения неврозов, а для детей с интеллектуальной недостаточностью еще и фактор усугубления их психической нестабильности. Возникает ситуация, с которой ребенок не справляется, при этом возникает переутомление, пассивность, отказ от деятельности, и как следствие возникает истощение нервной системы, способствующей возникновению психозов. Поэтому строгая регламентация учебной нагрузки и внеклассных мероприятий способствует укреплению психофизического состояния детей и устраивает обострение патологических отклонений.

Критерием благоприятного психического состояния детей с отклонениями в развитии является положительный эмоциональный фон именуемый настроением. Эмоциональное состояние ребенка зависит от того, насколько он защищен от психотравмирующих ситуаций, приводящих порой к категорическим отказам от обучения, высокой конфликтности, нарушениям поведения и формированию отрицательных качеств, в результате чего может развиться стойкая дезадаптация. Преодоление психосоциальной адаптации, возникшей вследствие нервно-психического расстройства, возможно при осуществлении комплекса лечебных и педагогических мер воздействия. Нередко врач-психоневролог сталкивается с негативизмом педагогов, убежденных в бесперспективности развития ребенка. Примером неправомерных действий педагога является ситуация, когда педагог, зная о нарушениях эмоционально-волевой сферы ребенка, приводящих к возникновению аффективных вспышек и высокой конфликтности в общении с педагогами и одноклассниками, грозит ребенка положить в больницу. Таким образом, обостряется ситуация, вызывающая у ребенка еще больший негативизм к себе, следствием чего может быть побег или отказ от занятий. Подобная ситуация является абсолютно неприемлемой в этическом и юридическом плане.

Выполнение профессионального долга перед ребенком работниками и педагогами заключается не только в том, чтобы поддерживать его биологическое существование и развитие, но и обеспечить условиями для достижения ребенком возможной степени социальной адаптации. Практика с детьми, страдающими нервно-психическими расстройствами, доказывает, что когда рекомендации психоневролога выполняются педагогами, а рекомендации педагогов медицинскими работниками, успех коррекционного воздействия значителен и

порой превосходит все ожидания. Допустим, педагог отмечает частое нарушение поведения ребенка на уроке (расторможенность, деструктивность и т.п.), приглашает врача пронаблюдать поведение ребенка на уроках, затем вместе с врачом обсуждает характер отклонения в поведении. Только потом определяются лечебные и педагогические действия, так как не исключено, что субъективная оценка педагогом возникшей конфликтной ситуации может повести за собой неправильные действия врача.

Развитие психики ребенка является исключительно сложным, внутренне противоречивым процессом, подчиняемым взаимодействию многих факторов, главными из которых являются биологические и социальные. Поэтому задачи коррекционных мероприятий при различных формах недостатков развития должны основываться на следующих рекомендациях:

- изучение психофизической специфики интеллектуальной недостаточности;
- выявление причин недоразвития в микросоциальном и психолого-педагогическом окружении;
- определение медико-педагогического коррекционного воздействия для устранения выявленных причин, неблагоприятно действующих на психическое состояние ребенка.

Медико-педагогическая коррекция детей с ограниченными возможностями, опираясь на вышеизложенные рекомендации, включает следующие виды деятельности:

- профилактика психосоматических заболеваний;
- щадящий охранительный режим;
- общеукрепляющая физкультура, гимнастика, ритмические занятия;
- дневной сон;
- индивидуальный подход к учебным занятиям;
- психологический комфорт в окружающей среде;
- социально-психологическая коррекция семьи;
- система медико-педагогических мер по коррекции произвольного поведения и внимания;
- коррекция структуры деятельности;
- формирование специальных приемов умственной деятельности с постепенным усложнением содержания деятельности и характера задач;
- формирование коммуникативных функций через активизацию речевого общения, способствующего обширному овладению информацией об окружающем мире;
- мероприятия по коррекции личностных аспектов психического развития через направляемое общение.

Все усилия медицинских работников и педагогических коллективов должны быть направлены на предупреждение развития нарушений психики ребенка путем исключения из жизни школы тех факторов, которые их вызывают или обостряют.

Психогигиенические медико-педагогические мероприятия являются основной частью коррекционной поддержки детей с ограниченными возможностями,

которые направлены на достижение максимальной эффективности в охране психического здоровья детей.

Литература:

1. Сулейменова Р.А. *Система ранней коррекционной помощи детям с ограниченными возможностями в Казахстане*, Алматы, 2001
2. Иовчук Н.М. *Детско-подростковые психические расстройства*. – М., 2002
3. Ноткина Н.А., Казьмина Л.И. *Оценка физического и нервно-психического развития детей раннего и дошкольного возраста*. – Спб.: Детство-Пресс, 2003
4. Закон РК «О социальной и медико-педагогической коррекционной поддержке детей с ограниченными возможностями» от 11 июля 2002 г.
5. Каримова Р.Б. *Психосоциальные и клинические аспекты ментальной недостаточности у детей // Методическое пособие*, Алматы, 1998

И ЭТО ВСЕ О НЕМ... ГРАНДАКСИН ГЛАЗАМИ ПСИХИАТРОВ И ИНТЕРНИСТОВ

Г.Т.Бектаева, О.Н.Комарова

г. Астана

В рамках VI Российского национального конгресса «Человек и лекарство» состоялась дискуссия за «круглым столом», посвященная применению препарата грандаксин (тофизопам) в общемедицинской практике. Представительство венгерского фармацевтического завода «ЭГИС» в России пригласило на эту встречу ведущих специалистов в различных областях медицины, в результате чего присутствующие получили редкую возможность узнать оценку действенности грандаксина не только от психиатров и невропатологов, но и от интернистов.

С докладами выступили сопредседатели - заместитель директора ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского, руководитель Федерального центра пограничной психиатрии профессор Ю.А.Александровский и заведующий кафедрой нервных болезней ФППО ММА им. И.М.Сеченова, руководитель Центра вегетативной патологии, член-корреспондент РАМН А.М.Вейн, а также д.м.н. А.В.Ромасенко (ГНЦ им. В.П.Сербского), ведущий научный сотрудник НИИ кардиологии МЗ РФ (Санкт-Петербург) профессор Ю.В.Шубик, профессор А.И.Шатихин (кафедра пропедевтики внутренних болезней ММА им. И.М.Сеченова), профессор Э.В.Дудникова (кафедра детских болезней ФПК Ростовского государственного медицинского университета), руководитель кардиологического отделения Медицинского центра УД Президента РФ (Объединенная больница с поликлиникой) С.В.Калашников, заместитель главного врача клиники Института физиологии СО РАМН (г. Новосибирск) И.В.Савицкая, научный сотрудник Российского центра вегетативной патологии А.Р.Артеменко.

Сегодня существует большое число препаратов, отметил Ю.А.Александровский, с мощным

анксиолитическим, противотревожным действием, но среди них очень мало так называемых дневных транквилизаторов, к которым относится грандаксин. Производные бензодиазепинового ряда обладают целым комплексом побочных эффектов. Это миорелаксация, которая наступает благодаря определенному влиянию на полисинаптические связи на уровне спинного мозга, сомнелентные эффекты, влияние на память, атаксия, особенно у лиц пожилого возраста, наконец, привыкание с развитием физической и психологической зависимости. Грандаксин, несколько уступающий этим препаратам по анксиолитическому действию, лишен этих побочных эффектов.

В современной клинической психофармакологии, в клинической терапии обсуждается проблема качества жизни во время приема того или иного лекарственного препарата. По мнению многих специалистов, этот показатель значительно выше при приеме дневных транквилизаторов по сравнению с мощными анксиолитиками (диазепам, феназепам и др.). Поэтому пациент, принимающий препарат дневного действия грандаксин, который не вызывает сомнеленции и миорелаксации, остается активным; прекращения профессиональной деятельности в период лечения не требуется.

Невротические расстройства, при которых ведущими клиническими симптомами служат тревога, субдепрессия, страх, - это наименее специфические проявления психической дезадаптации человека. Невротические расстройства могут включаться в структуру любого заболевания: неврологического, психического, соматического. Грандаксин оказывает положительное влияние на неспецифические невротические феномены, легко комбинируется

с другими препаратами, поэтому с успехом может включаться в комплексную программу лекарственной терапии самых различных заболеваний.

Длительное время в клинической и экспериментальной фармакологии шла гонка за мощными препаратами, анксиолитическое и седативное действие которых превосходило бы известные препараты. В результате целый ряд средств, который показан в психиатрической практике, оказался не пригоден для лечения пограничных состояний. И только теперь становится понятна необходимость пристального изучения препаратов, подобных грандаксину, наделенному не только анксиолитической, но и вегетонормализующей, активизирующей способностью.

А.М.Вайн познакомил со схемой возникновения соматических заболеваний через активацию психическими факторами вегетативно-эндокринной системы: стрессор → стресс → симпатическая активация → гормональная активация → нарушения тканевого обмена → соматические заболевания. К сожалению, устранить стрессорные факторы не всегда возможно. Сегодня необходимо думать о том, как сделать человека «стессустойчивым», как снизить его чувствительность к стрессу. Здесь необходимо использовать психотерапевтические воздействия и психотропные средства.

Грандаксин как анксиолитический и вегетотропный препарат, несомненно, снимает психические проявления стресса на уровне симпатической активности. Он является средством профилактики очень многих соматических заболеваний - вот пафос сегодняшнего обсуждения грандаксина, подчеркнул А.В.Вайн. Наконец, практические врачи освобождаются от сложностей выписки психотропных препаратов: печать, рецепт, главный врач и так далее. Грандаксин можно выписывать на обычных рецептурных бланках, и в этом его гигантское преимущество.

Множество проблем, существующих в общесоматической практике, А.В.Ромасенко условно свела к трем. Первая - определенный психологический дискомфорт, возникающий у заболевшего человека, вторая - это большая группа истинных депрессивных и невротических расстройств, которые можно условно обозначить как соматизированные, и, наконец, третья - сочетание психической и соматической патологии.

Наиболее важная задача, стоящая перед психиатром и интернистом, - адаптация пациента к болезни. Такие симптомы как тревога, страх - еще не психические расстройства, это психические феномены. И вот здесь приходят на помощь транквилизаторы. Выбор препарата определяют его основные параметры: мощность, диапазон, побочные эффекты. В этом плане Грандаксин универсален. Он очень мягко устраняет компонент тревоги. Отсутствие эффекта сонливости позволяет назначать препарат в дневное время.

Опытом применения грандаксина у больных с гастроэнтерологической патологией поделился профессор А.И.Шатихин. Он рассказал о результатах двухнедельного исследования терапии грандаксином в дозе 100 мг/сут пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, с синдромом раздраженной кишки и с дискинезией желчевыводящих путей. Среди группы больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в основном были женщины, средний возраст - 38 лет, ведущие клинические синдромы - болевой, диспептический, астеновегетативный. У больных с синдромом раздраженной кишки астеновегетативный синдром был на первом месте. Больные жаловались на повышенную утомляемость, бессонницу, слабость, раздражительность, депрессивное настроение, тревогу, страхи о наличии тяжелого заболевания, вплоть до рака. В том, что у них всего лишь синдром раздраженной кишки, убедить их стоило большого труда, а некоторых не удавалось вовсе. У больных с дискинезией желчевыводящих путей на первом плане выступал болевой синдром, но и здесь обнаружен астеновегетативный синдром, проявляющийся повышенной возбудимостью, страхами.

При тестировании пациентов по целому ряду шкал отмечалась положительная динамика симптомов, в 97% случаев назначение грандаксина оказалось эффективным.

Наличием большого количества опасных для жизни побочных эффектов у собственно антиаритмических препаратов обосновал необходимость использования психофармакологических средств в лечении аритмий Ю.В.Шубик. В первую очередь привлекают внимание препаратыベンзодиазепинового ряда, которые оказывают анксиолитический эффект и нормализуют тонус вегетативной нервной системы. В их назначении нуждаются пациенты с симпатикозависимыми нарушениями ритма сердца, как желудочковыми, так и наджелудочковыми; больные ИБС, особенно перенесшие инфаркт миокарда, для предупреждения желудочковых фатальных аритмий и пациенты с субъективно плохо переносимыми нарушениями ритма сердца. Однако, побочные эффекты (слабость, вялость, заторможенность, невозможность концентрации внимания) ограничивают применение, например, феназепама или тазепама у этой категории больных. Особенно это актуально для больных, находящихся на амбулаторном лечении, многие из них молодые люди, которые занимаются умственным трудом, водят машины и т.д. И вот здесь препаратом выбора становится грандаксин (тофизопам), который эти больные могут принимать практически без ущерба для основной деятельности.

Опытом применения грандаксина у детей с гастродуodenальной патологией поделилась Э.В.Дудникова. В настоящее время выделяют целый ряд

факторов, которые приводят к морфологическим изменениям в слизистой оболочке желудка. В пубертатном периоде отмечается активность половых стероидов, которые обладают разнонаправленным действием на слизистую оболочку желудка. И если тестостерон оказывает выраженное раздражающее действие, то эстрадиол, напротив, способствует ее регенерации. Вот почему язвенная болезнь у девочек в этом периоде встречается крайне редко. Обращает на себя внимание, что у детей с парасимпатической направленностью отмечается значительное повышение продукции соляной кислоты и протеолитических ферментов, а в ответ на воздействие агрессивных факторов идет значительное снижение защитного слизистого барьера. Ведущими синдромами у детей с гастродуodenальной патологией являются диспептический и астеновегетативный. Проведенные исследования показали, что назначение грандаксина устраняет вегетативную дисрегуляцию, способствует восстановлению слизистого барьера, стимулирует антиоксидантную защиту.

Совсем новой и перспективной области медицины - нейроиммуноэндокринологии было посвящено выступление С.В.Калашникова. В настоящее время известно, что помимоベンзодиазепиновых рецепторов, локализованных в ЦНС и отвечающих за собственно психотропные эффекты, существуют еще периферические рецепторы, которые обнаружены практически во всех клетках организма. Их функция сегодня активно изучается и пока недостаточно ясна. В эксперименте показано, что грандаксин статистически достоверно изменял скорость пролиферации лимфоцитов, стимулированную митогеном, причем, показал себя как иммуномодулятор. В другом эксперименте выяснилось, что грандаксин и диазепам дозависимо увеличивают антипролиферативное действие кортикостероидов. Это, возможно, указывает на еще один антистрессовый механизмベンзодиазепинов, так как они, по-видимому, усиливают действие активно выделяющихся при стрессе кортикостероидов.

О результатах применения грандаксина в лечении тревожных расстройств у больных бронхиальной астмой рассказала И.В.Савицкая. Несмотря на разноречивые мнения о том, насколько бронхиальная астма является психосоматической патологией, нельзя не признать определенного вклада психоэмоциональных процессов в возникновение, развитие и течение этого заболевания и восприятия пациентами лечения. Сегодня доказано, что психоэмоциональные и общепринятые стимулы являются одним из компонентов патогенетического комплекса, определяющего развитие, течение и лечение бронхиальной астмы.

Многочисленные данные свидетельствуют о наличии тесно переплетенных в ЦНС системах реализации бронхоспазма. Ожидание приступа,

непредсказуемость этого состояния создают тревогу, и больные бронхиальной астмой демонстрируют высокий уровень негативных эмоций, а обострение заболевания часто связано с периодами повышенной эмоциональности. Восприятие степени бронхиальной обструкции, необходимости применения бронходилататора пациентами с высокими показателями тревоги, как правило, гипертрофировано, что приводит к потреблению медикаментов в значительных количествах, а также к большему снижению работоспособности и активности.

Для практических врачей интерес представляют вопросы, так называемых, психогенных или эмоциональных триггерах приступов удушья. В ряде работ педиатров было показано, что у детей с эндогенной формой бронхиальной астмы эмоциональные триггеры преобладают. Развитие психонейроиммунологии в последние годы, в частности, работы о возможности воспроизведения условно-рефлекторной иммуносупрессии, позволяет предположить, что в ряде случаев приступы удушья, вызываемые поллютантами, могут воспроизводиться условно-рефлекторным путем, при котором только мысль о наличии аллергена может запускать классическую реакцию. Эффективность индивидуальной психотерапии в настоящее время не вызывает сомнений, успех здесь достигает 50-70%. Однако, в ряде случаев, а это 35%, требуется медикаментозная коррекция.

Поэтому закономерным стало проведение исследования с применением анксиолитического препарата грандаксин на фоне базовой терапии. Прием препарата в течение 4 недель в дозе 150 мг/сут позволил выявить статистически значимую редукцию таких симптомов, как тревога, паника, страх, раздражительность, утомляемость, чувство неспособности контролировать сложившуюся ситуацию, супервентиляция и др. Отмечена хорошая переносимость грандаксина, побочные эффекты в исследуемой группе не наблюдались.

Таким образом, грандаксин оказался эффективным препаратом в лечении тревожных больных бронхиальной астмой и может быть рекомендован для более широкого применения у данной категории пациентов.

О возможностях коррекции перманентных вегетативных нарушений у больных с психовегетативным синдромом сообщила А.Р.Артеменко. Клинический эффект (уменьшение частоты и выраженности вегетативных нарушений) отмечался у 93% пациентов, получавших монотерапию грандаксином. Регressировали тревожные и депрессивные проявления, улучшилось качество жизни. Полученные результаты подтверждаются не только клинико-неврологическими, но и инструментальными методами. Отмечена нормализация параметров вызванных кожных симпатических потенциалов; результаты спектрального анализа вариативности

сердечного ритма, пяти стандартных кардиоваскулярных тестов (по Ewing) изменение функциональной активности на уровне сегментарных механизмов вегетативной регуляции сердечнососудистой системы.

Подводя итоги дискуссии сопредседатели Ю.А.Александровский и А.М.Вейн отметили, что у грандаксина, несомненно, большое будущее, причем, не только в лечении, но и в профилактике

различных патологических состояний. Особая оценка дана стратегии поведения на отечественном рынке производителя грандаксина - Венгерского фармацевтического завода ЭГИС АО, который в момент экономического кризиса продолжает оставаться вместе с Россией и прилагает все усилия для того, чтобы это сотрудничество было полезным и плодотворным.

Грандаксин... и вновь все становится естественным

ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОТДЕЛЬНЫХ КЛАССОВ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ (БЕЗ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ) ПО КАЗАХСТАНУ ПО ДАННЫМ ОФИЦИАЛЬНОЙ СТАТИСТИКИ ЗА ПЕРИОД 1992-2002 Г.Г.

Б.Б.Джарбусынова

г. Алматы

В ходе масштабного, многоуровневого исследования состояния и уровня психического здоровья населения Республики Казахстан нами изучались данные официальной статистике о распространении психических и поведенческих расстройств в Республике в период 1992-2002 г.г.

Динамика распространения отдельных видов психических и поведенческих расстройств среди населения РК, без показателей химической зависимости, анализировались нами с учетом данных о первичной и общей заболеваемости по соответствующим нозологическим группам среди населения Республики в целом, среди детского и подросткового населения РК. В таблице 1 приведены данные, касающиеся первичной заболеваемости по основным классам психических заболеваний среди населения Республики Казахстан в целом.

Особенности структурирования материала в данной таблице обусловлены переходом на новую классификацию в 1997 г. Таким образом, динамика до 1997 года анализируется по 4 параметрам: психозы; шизофрения; психические расстройства непсихотического характера и умственная отсталость. Из приведенных в таблице 1 данных следует, что первичная заболеваемость по профилю психических расстройств, включая шизофрению – первые два параметра – снижалась в период 1992-1994 года с пиком данного снижения в 1994 году (с показателя 30,8 на 100 тыс. населения до 26,2 по профилю психозов, и с 13,6 до 11,4 по профилю шизофрении). В период 1995-1996 г.г. отмечался рост данных показателей. В последующие годы имела место неравновесная динамика первичной заболеваемости по профилю шизофрении, что может свидетельствовать о неравновесной динамике

первичной заболеваемости по профилю общих психических расстройств по Республике Казахстан, в целом. Первичная заболеваемость по профилю психических и поведенческих расстройств непсихотического уровня (третий параметр 1992-1996 г.г.) непрерывно снижалась. Исключение здесь составляет показатель 1994 года. В то же время, последующая динамика основных классов непсихотических психических расстройств подтверждает отмеченную тенденцию. По четвертому анализируемому параметру (умственная отсталость) отмечается неравномерная динамика с низкими уровнями показателя первичной заболеваемости по данному профилю в период 1992-1997 г.г., и относительно более высокими показателями в период 1997-2002 г.г. Более структурированный анализ первичной заболеваемости по основным классам психических расстройств, проводимый с 1997 г. показывает достаточно выраженную динамику в сторону повышения основного показателя (с 49,4 до 70,8 на 100 тыс. населения, соотношение 1:1,43). Первичная заболеваемость по общему профилю эндогенных психозов, распределенному по группам: шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств; шизофрении; аффективных расстройств, имеет, в целом, неравновесную динамику в рамках общей, стабильной тенденции. Показатель первичной заболеваемости по профилю невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств стабильно уменьшался в период с 1997 по 2001 годы (с 20,0 до 16,5 на 100 тыс. населения). В 2002 году он составил 18,4 на 100 тыс. населения. Стабильно уменьшался анализируемый показатель и по профилю поведенческих синдромов, связанных с физиологическими нарушениями и физическими

Таблица 1

Число лиц с впервые в жизни установленным диагнозом психических и поведенческих расстройств по Республике Казахстан (без психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ) – всего, в показателях на 100 тыс. населения Республики Казахстан за 1992-2002 годы

ППР год	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Психозы	30,8	27,6	26,2	27,8	29,0	--	--	--	--	--	--
Из них: шизофрения	13,6	11,4	11,4	12,4	13,4	--	--	--	--	--	--
Психические расстройства непсихотического характера	118,0	104,2	124,4	90,9	88,8	--	--	--	--	--	--
Органические психические расстройства (включая симптоматические)	--	--	--	--	--	49,4	49,4	54,4	66,0	71,1	70,8
Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства – всего	--	--	--	--	--	17,8	18,1	18,3	18,7	19,2	19,0
Из них: шизофрения	--	--	--	--	--	13,2	11,9	12,1	11,7	12,6	11,3
Аффективные расстройства	--	--	--	--	--	2,9	2,9	2,9	2,8	2,7	2,6
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	--	--	--	--	--	20,0	19,5	17,8	16,9	16,5	18,4
Поведенческие синдромы, связанные физиологическими нарушениями физическими факторами	--	--	--	--	--	1,9	1,2	1,2	1,1	0,8	0,7
Расстройства личности и поведенческие расстройства у взрослых	--	--	--	--	--	5,7	5,3	6,0	5,1	5,8	5,7
Умственная отсталость, всего	32,2	26,5	24,3	26,5	25,6	28,1	40,3	40,2	43,9	43,2	40,2
Из них: легкая умственная отсталость	--	--	--	--	--	20,1	28,0	27,3	27,2	26,1	24,2
Нарушение психологического развития	--	--	--	--	--	13,2	16,5	17,1	18,8	18,6	15,4
Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте	--	--	--	--	--	7,0	8,8	8,5	7,6	8,4	8,1
Психические расстройства не уточненные	--	--	--	--	--	0,3	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1

факторами (с 1,9 до 0,7 на 100 тыс. населения, соотношение 2,71:1). Неравновесная динамика отмечается по профилю расстройств личности и поведенческих расстройств у взрослых. А также по профилю легкой умственной отсталости. Такой же неравновесной динамикой, с общей тенденцией к стабильности, характеризуются показатели первичной заболеваемости по следующим трем нозологическим группам: нарушение психологического развития; поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте; психические расстройства не уточненные.

В таблице 2 приведены данные первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами за 1992-2002 годы среди подросткового населения Казахстана.

Из приведенных данных (период до 1997 года) следует, что показатель первичной заболеваемости по профилю общих психозов прогрессивно снижался (с 19,0 до 17,1 на 100 тыс. подросткового населения, соотношение 1,11:1). Показатели первичной заболеваемости по профилю шизофрении и психических расстройств непсихотического характера имели неравновесную динамику с общей тенденцией к стабильности. Показатель по профилю умственной отсталости стабильно снижался (от 74,8 до 60,6 на 100 тыс. подросткового населения, соотношение 1,23:1). Данные периода с 1997 по 2002 годы показывают следующую динамику первичной заболеваемости психическими расстройствами среди подростков. Профиль органических психических расстройств (включая симптоматические) – общая тенденция к увеличению с признаками неравновесной динамики (с 69,9 до 120,9 на 100 тыс. подросткового населения, соотношение 1:1,73). Профиль шизофрении, шизотических и бредовых расстройств – общая тенденция к увеличению, также с неравновесной динамикой (с 10,0 до 18,0 на 100 тыс. подросткового населения, соотношение 1:1,8). Обособленный профиль шизофрении дает, в целом, неравновесную динамику с большим разбросом данных (4,9 – в 2001 и 8,1 – в 2002 годах). Такая же неравновесная динамика с большим разбросом показателя первичной заболеваемости отмечается по следующим трем нозологическим группам: невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства; поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами; расстройства личности и поведенческие расстройства у взрослых. По профилю умственной отсталости отмечалась неравновесная динамика снижения данного показателя в период 1993-1996 годы, и такая же неравновесная динамика его роста в период 1997-2002 г. В целом, по данному параметру за весь исследуемый период отмечается рост в 1,6 раза (с 74,8 до 121,1 на 100 тыс. населения). Существенный рост показателя первичной заболеваемости отмечается

по параметру легкой умственной отсталости (с 18,1 до 77,7 на 100 тыс. населения, соотношение – 1:4,28). Неравновесный рост анализируемого показателя отмечался по параметру нарушений психологического развития (с 5,7 до 19,8 в 2001 г.), с резким снижением его значений (9,5) в 2002 году. Анализ следующих 2-х параметров дает неравновесную динамику с большим разбросом показателя первичной заболеваемости по профилям: поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте; психические расстройства не уточненные.

В таблице 3 приведены показатели первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами среди детского населения Республики Казахстан за период 1992-2002 г.г.

Анализ показателей таблицы 3, в параметрах до 1997 года, демонстрирует неравновесную динамику с достаточно большим разбросом данных по всем 4-м анализируемым параметрам: психозы, шизофрения, психические расстройства непсихотического характера и умственная отсталость. Анализ показателей первичной заболеваемости по дифференцированному профилю психической патологии, в параметрах после 1996 года, показывает существенный рост данного показателя (с 1997 по 2002 год с 56,3 до 90,4, соответственно, в отношении 1:1,60) для органических психических расстройств, включая симптоматические. Для профиля шизофрении, шизотических и бредовых расстройств характерна неравновесная динамика с общей тенденцией к увеличению (с 0,7 до 1,5 на 100 тыс. детского населения, в соотношении 1:2,14). Для показателя по профилю шизофрении характерна умеренная неравновесная динамика с тенденцией к стабилизации. Такая же динамика, в целом, характерна и для профилей аффективных расстройств: невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств; поведенческих синдромов, связанных с физиологическими нарушениями и физическими факторами; расстройств личности и поведения. Динамика показателя первичной заболеваемости по профилю умственной отсталости обнаруживает тенденцию к снижению в первые три года всего исследуемого периода и существенный рост, начиная с 1995 года. Общий рост показателя первичной заболеваемости по анализируемому профилю составил соотношение 1:1,45 (с 48,5 до 70,1). Для следующего параметра – легкая умственная отсталость – характерна неравновесная динамика с достаточно высоким разбросом значений. А для последних трех нозологических групп таблицы 3: нарушение психологического развития; поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском возрасте; психические расстройства не уточненные, в первых двух случаях характерна неравновесная динамика с малым разбросом значений. В последнем случае имеет место неравновесная динамика с большим разбросом значений анализируемого показателя.

Таблица 2

Число подростков с впервые в жизни установленным диагнозом психических и поведенческих расстройств в Республике Казахстан (без психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ) в показателях на 100 тыс. подросткового населения Республики Казахстан за 1992-2002 годы

ППР год	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Психозы	--	19,0	21,3	17,5	17,1	--	--	--	--	--	--
Из них: шизофрения	--	10,0	8,8	9,3	8,8	--	--	--	--	--	--
Психические расстройства непсихотического характера	--	97,8	121,7	111,9	91,1	--	--	--	--	--	--
Органические психические расстройства (включая симптоматические)	--	--	--	--	--	69,9	75,7	82,7	127,8	135,7	120,9
Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства – всего	--	--	--	--	--	10,0	11,7	14,4	15,8	10,0	18,0
Из них: шизофрения	--	--	--	--	--	7,5	6,5	9,1	9,3	4,9	8,1
Аффективные расстройства	--	--	--	--	--	1,4	0,8	1,2	2,6	1,2	1,3
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	--	--	--	--	--	20,3	11,8	13,7	17,2	12,8	14,6
Поведенческие синдромы, связанные физиологическими нарушениями физическими факторами	--	--	--	--	--	6,5	1,6	1,4	3,1	2,8	4,9
Расстройства личности и поведенческие расстройства у взрослых	--	--	--	--	--	19,1	17,9	15,8	15,7	14,0	20,2
Умственная отсталость, всего	--	74,8	77,9	67,5	60,6	77,3	98,4	116,6	132,6	118,5	121,1
Из них: легкая умственная отсталость	--	--	--	--	--	18,1	64,1	72,4	83,1	76,1	77,7
Нарушение психологического развития	--	--	--	--	--	5,7	9,6	13,9	13,5	19,8	9,5
Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте	--	--	--	--	--	7,2	22,6	20,6	16,2	19,9	18,5
Психические расстройства не уточненные	--	--	--	--	--	0,3	0,4	0,1	0,2	0,4	--

Таблица 3

Число детей с впервые в жизни установленным диагнозом психических и поведенческих расстройств по Республике Казахстан (без психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ) в показателях на 100 тыс. детского населения Республики Казахстан за 1992-2002 годы

ППР год	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Психозы	6,1	3,8	3,7	5,2	5,2	--	--	--	--	--	--
Из них: шизофрения	0,9	0,5	0,5	0,8	0,7	--	--	--	--	--	--
Психические расстройства непсихотического характера	122,6	130,3	118,8	123,0	132,7	--	--	--	--	--	--
Органические психические расстройства (включая симптоматические)	--	--	--	--	--	56,3	57,8	70,4	84,2	87,3	90,4
Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства – всего	--	--	--	--	--	0,7	0,7	0,9	1,3	2,0	1,5
Из них: шизофрения	--	--	--	--	--	0,5	0,5	0,7	0,8	1,0	0,8
Аффективные расстройства	--	--	--	--	--	0,06	0,2	0,09	0,09	0,09	0,05
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	--	--	--	--	--	5,9	3,7	3,9	4,0	4,0	3,2
Поведенческие синдромы, связанные физиологическими нарушениями физическими факторами	--	--	--	--	--	2,2	0,6	0,4	1,1	0,8	0,4
Расстройства личности и поведенческие расстройства у взрослых	--	--	--	--	--	1,7	1,6	1,1	0,7	0,7	1,1
Умственная отсталость, всего	48,5	36,7	26,6	41,3	41,1	41,8	66,5	66,4	76,9	76,1	70,1
Из них: легкая умственная отсталость	--	--	--	--	--	29,4	46,3	43,6	47,6	43,6	38,1
Нарушение психологического развития	--	--	--	--	--	39,2	50,1	55,4	61,8	59,9	51,0
Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте	--	--	--	--	--	20,5	22,6	24,1	23,3	24,5	23,8
Психические расстройства не уточненные	--	--	--	--	--	0,4	0,08	0,02	0,1	0,07	0,2

В таблице 4 приведены данные по динамике показателей общей заболеваемости (болезненности) психическими и поведенческими расстройствами по основным нозологическим профилям в период 1992-2002 г.г.

Как следует из приведенных в таблице 4 данных, существенной динамики по показателям болезненности психическими и поведенческими расстройствами по профилю общих психозов и шизофрении за период до 1997 года не отмечалось. Неравновесная динамика с тенденцией некоторого увеличения отмечалась по профилю психических расстройств непсихотического характера (с 593,5 до 616,9 на 100 тыс. населения РК, в соотношении 1:1,05). По профилю органических психических расстройств (включая симптоматические) в период с 1997 по 2002 годы отмечается стабильный рост показателя общей заболеваемости с 474,8 до 592,7, в отношении 1:1,25.

Тенденции роста со стабилизацией обнаруживает динамика показателя общей заболеваемости по профилю шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств – с 231,0 до 345,4 на 100 тыс. населения, в соотношении 1:1,5. Динамика показателя общей заболеваемости по профилю шизофрении в период, начиная с 1997 г., имела неравновесный характер с тенденцией к стабилизации. Отмечались незначительные колебания анализируемого показателя по параметру аффективных расстройств. Незначительная динамика в сторону увеличения была характерная для показателя общей заболеваемости по профилю невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств – с 124,0 до 134,3, в соотношении 1:1,08. Прогрессивно снижался анализируемый показатель по профилю поведенческих синдромов, связанных с физиологическими нарушениями и физическими факторами – с 20,0 до 17,3 на 100 тыс. населения, в соотношении 1,15:1. Неравновесная динамика роста отмечалась по профилю расстройств личности и поведения – с 59,9 до 65,4 на 100 тыс. населения, в соотношении 1:1,1. На протяжении всего исследуемого периода отмечается стабильный рост показателя общей заболеваемости по профилю умственной отсталости – с 519,9 до 660,5, в соотношении 1:1,27. В тоже время динамика аналогичного показателя по профилю легкой умственной отсталости начиная с 1997 года имела неравновесный характер с тенденцией к увеличению (с 423,7 до 467,2 на 100 тыс. населения, соотношение 1:1,1). В отношении следующих двух нозологических групп: нарушение психологического развития; поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте, отмечается неравновесная динамика с незначительной тенденцией к повышению (с 81,3 до 89,4, в первом случае; с 39,8 до 43,4 – во втором случае). Отмечается снижение показателя общей заболеваемости с

13,1 до нулевых значений по профилю неуточненных психических расстройств.

В таблице 5 отражена динамика показателей общей заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами по основным нозологическим профилям в период 1992-2002 г.г. среди детского населения РК.

Из материалов, приведенных в таблице 5, следует, что по первым трем анализируемым позициям: психозы, шизофрения и психические расстройства непсихотического характера отмечается неравновесная динамика в период 1993-1996 годов с небольшим разбросом данных. Далее, отмечается стабильный рост показателя общей заболеваемости по профилю психических расстройств непсихотического характера (включая симптоматические) – с 217,4 в 1997 г. до 372,0 на 100 тыс. детского населения в 2002 г., соотношение 1:1,71. Также стабильно в рассматриваемый период с 1997 по 2002 годы рос показатель общей заболеваемости по профилю шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства – с 3,2 до 5,6 на 100 тыс. детского населения, в соотношении 1:1,75.

Достаточно стабильно в аналогичный временной период рос показатель общей заболеваемости по профилю шизофрении – с 2,8 до 4,5 на 100 тыс. детского населения, в соотношении 1:1,6. Неравновесная динамика анализируемого показателя отмечается по профилям аффективных и невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств.

Аналогичная неравновесная динамика с большим разбросом данных прослеживается по графе поведенческих синдромов, связанных с физиологическими нарушениями и физическими факторами. Неравновесная динамика с общей тенденцией к уменьшению показателя общей заболеваемости отмечается по профилю расстройств личности и поведенческих расстройств – с 5,8 до 3,7 на 100 тыс. детского населения, в соотношении 1,56:1. За весь анализируемый период (1993-2002 годы) по профилю умственной отсталости отмечается неравновесная динамика показателя первичной заболеваемости с низким пиком в 1997 году (249,5 на 100 тыс. детского населения) и общей тенденцией в сторону повышения – с 311,2 до 367,7 на 100 тыс. детского населения, в соотношении 1:1,18. Такого рода динамика характерна, также, и для анализируемого показателя по профилю легкой умственной отсталости – со 165,3 до 214,1, в соотношении 1:1,29, за период с 1997 по 2002 г.г. Достаточно стабильно за анализируемый период времени повышался показатель общей заболеваемости по профилю нарушения психологического развития – со 191,9 до 256,6 на 100 тыс. детского населения, в соотношении 1:1,34. Неравновесная динамика с общей нечеткой тенденцией к повышению характерна для анализируемого показателя по профилю поведенческих и эмоциональных расстройств,

Таблица 4

Контингент больных с психическими и поведенческими расстройствами (без психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ) по Республике Казахстан, в показателях на 100 тыс. населения Республики Казахстан за 1992-2002 годы

ППР год	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Психозы	--	503,1	502,7	500,3	501,2	--	--	--	--	--	--
Из них: шизофрения	--	291,4	301,0	299,4	300,5	--	--	--	--	--	--
Психические расстройства непсихотического характера	--	593,5	604,0	603,7	616,9	--	--	--	--	--	--
Органические психические расстройства (включая симптоматические)	--	--	--	--	--	474,8	492,6	519,3	542,0	566,3	592,7
Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства – всего	--	--	--	--	--	231,0	331,6	344,3	345,4	346,3	345,4
Из них: шизофрения	--	--	--	--	--	278,4	276,2	287,8	284,1	284,1	280,8
Аффективные расстройства	--	--	--	--	--	25,8	26,4	25,4	25,7	25,8	25,5
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	--	--	--	--	--	124,0	125,1	132,9	132,2	133,7	134,3
Поведенческие синдромы, связанные физиологическими нарушениями физическими факторами	--	--	--	--	--	20,0	20,7	19,8	19,2	18,1	17,3
Расстройства личности и поведенческие расстройства у взрослых	--	--	--	--	--	59,9	58,2	60,8	61,7	62,7	65,4
Умственная отсталость, всего	--	519,9	525,8	534,5	539,0	564,7	588,6	629,2	644,3	653,9	660,5
Из них: легкая умственная отсталость	--	--	--	--	--	423,7	435,6	470,8	470,3	465,6	467,2
Нарушение психологического развития	--	--	--	--	--	81,3	86,6	89,8	86,7	89,7	89,4
Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте	--	--	--	--	--	39,8	39,7	42,0	42,6	42,7	43,4
Психические расстройства не уточненные	--	--	--	--	--	13,1	0,6	0,6	0,6	--	--

Таблица 5

Контингент детей с психическими и поведенческими расстройствами (без психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ) по Республике Казахстан, в показателях на 100 тыс. детского населения Республики Казахстан за 1992-2002 годы

ПНР год	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Психозы	--	38,9	38,5	37,1	40,0	--	--	--	--	--	--
Из них: шизофрения	--	3,3	3,7	3,3	3,7	--	--	--	--	--	--
Психические расстройства непсихотического характера	--	577,7	55,5	564,4	599	--	--	--	--	--	--
Органические психические расстройства (включая симптоматические)	--	--	--	--	--	217,4	248,2	289,8	314,6	357,4	372,0
Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства – всего	--	--	--	--	--	3,2	3,8	4,6	5,5	5,7	5,6
Из них: шизофрения	--	--	--	--	--	2,8	2,9	3,5	4,4	4,6	4,5
Аффективные расстройства	--	--	--	--	--	0,4	0,4	0,3	0,2	0,4	0,4
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	--	--	--	--	--	35,3	33,0	37,7	36,5	57,1	31,4
Поведенческие синдромы, связанные физиологическими нарушениями физическими факторами	--	--	--	--	--	8,0	5,2	7,3	9,8	4,6	11,2
Расстройства личности и поведенческие расстройства у взрослых	--	--	--	--	--	5,8	6,4	5,5	4,8	3,0	3,7
Умственная отсталость, всего	--	311,2	280,4	274,8	276,3	249,5	289,3	349,5	356,7	370,0	367,7
Из них: легкая умственная отсталость	--	--	--	--	--	165,3	193,7	231,4	214,0	208,6	214,1
Нарушение психологического развития	--	--	--	--	--	191,9	213,4	247,3	248,8	241,1	256,6
Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте	--	--	--	--	--	80,5	87,4	101,1	97,0	93,0	97,1
Психические расстройства не уточненные	--	--	--	--	--	0,06	0,08	0,4	0,2	0,2	0,2

начавшихся в детском и подростковом возрасте – с 80,5 до 97,1 на 100 тыс. детского населения, в соотношении 1:1,2. Для профилю психических расстройств не уточненных характерна неравновесная динамика анализируемого показателя с общей тенденцией к его повышению – с 0,06 до 0,2 на 100 тыс. детского населения РК, в соотношении 1:3,33.

В таблице 6 приводятся данные о динамике общей болезненности психическими и поведенческими расстройствами по основным нозологическим профилям среди подросткового населения РК за период с 1993 по 2002 г.г.

Из приведенных в таблице 6 данных за период 1993-1996 г.г. следует, что динамика анализируемого показателя по профилю общих психозов была неравновесно-отрицательной – со 180,0 до 151,9, в соотношении 1,18:1. Аналогичной была динамика по профилю шизофрении – с 42,5 до 37,7, в соотношении 1,22:1. Для профиля психических расстройств непсихотического характера в аналогичный период времени была характерна неравновесная динамика роста показателя общей заболеваемости с 780,5 до 807,7 на 100 тыс. подросткового населения Республики Казахстан, в соотношении 1:1,03. Следующие параметры анализировались с периода 1997 по 2002 годы (за исключением профиля умственной отсталости).

Достаточно стабильная динамика роста анализируемого показателя отмечалась по профилю органических психических расстройств (включая симптоматические) – с 581,2 до 786,5, в соотношении 1:1,35. Аналогичная, в целом, стабильная динамика роста отмечалась по профилю шизофрении, шизотических и бредовых расстройств – с 41,0 до 54,7, в соотношении 1:1,33. Следующий профиль аффективных расстройств характеризовался неравновесной динамикой анализируемого показателя с достаточно большим разбросом значений (от 4,3 до 7,2 на 100 тыс. подросткового населения). Динамика анализируемого показателя по профилю невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств, характеризовалась как неравномерная с общими тенденциями к снижению – с 89,4 до 60,1, в соотношении 1,48:1. Профиль поведенческих синдромов, связанных с физиологическими нарушениями и физическими факторами характеризовался стабильной динамикой снижения анализируемого показателя с 32,3 до 16,9 на 100 тыс. подросткового населения, в соотношении 1,91:1. Аналогичная динамика, за исключением показателей 2002 года, отмечалась и по профилю расстройств личности, поведенческих расстройств. Показатель общей заболеваемости по профилю умственной отсталости за весь анализируемый период характеризовался неравновесной динамикой и средним разбросом значений по

годам. Для показателя по профилю легкой умственной отсталости была характерна неравновесная динамика с общей тенденцией к повышению – с 674,6 до 771,8, в соотношении 1:1,14. Показатель по профилю нарушений психологического развития имел аналогичную динамику – с 102,9 до 128,2, в соотношении 1:1,24. Стабильную и отчетливую тенденцию к росту обнаруживал показатель по профилю поведенческих и эмоциональных расстройств, начинающихся в детском и подростковом возрасте – с 88,8 до 178,1, в соотношении 1:2. Психические расстройства не уточненные имели неравновесную динамику в сторону снижения показателя общей заболеваемости – с 0,9 до 0,4 на 100 тыс. подросткового населения, в соотношении 2,25:1.

Таким образом, анализ динамики основных показателей первичной и общей болезненности по основным нозологическим профилям психической патологии среди населения Республики Казахстан в целом, детского и подросткового населения показывает общую тенденцию к неравновесной динамике данного показателя по профилю общих психозов, в том числе аффективных психозов и шизофрении. Отмечается стабильный рост распространенности органических психических расстройств среди всех групп населения, рост умственной отсталости, а также отчетливая динамика роста по профилю поведенческих и эмоциональных расстройств, начинающихся в детском и подростковом возрасте, нарушений психологического развития. Наиболее распространенными классами расстройств психики являются умственная отсталость и органические психические расстройства. В общей сложности они составляют до 50% сектора психиатрической патологии в РК. До 30% составляют эндогенные психозы (шизофрения, шизотические и бредовые расстройства; аффективные расстройства). Остальные 20% приходятся на функциональные психические расстройства (в том числе, невротические), расстройства личности, нарушения развития. Данная структура первичной и общей заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами среди населения РК в рассматриваемый период времени остается достаточно стабильной. Отсюда следует вывод, что службы психического здоровья, в частности, система психиатрической помощи населению, ориентирована на выявление дефицитарной, органической и психотической психической патологии. Данные официальной статистики не дают реального представления об истинной распространенности пограничных, непсихотических (функциональных и субклинических) форм психических нарушений и не могут, в полной мере, являться основанием для планирования развития служб психического здоровья.

Таблица 6

Коэффициент подростков с психическими и поведенческими расстройствами (без психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ) по Республике Казахстан, в показателях на 100 тыс. подросткового населения Республики Казахстан за 1992-2002 годы

ППР год	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Психозы	--	180,0	164,7	165,3	151,9	--	--	--	--	--	--
Из них: шизофрения	--	42,5	34,9	36,8	34,7	--	--	--	--	--	--
Психические расстройства непсихотического характера	--	780,5	783,2	821,9	807,7	--	--	--	--	--	--
Органические психические расстройства (включая симптоматические)	--	--	--	--	--	581,2	619,4	590,8	663,6	747,8	786,5
Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства – всего	--	--	--	--	--	41,0	41,9	41,7	49,0	51,6	54,7
Из них: шизофрения	--	--	--	--	--	32,9	32,7	30,4	35,7	33,8	34,9
Аффективные расстройства	--	--	--	--	--	5,5	4,3	4,6	7,2	6,5	6,2
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	--	--	--	--	--	89,4	91,8	73,1	73,7	68,2	60,1
Поведенческие синдромы, связанные физиологическими нарушениями физическими факторами	--	--	--	--	--	32,3	28,2	26,2	25,2	17,5	16,9
Расстройства личности и поведенческие расстройства у взрослых	--	--	--	--	--	64,1	62,8	57,5	45,3	36,8	45,5
Умственная отсталость, всего	--	1234,9	1166,3	1067,3	951,5	942,9	969,7	996,1	1072,5	1143,1	1163,7
Из них: легкая умственная отсталость	--	--	--	--	--	674,6	681,8	661,2	712,3	713,1	771,8
Нарушение психологического развития	--	--	--	--	--	102,9	111,1	121,2	110,2	117,2	128,2
Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте	--	--	--	--	--	88,8	116,9	125,1	162,2	166,4	178,1
Психические расстройства не уточненные	--	--	--	--	--	0,9	1,0	0,6	0,6	0,8	0,4

ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ (БЕЗ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ВСЛЕДСТИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ) ПО КАЗАХСТАНУ ПО ОФИЦИАЛЬНЫМ ДАННЫМ ПЕРИОДА 1992-2002 Г.Г.

Б.Б.Джарбусынова

г. Алматы

В ходе масштабного, многоуровневого исследования состояния и уровня психического здоровья населения Республики Казахстан нами изучались как данные официальной статистике о распространении психических и поведенческих расстройств в Республике в период 1992-2002 г.г., так и данные, полученные в ходе специального эпидемиологического исследования, проводимого в 2001 году. В настоящем сообщении анализируются официальные статистические данные о распространении психических и поведенческих расстройств по Казахстану.

Динамика распространения психических и поведенческих расстройств среди населения РК, без показателей химической зависимости, анализировалась нами с учетом данных официальной статистики первичной и общей заболеваемости в общей группе населения, среди детского населения РК, а также среди подростков. В таблице 1 приведены показатели первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами по Республике Казахстан за 1992-2002 г.г., а также по каждому из регионов.

Приведенные в таблице 1 данные показывают существенное снижение показателя первичной психиатрической заболеваемости по Казахстану в период 1992-1996 года со 180,0 до 143,5 на 100 тыс. населения (соотношение 1,25:1). С 1997 по 2002 г.г. отмечается систематическое повышение данного показателя до прежних значений – со 146,5 до 181,0 на 100 тыс. населения (соотношение 1:1,23). С учетом имеющихся данных о социально-экономической ситуации, приведенную динамику следует интерпретировать как снижение активности служб психического здоровья (психиатрических служб РК), в исследуемый период времени, с пиком низкой активности в 1996 году.

Динамика данного показателя по регионам РК различна. Выделяются регионы с традиционно высоким уровнем первичной заболеваемости по анализируемому профилю (Костанайский, Павлодарский, Карагандинский). Для данных регионов пик спада в середине 90-х годов ограничился 1-2 годами снижения пика активности (по Костанайской области – от 354,5 в 1996 г. до 293,5 – в 1997). В среднем, показатель первичной заболеваемости по данным регионам колеблется от 189,7 до 428,3 на 100 тыс. населения.

Регионы с традиционно низкими показателями первичной заболеваемости – Южно-Казахстанская

область (от 43,0 до 99,5 на 100 тыс. населения); Мангистауская область (от 52,8 до 137,8 на 100 тыс. населения); Атырауская область (показатели от 47,7 до 95,4 на 100 тыс. населения); Жамбылская область (от 52,0 до 149,1 на 100 тыс. населения).

В целом, для всех регионов РК, в той или иной степени, характерна динамика с общим снижением анализируемого показателя в середине 90-х годов.

В таблице 2 приведены данные по первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами среди детского населения РК.

Из приведенных в таблице 2 данных следует, что с 1992 по 1994 годы в Республике шел спад первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами среди детского населения с 177,2 до 157,3 на 100 тыс. детского населения (соотношение 1,12:1). Затем, через период неравномерной динамики (1995-1997 г.г.), анализируемый показатель равномерно повышается с 204,0 до 241,7 на 100 тыс. детского населения (соотношение 1:1,18) в период с 1998 по 2002 г.г. Следует отметить, что несмотря на более или менее значительные колебания анализируемого показателя, в целом, отмечается его существенный рост (с 177,2 до 241,7 – соотношение 1:1,36) в исследуемый период времени.

В аспекте регионов отмечаются те же закономерности в отношении интенсивности первичной заболеваемости у детей, что и при анализе общей первичной заболеваемости. Так, регионами с традиционно высокой выявляемостью патологии данного спектра являются Павлодарская, Карагандинская, Костанайская области и г. Алматы, где данный показатель в 1,9-2,0 раза превосходит средне-республиканский. Регионами с традиционно низкими показателями являются Атырауская, Жамбылская, Кызылординская, Мангистауская, Южно-Казахстанская области. В данных регионах анализируемый показатель колеблется от 27,9 до 154,5 на 100 тыс. детского населения.

В целом, для всех регионов в той или иной степени характерна неравновесная динамика с общим ростом первичной детской заболеваемости, начиная с середины 90-х годов.

В таблице 3 приведены данные о динамике показателя первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами среди подросткового населения РК.

Из приведенных в таблице 3 данных следует, что в целом, имеет место неравновесная динамика

Таблица 1

Первичная заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами (без первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ) в показателях на 100 тысяч населения Республики Казахстан за 1992-2002 годы

Таблица 2

Первичная заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами среди детей (без первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ) в показателях на 100 тысяч детского населения Республики Казахстан за 1992-2002 годы

Таблица 3

Первичная заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами среди подростков (без первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ) в показателях на 100 тысяч подросткового населения Республики Казахстан за 1992-2002 годы

Область год	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Республика Казахстан	-	191,6	220,8	196,9	168,8	217,7	248,8	280,4	344,8	335,2	329,2
Акмолинская	-	421,7	206,5	285,1	156,4	212,2	456,4	414,7	620,9	724,2	680,1
Актюбинская	-	154,8	184,2	125,0	167,1	241,4	92,5	128,6	154,4	134,6	188,3
Алматинская	-	64,2	519,3	66,1	102,4	199,8	206,1	186,9	194,7	138,1	141,2
Атырауская	-	58,2	39,6	75,8	54,3	86,3	32,7	113,4	212,6	258,8	230,4
Восточно-Казахстанская	-	288,9	245,5	201,8	191,0	256,1	412,8	376,3	402,0	354,5	319,4
Жамбылская	-	74,4	205,9	121,9	50,4	107,6	132,3	130,9	143,6	250,9	239,1
Жезказганская	-	85,7	104,7	73,0	55,8	-	-	-	-	-	-
Западно-Казахстанская	-	109,9	140,1	140,5	146,7	291,0	171,4	226,7	254,7	266,7	287,0
Карагандинская	-	198,4	233,2	202,0	152,8	220,2	166,0	197,2	250,0	200,8	257,5
Кызылординская	-	129,3	82,5	73,9	105,5	159,5	238,7	331,3	269,0	271,0	336,9
Кокшетауская	-	161,6	136,1	138,4	72,8	-	-	-	-	-	-
Костанайская	-	175,2	391,1	667,9	487,8	488,7	603,3	707,4	785,8	978,3	1014,1
Мангистауская	-	67,0	80,9	34,7	97,9	27,9	243,2	169,5	176,1	477,8	148,3
Павлодарская	-	151,6	226,6	295,3	132,0	239,4	340,2	353,5	458,9	421,6	380,6
Северо-Казахстанская	-	204,6	272,3	332,2	296,3	267,0	245,8	464,0	943,8	416,9	629,8
Семипалатинская	-	357,0	333,3	370,6	239,8	-	-	-	-	-	-
Талды-Курганская	-	250,6	209,3	189,6	319,0	-	-	-	-	-	-
Тургайская	-	207,9	198,9	100,8	167,6	-	-	-	-	-	-
Южно-Казахстанская	-	48,2	89,7	49,4	102,2	68,5	63,4	127,0	184,8	173,1	151,1
г. Алматы	-	387,0	314,8	383,8	209,2	392,8	511,3	328,6	419,4	459,5	384,2
г. Астана	-	-	-	-	-	-	-	268,2	235,9	308,6	250,9
Республиканские учреждения	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

показателя первичной заболеваемости с тенденцией его увеличения с пиком в 2000 г. С 1993 по 2002 г.г. значения исследуемого показателя по РК возросли с 191,6 до 329,2, т.е. в 1,71 раза. В областях РК с традиционно высокой активностью служб психического здоровья отмечается более стабильная и, соответственно, интенсивная динамика роста анализируемого показателя. Так, в Костанайской области за период с 1993 по 2002 г.г. данный показатель увеличился с 175,2 до 1014,1 на 100 тыс. подросткового населения (соотношение 1:5,78) с динамикой стабильного роста по каждому году. Относительно более высокими, по сравнению со среднереспубликанскими, данные показатели, начиная с 1998 года, отмечаются в Северо-Казахстанской, Павлодарской областях, а также в г. Алматы (за исключением 2002 г.).

Регионами с традиционно низкой выявляемостью психической патологии у подростков являются Атырауская, Алматинская (за исключением показателя 1994 года), Актюбинская, Жамбылская, Мангистауская (за исключением показателя 2001 года), а также Южно-Казахстанская области РК. Динамика анализируемого показателя здесь колеблется с 32,7 до 250,9 на 100 тыс. подросткового населения. Для регионов с низкой выявляемостью психической патологии у подростков также характерна неравновесная динамика анализируемого показателя с общей тенденцией к росту в конце 90-х годов.

В таблице 4 приведены данные, характеризующие динамику болезненности психическими и поведенческими расстройствами среди населения Республики Казахстан в рассматриваемый период времени.

Из приведенных в таблице 4 данных следует, что динамика общей заболеваемости (болезненности) по профилю психических и поведенческих расстройств в РК развивалась в рассматриваемый период времени в сторону увеличения данного показателя (с 1618,5 до 1974,6, соотношение 1:1,22). Темпы роста данного показателя по Казахстану существенно увеличиваются, начиная с 1997 года. Регионами с традиционно высокими показателями общей заболеваемости по профилю психических и поведенческих расстройств являются Акмолинская, Восточно-Казахстанская, Карагандинская, Костанайская, Северо-Казахстанская области. Динамика анализируемого показателя в данных регионах, в основном, повторяет среднереспубликанскую тенденцию существенного роста общей заболеваемости, начиная с 1997 года. В этих же регионах отмечается более существенная разница между начальными и конечными показателями общей заболеваемости.

По Восточно-Казахстанской области соотношение между начальным (1755,2) и конечным (2322,6) значением данного показателя составило 1:1,32. В Карагандинской – 2247,9 и 2742,6 в соотношение 1:1,22. В Костанайской – 2680,0 и

3365,1, в соотношение 1:1,25. В регионах с традиционно низким выявлением психической патологии и низкой активностью служб психического здоровья значения анализируемого показателя существенно ниже среднереспубликанских. Соотношение между средним показателем общей заболеваемости по Казахстану за 2002 год и аналогичным показателем по Актюбинской области составило 1,54:1 (1974,6 и 1286,4 соответственно); по Алматинской области 1,4:1 (1974,6 и 1417,8); по Атырауской области 1,78:1 (1974,6 и 1110,8); по Мангистауской области 1,45:1 (1974,6 и 1362,8); по Южно-Казахстанской 2:1 (1974,6 и 981,6). В данных регионах динамика роста общей заболеваемости по профилю психической патологии незначительная. Например, по Южно-Казахстанской области она составляет соотношение 1:1,1 (с 888,3 в 1992 г. до 981,6 в 2002 г.).

В таблице 5 приводятся данные о болезненности психическими и поведенческими расстройствами среди детского населения Республики Казахстан за период 1992-2002 годы.

Из данных, приведенных в таблице 5 следует, что динамика анализируемого показателя по Республике, в целом, характеризовалась его стабильным уменьшением в первые три анализируемых года: 1992-1994 г.г. (снижение с 956,2 до 874,4 на 100 тыс. детского населения). В период с 1995 по 1998 годы отмечалась неравновесная динамика данного показателя. А с 1998 года отмечается его стабильный рост. Общий рост показателя болезненности по профилю психической патологии среди детского населения по Республике в анализируемый период времени составил соотношение 1:1,2 (с 956,2 в 1992 г., до 1145,9 в 2002 г.). Регионы с традиционно высокими показателями болезненности (общей заболеваемости) являются Карагандинская, Костанайская, Павлодарская области РК и г. Алматы. В этих же регионах отмечается и более существенная динамика прироста анализируемого показателя. По Карагандинской области соотношение значений показателя болезненности среди детского населения в 1992 и 2002 годах составили 1:1,22 (1976,5 и 2415,3); по Костанайской 1:1,15 (2475,3 и 2856,2); по Павлодарской 1:2,73 (921,5 и 2515,3); по г. Алматы 1:1,52 (1543,0 и 2343,6). В регионах с традиционно низкой активностью системы психиатрической помощи в плане выявляемости лиц с психической патологией отмечались существенно более низкие показатели болезненности среди детского населения.

Причем в Кызылординской, Мангистауской, Южно-Казахстанской областях отмечается снижение показателя болезненности за анализируемый период времени: в Кызылординской с 532,5 до 469,8 на 100 тыс. детского населения; в Мангистауской с 833,0 до 677,4; в Южно-Казахстанской с 427,9 до 397,0. В других регионах с традиционно

Таблица 4

Болезненность психическими и поведенческими расстройствами (без болезненности психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ) в показателях на 100 тыс. населения Республики Казахстан за 1992-2002 годы

Область год	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Республика Казахстан	1618,5	1628,5	1632,6	1638,5	1657,1	1721,8	1770,3	1864,3	1901,0	1940,1	1974,6
Акмолинская	2016,6	2062,4	1970,9	2067,1	2088,0	2114,4	2199,0	2334,5	2198,0	26,67	2286,4
Актюбинская	1232,1	1250,7	1301,8	1305,2	1287,8	1301,5	1329,1	1381,2	1369,0	1325,7	1288,5
Алматинская	1244,8	1196,4	1221,1	1162,2	1128,7	1265,4	1353,9	1388,7	1370,0	1387,2	1417,8
Атырауская	879,4	935,3	920,8	912,6	930,6	933,6	946,6	999,5	1028,0	1052,6	1110,8
Восточно-Казахстанская	1755,2	1859,1	1811,7	1768,9	1823,2	1958,1	2047,6	2158,9	2207,0	2247,3	2322,6
Жамбылская	1374,8	1393,1	1448,7	1469,4	1469,0	1506,3	1527,3	1586,2	1638,0	1755,7	1823,9
Жезказганская	1211,4	1218,6	1219,5	1224,2	1189,2	-	-	-	-	-	-
Западно-Казахстанская	1874,4	1720,7	1697,7	1726,4	1674,4	1782,3	1882,8	20587,5	2149,0	2235,6	2306,4
Карагандинская	2247,9	2290,2	2337,1	2423,1	2518,0	2319,9	2313,0	2536,4	2597,0	2657,2	2742,6
Кызылординская	1749,7	1756,9	1785,8	1606,7	1640,7	1869,1	1950,1	2114,3	2190,0	2234,9	2264,7
Кокшетауская	1827,8	1829,6	1796,8	1816,0	1864,7	-	-	-	-	-	-
Кустанайская	2680,0	2660,1	2640,3	2696,8	2770,9	2674,8	2773,1	2974,0	3008,0	3242,3	365,1
Мангистауская	1343,7	889,5	938,9	1001,2	978,9	1068,1	1140,6	1292,0	1344,0	1325,5	1362,8
Павлодарская	1704,0	1918,2	1898,4	1896,5	2026,8	2217,9	2344,9	2574,8	2705,0	2870,1	3029,4
Северо-Казахстанская	2028,9	2059,4	2296,2	2296,4	2426,8	2229,4	2311,3	2665,3	2744,0	2870,6	2976,3
Семипалатинская	1789,7	1916,7	2031,5	2051,1	2055,8	-	-	-	-	-	-
Талды-Курганская	1529,8	1505,5	1522,7	1462,5	1449,3	-	-	-	-	-	-
Торгайская	1322,6	1375,7	1376,0	1353,3	1448,5	-	-	-	-	-	-
Южно-Казахстанская	888,3	884,9	889,1	875,2	866,6	862,8	862,0	878,3	247,0	973,5	981,6
г. Алматы	1488,2	1431,0	1426,5	1407,6	1381,4	1451,7	1475,2	1470,2	1538,0	1562,7	1577,1
г. Ленинск	714,6	665,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-
г. Астана	-	-	-	-	-	-	-	2007,7	1976,0	1394,0	1440,8
Республиканские учреждения	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Таблица 5

Болезненность психическими и поведенческими расстройствами среди детей (без болезненности психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ) в показателях на 100 тыс. детского населения Республики Казахстан за 1992-2002 годы

Таблица 6

Болезненность психическими и поведенческими расстройствами среди подростков (без болезненности психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ) в показателях на 100 тыс. подросткового населения Республики Казахстан за 1992-2002 годы

низкой активностью служб психического здоровья – Актюбинской, Алматинской, Атырауской областях – данный показатель изменился в сторону увеличения, проходя те же этапы неравновесной динамики, характерные для Республики Казахстан в целом. В таблице 6 приведены данные, характеризующие болезненность психическими и поведенческими расстройствами среди подростков по Республике Казахстан, в целом, и по регионам РК за период 1992-2002 годов.

Из приведенных в таблице 6 данных следует, что динамика анализируемого показателя в период с 1993 по 1996 г.г. была отрицательной – с 2225,4 до 1911,4 на 100 тыс. подросткового населения. В период с 1997 по 2002 годы она была положительной – с 1949,2 до 2440,3 на 100 тыс. подросткового населения. Показатель соотношения болезненности психическими и поведенческими расстройствами среди подростков в 2002 году и на начало анализируемого периода – 1993 год составил 1,1:1 (2440,3 и 2225,4 соответственно). Аналогичная динамика с незначительными вариациями прослеживалась в большинстве регионов РК. В ряде областей (Актюбинской, Алматинской, Восточно-Казахстанской, Жамбылской, Карагандинской) показатели 2002 года оказались ниже показателей 1993 года, что свидетельствует о недостаточном восстановлении активности детско-подростковой психиатрической службы с общего периода спада – середины 90-х годов.

Таким образом, анализ показателей первичной и общей заболеваемости психиатрическими и поведенческими расстройствами среди населения Республики Казахстан, в целом, детского и подросткового населения Республики показывает наличие трех четко оформленных тенденций. Первая,

основная тенденция заключается в росте показателей первичной и общей заболеваемости по профилю психической патологии среди населения РК, отслеживаемого среди всех анализируемых категорий населения Республики. Среди населения РК, в целом, рост первичной заболеваемости за анализируемый период составил в 1,25 раза; среди детского населения в 1,12 раза; среди подросткового населения в 5,78 раза. Рост показателя болезненности психическими и поведенческими расстройствами среди населения РК составил в 1,22 раза, среди детского населения в 1,2 раза; среди подростков в 1,1 раза.

Другая тенденция, более представленная в показателях первичной заболеваемости и, относительно, менее в показателях болезненности, заключается в неравновесной динамике анализируемых показателей с их общим снижением к середине 90-х годов. Сопутствующий анализ социально-экономической ситуации показывает, что, в данном случае, речь идет не столько об истинном пике снижения показателей первичной и общей заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами среди населения РК, сколько о снижении выявляемости лиц с психической патологией за счет низкой активности служб психического здоровья в период социально-экономических трудностей. Третья тенденция заключается в существенной разнице анализируемых показателей по регионам РК – стабильно высокого и стабильно низкого уровня динамики и значений первичной и общей заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами. Однако, и в данном случае речь идет не об истинных уровнях первичной и общей заболеваемости, а об активности служб психического здоровья в регионах РК.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ВЫСОКИХ, СРЕДНИХ И НИЗКИХ УРОВНЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО И ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СРЕДИ ГЕНДЕРНЫХ И ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ РК ПО ДАННЫМ 2001 ГОДА

Б.Б.Джарбусынова

г. Алматы

Проблема психического здоровья является чрезвычайно актуальной. Актуальность этой проблемы определяется существенным ростом психической патологии среди населения, что обусловлено не в последнюю очередь фактором социального и психологического напряжения, существующего в современном обществе (Дмитриева Т.Б., 1994). Вместе с тем традиционные эпидемиологические

исследования, которые опираются на изучение развернутых форм патологии, не позволяют увидеть всю картину психического здоровья, поскольку существуют стертые, неразвернутые формы и дононозологические проявления болезненных состояний, которые не попадают в поле зрения специалистов (Положий Б.С., 1994). Любое общество обладает своими традициями, культурным багажом, ценностями,

которые приемлются или отвергаются его членами. К таким ценностям может быть отнесено: семья, религия, восприятие собственной и другой национальности, терпимость к больным, жизненные приоритеты. Знание соотношений этих показателей с психическим здоровьем каждого члена общества весьма важно, поскольку характеризует психическое здоровье всего общества и позволяет направлять усилия по оздоровлению общества в определенном русле (Чуркин А.А., 1997).

Все указанное обуславливает, на наш взгляд, актуальность и своевременность данной статьи. В данной работе нами прослеживается более глубокая и динамичная реакция мобильного уровня функциональной активности психики (психологическое здоровье) на социально-экономические обстоятельства последних десятилетий, в зависимости от гендерных и возрастных признаков.

В таблице 1 приведены сравнительные характеристики параллельного распределения высоких, средних и низких уровней психологического и психического здоровья среди гендерных групп населения РК.

Таблица 1

*Сравнительные характеристики распределения высоких, средних и низких уровней психологического и психического здоровья среди гендерных групп населения РК
(данные 2001 года)*

Гендерная характеристика групп с высоким психологическим и высоким психическим уровнем здоровья					P
Параметры	Уровни	Высокое психологическое (n=372)	Высокое психическое (n=2284)		
Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.	
Мужчины	44	+/-7,2%	49,7	+/-2,1%	
Женщины	56	+/-7,2%	50,3	+/-2,1%	
Гендерная характеристика групп со средним психологическим и средним психическим уровнем здоровья					
Параметры	Уровни	Среднее психологическое (n=6486)	Среднее психическое (n=4891)		P
Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.	
Мужчины	46,1	+/-2%	42,1	+/-3,3%	<0,05
Женщины	53,9	+/-2%	57,9	+/-3,3%	<0,05
Гендерная характеристика групп с низким психологическим и низким психическим уровнем здоровья					
Параметры	Уровни	Низкое психологическое (n=1109)	Низкое психическое (n=792)		P
Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.	
Мужчины	42,1	+/-3,4%	30,9	+/-4%	<0,01
Женщины	57,9	+/-3,4%	69,1	+/-4%	<0,01

Из приведенных в таблице 1 данных следует, что высокий уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе женского населения РК 56% против 50,3% представленности высокого уровня психического здоровья в данной гендерной группе. Высокий уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе мужского населения РК 49,7% против 44% представленности высокого уровня психологического здоровья. Однако требуемого критерия достоверности для данных соотношений установлено не было. Тем не менее, следует учитывать намечающуюся тенденцию асимметричного распределения высоких уровней психического и психологического здоровья по гендерному признаку в общей стратегии психогигиенических и психопрофилактических мероприятий.

Средний уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен у мужского населения РК соотношение 1,09:1, P<0,05. А средний уровень психического здоровья у женского - соотношение 1,07:1, P<0,05. Низкий уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен среди мужского населения РК - соотношение 1,36:1, P<0,01. Низкий уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно представлен среди женского населения - соотношение 1,19:1, P<0,01. Таким образом, настоящий фрагмент исследования устанавливает асимметричное распределение признаков психологического и психического здоровья среди мужского и женского населения РК (с недостоверными различиями по высоким уровням и достоверными различиями по средним и низким уровням),

свидетельствующее о сравнительно более высоком уровне психологического здоровья женского населения и сравнительно более высоком уровне психического здоровья мужского населения РК. В то же время, полученные данные следует интерпретировать с учетом того обстоятельства, что основная часть населения РК входит в группы со средними уровнями психологического здоровья (81,4%),

к которому тяготеет мужское население РК, и психического здоровья (61,4%), к которому тяготеет женское население РК.

В таблице 2 приведены сравнительные характеристики параллельного распределения высоких, средних и низких уровней психологического и психического здоровья среди групп населения РК, дифференцируемых по возрастному признаку.

Таблица 2

Сравнительные характеристики распределения высоких, средних и низких уровней психологического и психического здоровья среди различных возрастных групп населения РК (данные 2001 года)

Характеристика групп с высоким психологическим и высоким психическим уровнем здоровья по возрасту					P	
Параметры Уровни	Высокое психологическое (n=372)		Высокое психическое (n=2284)			
Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.		
12-16 лет	16,3	+/-5,3%	13,5	+/-1,5%		
17-21 лет	20,7	+/-5,8%	15	+/-1,5%		
22-26 лет	19	+/-5,7%	14,9	+/-1,5%		
27-35 лет	22,8	+/-6,1%	23	+/-1,8%		
36-47 лет	13,6	+/-5%	22,5	+/-1,8%	<0,01	
48-55 лет	7,6	+/-3,8%	11,1	+/-1,3%		
Характеристика групп со средним психологическим и средним психическим уровнем здоровья по возрасту						
Параметры Уровни	Среднее психологическое (n=648)		Среднее психическое (n=4891)		P	
Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.		
12-16 лет	12,2	+/-1,3%	5,4	+/-1,5%	<0,01	
17-21 лет	14,8	+/-1,4%	7,7	+/-1,8%	<0,01	
22-26 лет	14,6	+/-1,4%	10,9	+/-2,1%	<0,01	
27-35 лет	23,2	+/-1,7%	20,9	+/-2,7%		
36-47 лет	22,7	+/-1,7%	32,1	+/-3,1%	<0,01	
48-55 лет	12,4	+/-1,3%	22,8	+/-2,8%	<0,01	
Характеристика групп с низким психологическим и низким психическим уровнем здоровья по возрасту						
Параметры Уровни	Низкое психологическое (n=1109)		Низкое психическое (n=792)		P	
Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.		
12-16 лет	3,3	+/-1,2%	5,9	+/-2%	<0,05	
17-21 лет	5,2	+/-1,5%	12,8	+/-2,9%	<0,01	
22-26 лет	9	+/-1,9%	12,4	+/-2,9%		
27-35 лет	20,5	+/-2,8%	23,2	+/-3,7%		
36-47 лет	36,5	+/-3,3%	26,2	+/-3,8%	<0,01	
48-55 лет	25,3	+/-3%	19,5	+/-3,4%	<0,05	

Из приведенных в таблице 2 данных следует, что достоверные различия в распределении высоких уровней психологического и психического здоровья были установлены в группе населения с 36 до 47 лет с более интенсивной представленностью высокого уровня психического здоровья (соотношение 1,65:1, P<0,01). Средний уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группах населения с 12 до 16

лет (соотношение 2,26:1, P<0,01); группах с 17 до 21 лет (соотношение 1,92:1, P<0,01); группах с 22 до 26 лет (соотношение 1,34:1, P<0,01). Средний уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе населения с 36 до 47 лет (соотношение 1,41:1, P<0,01); группах с 48 до 55 лет (соотношение 1,84:1, P<0,01). Низкий уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе

населения с 36 до 47 лет (соотношение 1,39:1, $P<0,01$). А также в группе с 48 до 55 лет (соотношение 1,3:1, $P<0,05$). Низкий уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе населения в возрасте 12-16 лет (соотношение 1,79:1, $P<0,05$). А также в группе с 17 до 21 лет (соотношение 2,46:1, $P<0,01$). Для других возрастных групп по всем анализируемым уровням сравнения достоверных различий установлено не было. Результаты, полученные по данному фрагменту, показывают относительно более высокий уровень психологического здоровья младших возрастных групп (12-26 лет) с общей принадлежностью к восходящему поколению, а также, относительно более высокий уровень психического здоровья в старших возрастных группах 36-55 лет (доминирующее и нисходящее поколение). Для средних возрастных групп 22-26 и 27-35 лет исследуемые уровни психологического и психического здоровья распределялись, в основном, с равной степенью интенсивности. Обращает на себя внимание асимметричное распределение исследуемых

признаков в зоне средних и низких уровней психического и психического здоровья, и, в основном, симметричное распределение в зоне высоких уровней рассматриваемых категорий здоровья. Полученные данные свидетельствуют о более выраженной степени позитивной взаимозависимости и взаимообусловленности высоких уровней психического и психического здоровья по сравнению со средними и низкими. При интерпретации данного исследовательского фрагмента следует иметь в виду общую, для рассматриваемых категорий психологического и психического здоровья, тенденцию к возрастному снижению анализируемых уровней. В данном случае речь идет о том, что для категории психологического здоровья отслеживается более интенсивная динамика такого снижения, сравнительно более кризисном состоянии психологического здоровья населения РК, чем психического. А также о более глубокой и динамичной реакции мобильного уровня функциональной активности психики (психологическое здоровье) на социально-экономические обстоятельства последних десятилетий.

Литература:

1. Богдан М.Н., Рытик Э.Г., Сосновский А.Ю. Вопросы охраны психического здоровья в работе X Всемирного конгресса психиатров // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С.Корсакова, 1997. - Т. 97. - 4. - С. 74-76
2. Гебель В. Качество психиатрической помощи: Опыт Германии. Социальная и клиническая психиатрия. 1996.- 1.- С. 37-41
3. Гиндикян В.Я., Опаров Т.З., Гомахидзе Ш.В. Соматизированные психические расстройства по материалам диспансеризации сотрудников крупного промышленного предприятия // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С.Корсакова, 1996. - Т. 96. - 6. - С. 54-58
4. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Социальная психиатрия: современные представления. Обозрение психиатрии и медицинской психологии, 1994, 2, 39-49
5. Чуркин А.А. Психическое здоровье населения России в 1985-1995 г.г. // Российский психотерапевтический журнал. 1997. - 1. - С.53-58

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОСНОВНЫХ ГРУПП ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ (ВЫСОКИЙ И НИЗКИЙ УРОВЕНЬ) НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ПО СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ ПАРАМЕТРАМ (ДАННЫЕ 2001 ГОДА)

Б.Б.Джарбусынова

г. Алматы

С целью определения социально-психологических различий в исследуемых группах психологического здоровья, а также в целях определения представленности соответствующих уровней психологического здоровья, нами было проведено сравнительное исследование выборочных групп респондентов с высоким и низким уровнями

психологического здоровья по всем изучаемым параметрам.

В таблице 1 приведены сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровня психологического здоровья среди населения РК с различными уровнями (высоким, средним и низким) соматического здоровья.

Таблица 1

Сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психического здоровья среди населения РК с высоким, среднем и низким уровнями соматического здоровья (данные 2001 года)

Параметр Уровень	Высокое (n=372)		Низкое (n=1109)		P
	Наименование	%	Довер. интервал ср.	Сред. знач	
Высокое	41,4	+/-5%	8,9%	+/-1,7%	<0,01
Низкое	0	0<>1,7%	0,7%	+/-0,5%	
Среднее	57,5	+/-5%	77,4%	+/-2,5%	<0,01

Из приведенных в таблице 1 данных следует, что высокий уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе лиц с высоким уровнем соматического здоровья - соотношение 4,65:1, P<0,01. Низкий уровень психологического здоровья относительно более интенсивно был представлен в группе респондентов со средним уровнем соматического здоровья - соотношение 1,35:1, P<0,01, а также в группе лиц с низким уровнем соматического здоровья. Однако в силу малочисленности последней группы, достоверной разницы получено не было. Результаты, полученные по данному фрагменту, свидетельствуют о взаимозависимости высоких уровней психологического и соматического здоровья. Сравнительные аспекты исследования (уровни психологического и психического здоровья по

отношению к уровням соматического здоровья) показывают существенную разницу в интенсивности распределения сравниваемых признаков (соотношение 4,65:1 и 4,16:1 для высоких уровней; 1,35 и 1,45:1 для низких уровней) при их однополярной направленности. Полученные данные свидетельствуют о меньшей биологизированности категории психологического здоровья по сравнению с психическим. Следовательно, есть основания утверждать, что для формирования высоких уровней психологического здоровья более адекватными являются меры социального и психологического воздействия.

В таблице 2 приведены сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психологического здоровья среди населения РК с высокой, средней и низкой степенью заинтересованности собственным здоровьем.

Таблица 2

Сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психологического здоровья среди населения РК с высокой, средней и низкой степенью заинтересованности собственным здоровьем (данные 2001 года)

Параметр Уровень	Высокое (n=372)		Низкое (n=1109)		P
	Наименование	%	Довер. интервал ср.	Сред. знач	
Высокая	11,3	+/-3,2%	2,3%	+/-0,9%	<0,01
Низкая	0	0<>1,7%	0,1%	0,1<>0,1%	
Средняя	88,3	+/-3,3%	97,5%	+/-0,9%	<0,01

Из приведенных в таблице 2 данных следует, что высокий уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе с высокой степенью заинтересованности в собственном здоровье (соотношение 4,9:1, P<0,01). Низкий уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе со средней степенью заинтересованности собственным здоровьем (соотношение 1,1:1). Для группы с низким уровнем заинтересованности

собственным здоровьем, в силу ее малочисленности, достоверных различий в распределении изучаемых признаков получено не было. Сравнительный аспект исследования показывает существенную разницу в интенсивности распределения высоких уровней психологического и психического здоровья в изучаемых группах населения (соотношения 4,9:1 и 2,24:1). А также менее значительную разницу в распределении низких уровней психологического и психического здоровья (1,1:1 и 1,04:1).

Полученные данные однозначно свидетельствуют о том, что для лиц с высокими уровнями психологического здоровья существенно более свойственны формы самоорганизующей активности по отношению к собственному здоровью. Следовательно, все долгосрочные перспективные профилактические и гигиенические программы в качестве первичного базиса

должны предусматривать форсированное развитие высоких уровней психологического здоровья.

В таблице 3 приведены сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психологического здоровья среди различных групп населения РК, дифференцируемых по степени выраженности позитивных целей и установок.

Таблица 3

Сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психологического здоровья среди групп населения РК с различной степенью выраженности позитивных целей и установок (данные 2001 года)

Параметр Уровень	Высокое (n=372)		Низкое (n=1109)		P
	Наименование	%	Довер. интервал ср.	Сред. знач	
Выраженные	99,2	95,5 \diamond 99,4%	18,5%	+/-2,3%	<0,01
Отсутствие	0	0 \diamond 1,7%	28%	+/-2,6%	<0,01
Средняя выраженность	0,8	0,5 \diamond 2,6%	53,5%	+/-2,9%	<0,01

Из приведенных в таблице 3 данных следует, что высокий уровень психологического здоровья относительно более интенсивно был представлен в группе лиц с выраженным позитивными целями и установками (соотношение 5,36:1, P<0,01). Низкий уровень психологического здоровья относительно более интенсивно был представлен в группе лиц со средней степенью выраженности позитивных целей и установок (соотношение 66,87:1, P<0,01), а также с низкой степенью выраженности позитивных целей и установок (соотношение 28:0, P<0,01). Данные настоящего фрагмента убедительно свидетельствуют о взаимозависимости высоких уровней психологического здоровья с наличием позитивных целей и установок. Наиболее интересным представляется сравнительный аспект исследований по данному фрагменту. В частности, отмечается более чем существенная разница в интенсивности распределения изучаемых высоких (соотношения 5,36:1 и 1,69:1) и низких (соотношения 66,87:1

и 2,23:1 в группе со средней степенью выраженности позитивных целей и установок; 28:0 и 6,3:1 в группе с отсутствием позитивных целей и установок) уровней психологического и психического здоровья при их однополярной направленности. Таким образом, категория психологического здоровья в данном исследовательском фрагменте обнаруживает существенно более выраженную степень социальной зависимости, по сравнению с категорией психического здоровья. Следовательно, разработка программ эффективной профилактики социальных эпидемий должна в качестве первоосновы предусматривать возможность форсированного развития высоких уровней психологического здоровья населения.

В таблице 4 приведены сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психологического здоровья среди групп населения РК, дифференцируемых по признаку социальной динамики восходящей, нейтральной, нисходящей.

Таблица 4

Сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психологического здоровья среди групп населения Республики Казахстан с различной социальной динамикой (данные 2001 года)

Параметр Уровень	Высокое (n=372)		Низкое (n=1109)		P
	Наименование	%	Довер. интервал ср.	Сред. знач	
Восходящая	15,6	+/-3,7%	0,3%	0,2 \diamond 0,3%	<0,01
Нейтральная	84,1	+/-3,7%	98,1%	+/-0,8%	<0,01
Нисходящая	0,3	0,2 \diamond 2%	1,6%	+/-0,7%	

Из приведенных в таблице 4 данных следует, что высокий уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе с восходящей социальной динамикой - соотношение 52:1, $P<0,01$. Низкий уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе с нейтральной социальной динамикой - соотношение 1,17:1, $P<0,01$. Для группы лиц с нисходящей социальной динамикой, в силу ее малочисленности, достоверных различий по интенсивности распределения изучаемых признаков получено не было. Сравнительный аспект данного исследовательского фрагмента, с данными о распределении высокого и низкого уровней психологического и психического здоровья (соотношения 52:1 и 1,93:1). А также, в отношении интенсивности распределения низких

уровней психологического и психического здоровья (для распределения низкого уровня психического здоровья среди групп с нейтральной социальной динамикой достоверных различий не установлено, а для соответствующего уровня психологического здоровья они есть). Достоверные различия в распределении низкого уровня психического здоровья установлены в группе с нисходящей социальной динамикой и не установлены для распределения низкого уровня психологического здоровья. Таким образом, подтверждается тезис о существенно большей социальной зависимости категории психологического здоровья и позитивном взаимовлиянии высоких уровней психологического здоровья и восходящей социальной динамики.

В таблице 5 приведены сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психологического здоровья среди групп населения РК, дифференцируемых по признаку скорости адаптации высокой, средней, низкой.

Таблица 5

Сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психологического здоровья среди групп населения РК с различной скоростью адаптации (данные 2001 года)

Параметр Уровень	Высокое (n=372)		Низкое (n=1109)		P
	Наименование	%	Довер.интервал ср.	%	
Высокая	20,4	+/-4,1%	0	0<>0%	<0,01
Низкая	0	0<>1,7%	21,6	+/-2,4%	<0,01
Средняя	79,6	+/-4,1%	78,4	+/-2,4%	

Из приведенных в таблице 5 данных следует, что высокий уровень психологического здоровья относительно более интенсивно был представлен в группе с высокой скоростью адаптации (соотношение 20,4:0, $P<0,01$). Низкий уровень психологического здоровья относительно более интенсивно был представлен в группе с низкой скоростью адаптации (соотношение 21,6:0, $P<0,01$). Для группы респондентов со средней скоростью адаптации достоверных различий в распределении изучаемых признаков найдено не было. Сравнительный аспект исследования по данному фрагменту показывает существенную разницу в интенсивности монополярного распределения высоких и низких уровней психологического и психического здоровья в обозначенных группах. Дифферент высокого уровня психологического здоровья был, практически, на порядок выше аналогичного показателя высокого уровня психического здоровья (соотношение 20,4:0 и 2,67:1). Дифферент низкого уровня психологического здоровья также существенно превосходил аналогичный показатель низкого уровня психического здоровья (соотношение 21,6:0 и 6,1:1). Таким

образом, категория психологического здоровья обнаруживает существенно более тесную позитивную взаимозависимость со степенью и скоростью адаптации индивида.

В таблице 6 приведены сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психологического здоровья среди групп населения РК, дифференцируемых по признаку различной степени вовлеченности в религиозное мировоззрение.

Из приведенных в таблице 6 данных следует, что высокий уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе со средней степенью вовлеченности в религиозное мировоззрение (соотношение 1,23:1, $P<0,01$). Низкий уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе с низкой степенью вовлеченности в религиозное мировоззрение (соотношение 1,34:1, $P<0,01$). Для группы с высокой степенью вовлеченности в религиозное мировоззрение достоверных различий в интенсивности распределения изучаемых признаков получено не было. Сравнительный аспект исследования показывает существенную

Таблица 6

Сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психологического здоровья среди групп населения РК с различной степенью религиозности (данные 2001 года)

Параметр Уровень	Высокое (n=372)		Низкое (n=1109)		P
	Наименование	%	Довер.интервал ср.	%	
Высокая	5,6	+/-2,3%	6,8	+/-1,5%	
Низкая	23,1	+/-4,3%	31	+/-2,7%	<0,01
Средняя	63,4	+/-4,9%	51,7	+/-2,9%	<0,01

разницу в распределении уровней психологического и психического здоровья в изучаемых группах. Распределение высоких уровней психологического и психического здоровья разнополярны, первый наиболее интенсивно представлен в группе со средней степенью вовлеченности в религиозное мировоззрение, второй с высокой (соотношения 1,23:1 и 1,4:1). Низкие уровни психологического и психического здоровья распределялись в группе с низкой степенью вовлеченности в религиозное мировоззрение однополярно, в соотношениях

1,34:1 и 1,16:1. Отсюда следует вывод о ресурсной самодостаточности индивидов с высоким уровнем психологического здоровья, профилактической роли в процессах вовлечения населения в крайности религиозного толка (религиозный экстремизм и т.д.).

В таблице 7 приведены сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психологического здоровья среди групп населения РК, дифференцируемых по признаку зависимости отсутствия зависимости от табака.

Таблица 7

Сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психологического здоровья среди групп населения РК с признаками зависимости отсутствия табачной зависимости (данные 2001 года)

Параметр Уровень	Высокое (n=372)		Низкое (n=1109)		P
	Наименование	%	Довер.интервал ср.	%	
Не зависимы	72,6	+/-4,5%	63,7%	+/-2,8%	<0,01
Зависимы	27,4	+/-4,5%	36,3%	+/-2,8%	<0,01

Из приведенных в таблице 7 данных следует, что высокий уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе с отсутствием табачной зависимости (соотношение 1,14:1, P<0,01). Низкий уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе зависимых от табака (соотношение 1,32:1, P<0,01). Сравнение с распределением аналогичных уровней психического здоровья в рассматриваемых группах показывает более существенный дифферент при однополярном распределении для высокого уровня психологического здоровья (соотношения 1,14:1 и 1,05:1), и низкого уровня психологического здоровья (соотношения 1,32:1 и 1,13:1). Таким образом, достижение высоких уровней психологического здоровья является сравнительно более эффективным способом противодействия вовлечения в табачную зависимость. Лица с признаками высокого уровня

психологического здоровья более осмысленно и позитивно относятся к ресурсам собственного здоровья и менее прочих нуждаются в психоактивных адаптогенах.

В таблице 8 приведены сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психологического здоровья среди групп населения РК, выделяемых по признакам наличия или отсутствия алкогольной зависимости.

Из приведенных в таблице 8 данных следует, что высокий уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе с отсутствием алкогольной зависимости. Низкий уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе с наличием признаков алкогольной зависимости. Однако надлежащий критерий достоверности между данными распределениями изучаемых признаков установлен не был.

Сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психологического здоровья среди групп населения РК с признаками наличия или отсутствия алкогольной зависимости (данные 2001 года)

Параметр Уровень	Высокое (n=372)		Низкое (n=1109)		P
	Наименование	%	Довер.интервал ср.	%	
Зависимы	0,3	0,2<2%	0,5	0,3<0,5%	
Не зависимы	99,7	96,2<99,8%	99,5	98,4<99,6%	

Таким образом, по большинству из анализируемых параметров установлены достоверные различия между группами с высоким и низким уровнем психологического здоровья. Нашиими исследователями продемонстрированы существенные различия в распределении исследуемых уровней психологического и психического здоровья, которые для части параметров носят однополярный характер и различаются лишь по степени интенсивности. Для другой

(меньшей) части параметров данные различия носят разнополярный характер. Следовательно, есть основания утверждать, что речь идет о качественно различных функциональных уровнях психической активности индивида, обозначаемых в нашем исследовании как психическое здоровье (менее динамичное и более обусловленное биологическими предикторами) и психологическое здоровье (более динамичное и обусловленное социальными предикторами).

Литература

1. Артыкова Н.М. *Психическое здоровье человека как проблема валеологии. Валеология: медико-педагогические аспекты формирования здорового образа жизни.* - Костанай, 1997.- С. 15
2. Богдан М.Н. *Распространенность пограничных психических расстройств лиц разного пола // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова* 1997.- Т. 97. - 5. - С. 54-56
3. Богдан М.Н., Долгов С.А., Ротштейн В.Г. *Пациенты психиатрического кабинета поликлиники: недовыявленные диспансерные больные или новый контингент? // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова.* 1997. - Т. 97. - 3.- С. 53-56
4. Богдан М.Н., Рытик Э.Г., Сосновский А.Ю. *Вопросы охраны психического здоровья в работе X Всемирного конгресса психиатров. // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова,* 1997. - Т. 97. - 4. - С. 74-76
5. Гебель В. *Качество психиатрической помощи: Опыт Германии. Социальная и клиническая психиатрия.* 1996.- 1.- С. 37-41
6. Гиндикян В.Я., Опаров Т.З., Гомахидзе Ш.В. *Соматизированные психические расстройства по материалам диспансеризации сотрудников крупного промышленного предприятия // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова.* 1996. - Т. 96. - 6. - С. 54-58

ПОНЯТИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И НОРМЫ

Б.Б.Джарбусынова

г. Алматы

Понятия здоровья и нормы также, как понятия болезни и патологии, близки, но не тождественны. Контигуум «норма - патология» характеризует состояние психобиологического субстрата личности, соотношение физиологических и патофизиологических механизмов психической саморегуляции, выраженность личностной дисгармонии и структурно-морфологических изменений ЦНС, индивидуальную

степень готовности к психопатологическому синдромуобразованию. Совокупность патопсихологических и патофизиологических трансформаций может образовывать патогенетическую основу (pathos) психического заболевания. В ходе своего формирования или обратного развития pathos претерпевает количественные изменения, которые в принципе могут быть измерены с помощью

патопсихологических, психофизиологических, нейрофизиологических, биохимических, рентгенологических, морфологических и иных методов исследования. Клинически он проявляется в виде относительно устойчивых изменений личности, восприятия, мышления, эффективности, определяющих образ жизни, контроль побуждений, стиль поведения, и интерперсональных отношений. Наличие патологии вовсе не обязательно свидетельствует о наличии болезни. Качество психического функционирования определяется адаптационным потенциалом личности, ее компенсаторными возможностями. Даже при структурном прогрессировании патогенетического механизма клинические проявления могут быть стертыми, разрозненными, латентными. Так, тяжелое проникающее ранение черепа с повреждением участков мозгового вещества может не иметь длительных психопатологических последствий, а легкое сотрясение головного мозга иногда способно стать причиной инвалидизации; церебральный атеросклероз далеко не у каждого сопровождается формированием психоорганического синдрома и т.п. Однако в случаях развития психической болезни характер патологического процесса определяет ее нозологическую специфичность, тяжесть и прогноз. При патологиях развития (психопатиях, олигофрениях) pathos рассматривается в качестве нозологической формы, но одновременно с тем он может быть квалифицирован и как предпатология - если оказывается предрасполагающим патогенетическим фактором текущей психической болезни. Континуум «здоровье - болезнь» - это качественные характеристики, интегрально отражающие целостное состояние психического и социального функционирования. Нарушение

функции проявляется в субъективных и объективных клинических феноменах (психопатологических симптомах) и лишь тогда, когда компенсация морфологических (ультраструктурных) изменений в ЦНС оказывается уже несостоятельной. Появление и выраженность клинической симптоматики определяется не повреждением вообще, а соотношением числа измененных и мало или совсем не измененных нейронов и межнейронных связей (Саркисов Д.С. и др., 1988); при этом большинство проявлений болезни являются защитными реакциями против патогенного фактора, тогда как доля специфических симптомов, отражающих первопричину заболевания, очень незначительна (Нуллер Ю.Л., 1992). Болезненный процесс (nosos) представляет собой реализацию патогенетического механизма в виде динамического, текущего, образования (Давыдовский И.В., 1962). Каждая стадия болезненного процесса с момента появления кратковременных разрозненных слабо выраженных его признаков и вплоть до окончательного исхода, знаменуя собой качественно новое состояние; имеет определенную дискретность и может быть идентифицирована с помощью клинико-психопатологического метода. Понятие здоровья гораздо шире, богаче понятия нормы и по отношению к задачам медицины оказывается более информативным, поскольку включает в себя степень здоровья и степень болезни, процесс заболевания, патогенеза, и процесс выздоровления, саногенеза. Важную часть психического здоровья человека составляют социальное поведение, продуктивность труда, межличностные отношения; личностные ценности, творчество, эволюция личности, возможности реализации ее духовного и интеллектуального потенциала (Смирнов В.К., 1983).

Литература

1. Дмитриева Т.Б. Предисловие. Культуральные и этнические проблемы психического здоровья. Под ред. Т.Б.Дмитриевой, Б.С.Положского. - М., - 1995. - С. 1-32
2. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Социальная психиатрия: современные представления // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 1994, 2, 39-493
3. Исямова Г.А. Социально-психологический анализ факторов риска в ментальной медицине // Вопросы ментальной медицины и экологии. 1996. - 1. - С. 12-194
4. Петраков Б.Д., Петракова Л.Б. Психическое здоровье народов мира в XX веке. Обзорная информация, серия: Социальная гигиена и организация здравоохранения. - М 1984; 69
5. Пивень Б.Н. Экологическая психиатрия, развитие, возможности и пути реализации. XII съезд психиатров России (материалы съезда). - М., 1995.- С. 170-171

УСТАНОВОЧНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОСНОВНЫХ ГРУПП ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ПО ДАННЫМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 2001 Г.

Б.Б.Джарбусынова, А.Л.Катков

В ходе масштабного, многоуровневого исследования состояния и уровня психического здоровья

населения Республики Казахстан нами изучались как данные официальной статистики о распространении

психических и поведенческих расстройств в Республике в период 1992-2002 г.г., так и данные, полученные в ходе специального эпидемиологического исследования, проводимого в 2001 году. В настоящем сообщении анализируются установочные данные о составе основных исследуемых групп, выделяемых в соответствии с принадлежностью к

высокому, среднему и низкому уровню психического здоровья, полученные по результатам проведенного эпидемиологического исследования.

В таблице 1 приведены данные относительно распределения уровней психического здоровья среди населения РК возраста 12-55 лет по результатам эпидемиологического исследования 2001 года.

Таблица 1

Распределение уровней психического здоровья среди населения РК возраста 12-55 лет на 2001 год (n=7997)

Параметры Уровни	Высокое психическое здравье (n=2284)		Низкое психическое здравье (n=792)		Среднее психическое здравье (n=4891)	
	абс	%	абс	%	абс	%
Значения выборки	2284	28,7%	792	9,9%	4891	61,4%

Из приведенных в таблице 1 данных следует, что в соответствие с избранными в настоящем эпидемиологическом исследовании критериями, высокий уровень психического здоровья распределен среди 28,7% населения исследуемой возрастной группы, средний уровень – среди 61,4% населения. Низкий уровень психического здоровья обнаруживают 9,9% населения исследуемой группы. В целом, эти данные согласуются с результатами многих эпидемиологических исследований, устанавливающих

истинную распространенность психических расстройств среди населения в различных регионах мира.

В соответствии с основными параметрами исследования были определены основные социально-демографические и социально-психологические характеристики изучаемых групп психического здоровья населения РК. В таблице 2 приведены основные характеристики группы с высоким уровнем психического здоровья.

Таблица 2

Социально-демографические и социально-психологические характеристики группы с высоким уровнем психического здоровья (n=2284) по результатам исследования 2001 года

Характеристика группы с высоким уровнем психического здоровья (n=2284) по гендерному признаку

Наименование	абс	%	Довер.интервал ср.
Мужчины	1143	50%	+/-2.1%
Женщины	1141	50%	+/-2.1%

Характеристика группы с высоким уровнем психического здоровья по возрасту (n=2284)

Наименование	абс	%	Довер.интервал ср.
12-16 лет	321	14.1%	+/-1.4%
17-21 лет	355	15.5%	+/-1.5%
22-26 лет	336	14.7%	+/-1.5%
27-35 лет	524	22.9%	+/-1.7%
36-47 лет	508	22.2%	+/-1.7%
48-55 лет	239	10.5%	+/-1.3%

Характеристика группы с высоким уровнем психического здоровья по уровню образования (n=2284)

Наименование	абс	%	Довер.интервал сп.
начальное	387	16.9%	+/-1.5%
без образования	1	0%	0<>0%
среднее	1143	50%	+/-2.1%
высшее	753	33%	+/-1.9%

Характеристика группы с высоким уровнем психического здоровья по уровню дохода (n=2284)

Наименование	абс	%	Довер.интервал сп.
Высокий уровень дохода	409	17.9%	+/-1.6%
Низкий уровень дохода	569	24.9%	+/-1.8%
Средний уровень дохода	1126	49.3%	+/-2.1%

Характеристика группы с высоким уровнем психического здоровья по семейному статусу (n=2284)

Наименование	абс	%	Довер.интервал сп.
Живут с первой семьей	832	36.4%	+/-2%
Живут со второй семьей	1039	45.5%	+/-2%
Не имеют родственников	61	2.7%	+/-0.7%

Характеристика группы с высоким уровнем психического здоровья по профессиональному статусу (n=2284)

Наименование	абс	%	Довер.интервал сп.
бизнес, финансы	397	17.4%	+/-1.6%
образование	99	4.3%	+/-0.8%
здравоохранение	107	4.7%	+/-0.9%
не работает, не учится	0	0%	0<>0%
СМИ	8	0.4%	+/-0.2%
Силовые, надзор, юридич	90	3.9%	+/-0.8%
Студенты, учащиеся	453	22.5%	+/-1.8%
Другие сферы	318	13.9%	+/-1.4%
Госслужба	158	6.9%	+/-1%

Характеристика группы с высоким уровнем психического здоровья по национальности (n=2284)

Наименование	абс	%	Довер.интервал сп.
казахская	917	40.1%	+/-2%
украинская	88	3.9%	+/-0.8%
русская	963	42.2%	+/-2%
корейская	42	1.8%	+/-0.6%
татарская	64	2.8%	+/-0.7%
немецкая	53	2.3%	+/-0.6%
узбекская	51	2.2%	+/-0.6%
другая	18	0.8%	+/-0.4%

Характеристика группы с высоким уровнем психического здоровья по уровню соматического здоровья (n=2284)

Наименование	абс	%	Довер.интервал ср.
Высокое	1071	46.9%	+/-2%
Низкое	0	0%	0<>0%
Среднее	1197	52.4%	+/-2%

Характеристика группы с высоким уровнем психического здоровья по степени заинтересованности собственным здоровьем (n=2284)

Наименование	абс	%	Довер.интервал ср.
Высокая	168	7.4%	+/-1.1%
Низкая	0	0%	0<>0%
Средняя	2019	92.3%	+/-1.1%

Характеристика группы с высоким уровнем психического здоровья по наличию, отсутствию и средней выраженности позитивных целей и установок (n=2284)

Наименование	абс	%	Довер.интервал ср.
Выраженные	1867	81.7%	+/-1.6%
Отсутствие	62	2.7%	+/-0.7%
Средняя выраженность	355	15.5%	+/-1.5%

Характеристика группы с высоким уровнем психического здоровья по социальной динамике (n=2284)

Наименование	абс	%	Довер.интервал ср.
Восходящая	129	5.6%	+/-0.9%
Нейтральная	2146	94%	+/-1%
Нисходящая	9	0.4%	+/-0.3%

Характеристика группы с высоким уровнем психического здоровья по скорости адаптации (n=2284)

Наименование	абс	%	Довер.интервал ср.
Высокая	54	2.4%	+/-0.6%
Низкая	53	2.3%	+/-0.6%
Средняя	2177	95.3%	+/-0.9%

Характеристика группы с высоким уровнем психического здоровья по степени вовлеченности в религиозное мировоззрение (n=2284)

Наименование	абс	%	Довер.интервал ср.
Высокая	199	8.7%	+/-1.2%
Низкая	542	23.7%	+/-1.7%
Средняя	1284	56.2%	+/-2%

Характеристика группы с высоким уровнем психического здоровья по зависимости от табака (n=2284)

Наименование	абс	%	Довер.интервал ср.
Не зависимы	1615	70.7%	+/-1.9%
Зависимы	669	29.3%	+/-1.9%

Характеристика группы с высоким уровнем психического здоровья по зависимости от алкоголя (n=2284)

Наименование	абс	%	Довер.интервал ср.
Зависимые от алкоголя	5	0.2%	0.2<>0.2%
Не зависимые от алкоголя	2279	99.8%	+/-0.2%

Характеристика группы с высоким уровнем психического здоровья по степени вовлеченности в орбиту наркотизма (n=2284)

Наименование	абс	%	Довер.интервал ср.
группа риска	1590	69.6%	+/-1.9%
активно устойчивые	528	26.2%	+/-1.6%

Значения доверительных интервалов позволяют констатировать полную репрезентативность выборки по каждому исследуемому параметру.

В таблице 3 приведены основные характеристики выборочной группы со средним уровнем психического здоровья.

Таблица 3

Социально-демографические и социально-психологические характеристики группы со средним уровнем психического здоровья (n=4891) по результатам исследования 2001 года

Гендерная характеристика группы со средним уровнем психического здоровья (n=4891)

Наименование	абс	%	Довер.интервал ср.
Мужчины	1996	40.8%	+/-1.4%
Женщины	2895	59.2%	+/-1.4%

Характеристика группы со средним уровнем психического здоровья по возрасту (n=4891)

Наименование	абс	%	Довер.интервал ср.
12-16 лет	397	8.1%	+/-0.8%
17-21 лет	595	12.2%	+/-0.9%
22-26 лет	612	12.5%	+/-0.9%
27-35 лет	1112	22.7%	+/-1.2%
36-47 лет	1341	27.4%	+/-1.3%
48-55 лет	831	17%	+/-1.1%

Характеристика группы со средним уровнем психического здоровья по уровню образования (n=4891)

Наименование	абс	%	Довер.интервал ср.
начальное	581	11.9%	+/-0.9%
без образования	15	0.3%	+/-0.2%
среднее	2742	56.1%	+/-1.4%
высшее образование	1553	31.8%	+/-1.3%

Характеристика группы со средним уровнем психического здоровья по уровню дохода (n=4891)

Наименование	абс	%	Довер.интервал ср.
Высокий уровень дохода	571	11.7%	+/-0.9%
Низкий уровень дохода	1875	38.3%	+/-1.4%
Средний уровень дохода	2165	44.3%	+/-1.4%

Характеристика группы со средним уровнем психического здоровья по семейному статусу (n=4891)

Наименование	абс	%	Довер.интервал ср.
Живут с первой семьей	1343	27.5%	+/-1.3%
Живут со второй семьей	2362	48.3%	+/-1.4%
Не имеют родственников	165	3.4%	+/-0.5%

Характеристика группы со средним уровнем психического здоровья по профессиональному статусу (n=4891)

Наименование	абс	%	Довер.интервал ср.
бизнес, финансы	796	16.3%	+/-1%
образование	248	5.1%	+/-0.6%
здравоохранение	223	4.6%	+/-0.6%
не работает, не учится	0	0%	0<>0%
СМИ	17	0.3%	+/-0.2%
силовые, надзор, юридич	107	2.2%	+/-0.4%
студенты, учащиеся	627	14.5%	+/-1%
другие сферы	799	16.3%	+/-1%
госслужба	454	9.3%	+/-0.8%

Характеристика группы со средним уровнем психического здоровья по национальности (n=4891)

Наименование	абс	%	Довер.интервал ср.
казахская	1669	34.1%	+/-1.3%
украинская	189	3.9%	+/-0.5%
русская	2384	48.7%	+/-1.4%
корейская	80	1.6%	+/-0.4%
татарская	142	2.9%	+/-0.5%
немецкая	116	2.4%	+/-0.4%
узбекская	80	1.6%	+/-0.4%
другая национальность	26	0.5%	+/-0.2%

Характеристика группы со средним уровнем психического здоровья по региону проживания в РК (n=4891)

Наименование	абс	%	Довер.интервал ср.
Алматы	1070	21.9%	+/-1.2%
Астана	264	5.4%	+/-0.6%
Восточный Казахстан	547	11.2%	+/-0.9%
Западный Казахстан	509	10.4%	+/-0.9%
Северный Казахстан	1028	21%	+/-1.1%
Центральный Казахстан	671	13.7%	+/-1%
Южный Казахстан	802	16.4%	+/-1%

Характеристика группы со средним уровнем психического здоровья по уровню соматического здоровья (n=4891)

Наименование	абс	%	Довер.интервал ср.
Высокое	736	15%	+/-1%
Низкое	4	0.1%	0.1<>0.1%
Среднее	3959	80.9%	+/-1.1%

Характеристика группы со средним уровнем психического здоровья по степени заинтересованности собственным здоровьем (n=4891)

Наименование	абс	%	Довер.интервал ср.
Высокая	213	4.4%	+/-0.6%
Низкая	2	0%	0<>0%
Средняя	4479	95.4%	+/-0.6%

Характеристика группы со средним уровнем психического здоровья по наличию, отсутствию и средней выраженности позитивных целей и установок (n=4891)

Наименование	абс	%	Довер.интервал ср.
Выраженные	3242	66.3%	+/-1.3%
Отсутствие	385	7.9%	+/-0.8%
Средняя выраженность	1264	25.8%	+/-1.2%

Характеристика группы со средним уровнем психического здоровья по социальной динамике (n=4891)

Наименование	абс	%	Довер.интервал ср.
Восходящая	168	3.4%	+/-0.5%
Нейтральная	4691	95.9%	+/-0.6%
Нисходящая	32	0.7%	+/-0.2%

Характеристика группы со средним уровнем психического здоровья по скорости адаптации (n=4891)

Наименование	абс	%	Довер.интервал ср.
Высокая	71	1.5%	+/-0.3%
Низкая	323	6.6%	+/-0.7%
Средняя	4497	91.9%	+/-0.8%

Характеристика группы со средним уровнем психического здоровья по степени вовлеченности в религиозное мировоззрение (n=4891)

Наименование	абс	%	Довер.интервал ср.
Высокая	309	6.3%	+/-0.7%
Низкая	1207	24.7%	+/-1.2%
Средняя	2954	60.4%	+/-1.4%

Характеристика группы со средним уровнем психического здоровья по зависимости от табака (n=4891)

Наименование	абс	%	Довер.интервал ср.
Не зависимы	3319	67.9%	+/-1.3%
Зависимы	1572	32.1%	+/-1.3%

Характеристика группы со средним уровнем психического здоровья по зависимости от алкоголя (n=4891)

Наименование	абс	%	Довер.интервал ср.
Зависимые от алкоголя	19	0.4%	+/-0.2%
Не зависимые от алкоголя	4872	99.6%	+/-0.2%

Характеристика группы со средним уровнем психического здоровья по степени вовлеченности в орбиту наркотизма (n=4891)

Наименование	абс	%	Довер.интервал ср.
активно устойчивые	994	23%	+/-1.3%
группа риска	3556	72.7%	+/-1.2%

Значения доверительных интервалов позволяют констатировать полную репрезентативность выборки по каждому исследуемому параметру.

В таб. 4 приводятся основные социально-демографические и социально-психологические характеристики группы с низким уровнем психического здоровья.

Таблица 4

Социально-демографические и социально-психологические характеристики группы с низким уровнем психического здоровья (n=792) по результатам исследования 2001 года

Гендерная характеристика группы с низким уровнем психического здоровья (n=792)

Наименование	абс	%	1-Довер.интервал ср.
Мужчины	262	33.1%	+/-3.3%
Женщины	530	66.9%	+/-3.3%

Характеристика группы с низким уровнем психического здоровья по возрасту (n=792)

Наименование	абс	%	1-Довер.интервал ср.
12-16 лет	38	4.8%	+/-1.5%
17-21 лет	75	9.5%	+/-2%
22-26 лет	85	10.7%	+/-2.2%
27-35 лет	181	22.9%	+/-2.9%
36-47 лет	233	29.4%	+/-3.2%
48-55 лет	179	22.6%	+/-2.9%

Характеристика группы с низким уровнем психического здоровья по уровню образования (n=792)

Наименование	абс	%	1-Довер.интервал сп.
начальное	80	10.1%	+/-2.1%
без образования	2	0.3%	0.2<>0.8%
среднее	456	57.6%	+/-3.4%
высшее образование	254	32.1%	+/-3.3%

Характеристика группы с низким уровнем психического здоровья по уровню доходов (n=792)

Наименование	абс	%	1-Довер.интервал сп.
Высокий уровень дохода	65	8.2%	+/-1.9%
Низкий уровень дохода	357	45.1%	+/-3.5%
Средний уровень дохода	330	41.7%	+/-3.4%

Характеристика группы с низким уровнем психического здоровья по семейному статусу (n=792)

Наименование	абс	%	Довер.интервал сп.
Живут с первой семьей	173	21.8%	+/-2.9%
Живут со второй семьей	381	48.1%	+/-3.5%
Не имеют родственников	38	4.8%	+/-1.5%

Характеристика группы с низким уровнем психического здоровья по профессиональному статусу (n=792)

Наименование	абс	%	Довер.интервал сп.
бизнес, финансы	121	15.3%	+/-2.5%
образование	54	6.8%	+/-1.8%
здравоохранение	31	3.9%	+/-1.4%
не работает, не учится	0	0%	0<>0.6%
СМИ	3	0.4%	0.3<>1%
силовые, надзор, юридич	9	1.1%	+/-0.7%
студенты, учащиеся	65	9.4%	+/-2.2%
другие сферы	124	15.7%	+/-2.5%
госслужба	55	6.9%	+/-1.8%

Характеристика группы с низким уровнем психического здоровья по национальности (n=792)

Наименование	абс	%	Довер.интервал сп.
казахская	229	28.9%	+/-3.2%
украинская	47	5.9%	+/-1.6%
русская	412	52%	+/-3.5%
корейская	14	1.8%	+/-0.9%
татарская	20	2.5%	+/-1.1%
немецкая	24	3%	+/-1.2%
узбекская	14	1.8%	+/-0.9%
другая национальность	5	0.6%	0.4<>1.3%

Характеристика группы с низким уровнем психического здоровья по региону проживания в РК (n=792)

Наименование	абс	%	Довер.интервал сп.
Алматы	199	25.1%	+/-3%
Астана	42	5.3%	+/-1.6%
Восточный Казахстан	101	12.8%	+/-2.3%
Западный Казахстан	72	9.1%	+/-2%
Северный Казахстан	187	23.6%	+/-3%
Центральный Казахстан	89	11.2%	+/-2.2%
Южный Казахстан	102	12.9%	+/-2.3%

Характеристика группы с низким уровнем психического здоровья по уровню соматического здоровья (n=792)

Наименование	абс	%	Довер.интервал ср.
Высокое	33	4.2%	+/-1.4%
Низкое	10	1.3%	+/-0.8%
Среднее	601	75.9%	+/-3%

Характеристика группы с низким уровнем психического здоровья по степени заинтересованности собственным здоровьем (n=792)

Наименование	абс	%	Довер.интервал ср.
Высокая	26	3.3%	+/-1.2%
Низкая	0	0%	0<>0.6%
Средняя	738	96.6%	+/-1.3%

Характеристика группы с низким уровнем психического здоровья по наличию, отсутствию и средней выраженности позитивных целей и установок (n=792)

Наименование	абс	%	Довер.интервал ср.
Выраженные	382	48.2%	+/-3.5%
Отсутствие	135	17%	+/-2.6%
Средняя выраженность	275	34.7%	+/-3.3%

Характеристика группы с низким уровнем психического здоровья по социальной динамике (n=792)

Наименование	абс	%	Довер.интервал ср.
Восходящая	23	2.9%	+/-1.2%
Нейтральная	758	95.7%	+/-1.4%
Нисходящая	11	1.4%	+/-0.8%

Характеристика группы с низким уровнем психического здоровья по скорости адаптации (n=792)

Наименование	абс	%	Довер.интервал ср.
Высокая	7	0.9%	+/-0.7%
Низкая	112	14.1%	+/-2.4%
Средняя	673	85%	+/-2.5%

Характеристика группы с низким уровнем психического здоровья по степени вовлеченности в религиозное мировоззрение (n=792)

Наименование	абс	%	Довер.интервал ср.
Высокая	49	6.2%	+/-1.7%
Низкая	218	27.5%	+/-3.1%
Средняя	473	59.7%	+/-3.4%

Характеристика группы с низким уровнем психического здоровья по степени зависимости от табака (n=792)

Наименование	абс	%	Довер.интервал ср.
Не зависимы	529	66.8%	+/-3.3%
Зависимы	263	33.2%	+/-3.3%

Характеристика группы с низким уровнем психического здоровья по степени зависимости от алкоголя (n=792)

Наименование	абс	%	Довер.интервал ср.
Зависимые от алкоголя	3	0.4%	0.3<>1%
Не зависимые от алкоголя	789	99.6%	97.7<>99.7%

Характеристика группы с низким уровнем психического здоровья по степени вовлеченности в орбиту наркотизма (n=792)

Наименование	абс	%	Довер.интервал ср.
группа риска	612	77.3%	+/-2.9%
активно устойчивые	111	16%	+/-2.7%

Значения доверительных интервалов по данной группе позволяет констатировать полную репрезентативность выборки по каждому исследуемому параметру. Кроме того, из приведенных характеристик понятно, что основные группы, выделяемы на основании принадлежности к высокому, среднему и низкому уровням психического здоровья существенно различаются практически по всем приведенным параметрам. Однако для того чтобы установить степень

достоверности такого отличия, а значит, получить дополнительные аргументы в пользу целесообразности выделения соответствующих уровней психического здоровья, необходимо проведение пошагового сравнения исследуемых групп по каждому выделяемому параметру. Результаты, полученные в ходе статистического анализа сравнения групп с высоким, средним и низким уровнем психического здоровья приводятся нами в следующих сообщениях.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОСНОВНЫХ ГРУПП ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ (ВЫСОКИЙ И СРЕДНИЙ УРОВЕНЬ) ПО СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИМ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ ПАРАМЕТРАМ

А.Л.Катков, Б.Б.Джарбусынова

В ходе многоуровневого исследования, определяющего состояние психического здоровья населения Республики Казахстан, нами были выделены группы населения с высоким, средним и низким уровнями психического здоровья.

С целью определения социально-демографических и социально-психологических различий в исследуемых группах населения, выделяемых по признакам принадлежности к высокому и среднему уровню психического здоровья, а также с целью

определения среднего уровня психического здоровья в исследуемых гендерных, возрастных, профессиональных; национальных, географических, статусных (образовательный, экономический, семейный статусы) группами нами было приведено сравнительное исследование групп высокого и среднего уровней психического здоровья по всем изучаемым параметрам.

В таблице 1 приведены сравнительные характеристики распределения высокого и среднего уровней

психического здоровья среди гендерных групп населения РК.

Как следует из приведенных в таблице 1 данных, высокий уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен

среди мужского населения РК (соотношение 1,22:1, $P<0,01$). Средний уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен среди группы женщин – соотношение 1,18:1, $P<0,01$.

Таблица 1

Сравнительные характеристики распределения высокого и среднего уровней психического здоровья гендерных групп населения Республики Казахстан (данные 2001 года)

Параметр Уровень	Высокое (n=2284)		Низкое (n=4891)		
Наименование	%	Довер.интервал ср.	Сред.знач	Довер.интервал ср.	P
Мужчины	50%	+/-2,1%	40,8%	+/-1,4%	<0,01
Женщины	50%	+/-2,1%	59,2%	+/-1,4%	<0,01

Результаты данного фрагмента исследования интерпретируются как факт гендерных предпочтений к определенным уровням психического здоровья (например, женщин - к среднему уровню психического здоровья) в группе населения с обозначен-

ными гендерными характеристиками.

В таблице 2 приведены сравнительные характеристики распределения высокого и среднего уровней психического здоровья среди различных возрастных групп населения РК.

Таблица 2

Сравнительные характеристики распределения высокого и среднего уровней психического здоровья различных возрастных групп населения Казахстана (данные 2001 года)

Параметр Уровень	Высокое (n=2284)		Низкое (n=792)		
Наименование	%	Довер.интервал ср.	Сред.знач	Довер.интервал ср.	P
12-16 лет	14,1%	+/-1,4%	8,1%	+/-0,8%	<0,01
17-21 лет	15,5%	+/-1,5%	12,2%	+/-0,9%	<0,01
22-26 лет	14,7%	+/-1,5%	12,5%	+/-0,9%	<0,05
27-35 лет	22,9%	+/-1,7%	22,7%	+/-1,2%	
36-47 лет	22,2%	+/-1,7%	27,4%	+/-1,3%	<0,01
48-55 лет	10,5%	+/-1,3%	17%	+/-1,1%	<0,01

Из данных, приведенных в таблице 2, следует, что высокий уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группах населения в возрасте 12-16 лет (соотношение 1,74:1, $P<0,01$); с 17-21 лет (соотношение 1,27:1, $P<0,01$); 22-26 лет (соотношение 1,17:1, $P<0,05$). Средний уровень психического здоровья более интенсивно был представлен в группе населения с возрастом 36-47 лет (соотношение 1,23:1, $P<0,01$), 48-55 лет (соотношение 1,62:1, $P<0,01$). Для группы лиц с возрастом 27-35 лет достоверных различий по распределению изучаемых признаков найдено не было. Результаты данного фрагмента интерпретируются как доказательства накопления психических дисфункций с возрастом.

В таблице 3 приведены сравнительные характеристики распределения высокого и среднего уровней психического здоровья в различных группах населения РК, выделяемых по уровню образования.

Из данных, приведенных в таблице 3, следует, что высокий уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе лиц с начальным образованием (соотношение 1,42:1, $P<0,01$). Средний уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе лиц без образования (соотношение 0,3:0, $P>0,05$). А так же в группе лиц со средним образованием - соотношение 1,12:1, $P<0,01$. Интерпретация результатов по данному фрагменту

заключается в ссылке на возрастные характеристики, присущие тому или иному образовательному цензу.

В таблице 4 представлены сравнительные характеристики распределения высокого и среднего уровня психического здоровья в группах населения РК, выделяемых по уровню доходов.

Из данных, приведенных в таблице 4, следует, что высокий уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе лиц с высокими доходами (соотношение 1,53:1, $P<0,01$). А также в группе лиц со средним уровнем доходов - соотношение 1,11:1, $P<0,01$. Средний

уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе лиц с низким уровнем доходов - соотношение 1,54:1, $P<0,01$. Данный факт интерпретируется как позитивная взаимозависимость высоких уровней психического здоровья с материальным благосостоянием субъекта.

В таблице 5 представлены сравнительные характеристики распределения высокого и среднего уровней психического здоровья в группах населения РК, выделяемых в связи с особенностями семейного статуса.

Таблица 3

Сравнительная характеристика распределения высокого и среднего уровней психического здоровья в группах населения Республики Казахстана с различным образовательным цензом (данные 2001 года)

Параметр Уровень	Высокое (n=2284)		Среднее (n=4891)		P
	Наименование	%	Довер.интервал ср.	%	
Начальное	16,9%	+/-1,5	11,9%	+/-0,9%	<0,01
Без образования	0%	0<>0%	0,3%	+/-0,2%	<0,05
Среднее	50%	+/-2,1%	56,1%	+/-1,4%	<0,01
Высшее образование	33%	+/-1,9%	31,8%	+/-1,3%	

Таблица 4

Сравнительная характеристика распределения высокого и среднего уровней психического здоровья в группах населения Казахстана с различным уровнем доходов (высоким, средним, низким) - данные 2001 года

Параметр Уровень	Высокое (n=2284)		Среднее (n=4891)		P
	Наименование	%	Довер.интервал ср.	%	
Высокий	17,9%	+/- 1,6%	11,7%	+/-0,9%	<0,01
Низкий	24,9%	+/-1,8%	38,3%	+/-1,4%	<0,01
Средний	49,3%	+/-2,1%	44,3%	+/-1,4%	<0,01

Таблица 5

Сравнительная характеристика распределения высокого и среднего уровней психического здоровья в группах населения РК с различным семейным статусом (данные 2001 года)

Параметр Уровень	Высокое (n=2284)		Среднее (n=4891)		P
	Наименование	%	Довер.интервал ср.	%	
Живут с первой семьей	36,4%	+/- 2%	27,5%	+/-1,3%	<0,01
Живут со второй семьей	45,5%	+/-2%	48,3%	+/-1,4%	<0,05
Не имеют родственников	2,7%	+/-0,7%	3,4%	+/-0,5%	

Из данных приведенных в таблице 5 следует, что высокий уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе лиц, проживающих в первой семье (родителей) – соотношение - 1,32:1, P<0,01. Средний уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе лиц, проживающих в собственной (второй) семье – соотношение 1,06:1, P<0,05. В группе населения не имеющих

родственников достоверной разницы в распределении изучаемых признаков получено не было. Результаты по данному фрагменту интерпретируются с учетом возрастных характеристик респондентов, проживающих в первой семье.

В таблице 6 представлены сравнительные характеристики распределения высокого и среднего уровней психического здоровья в группах населения РК, выделяемых с учетом профессионального статуса.

Таблица 6

Сравнительная характеристика распределения высокого и среднего уровней психического здоровья в группах населения Казахстана с различным профессиональным статусом (данные 2001 года)

Параметр Уровень	Высокое (n=2284)		Среднее (n=4891)		P
	Наименование	%	Довер.интервал ср.	%	
Бизнес, финансы	17,4%	+/- 1,6 %	16,3%	+/-1%	
Образование	4,3%	+/-0,8 %	5,1 %	+/-0,6%	
Здравоохранение	4,7%	+/-0,9 %	4,6 %	+/- 0,6%	
Не работает, не учится	0%	0<>0%	0%	0<>0%	
СМИ	0,4%	+/- 0,2%	0,3%	+/-0,2%	
Силовые	3,9%	+/-0,8%	2,2%	+/-0,4%	<0,01
Студенты, учащиеся	22,5%	+/-1,8%	14,5%	+/-1%	<0,01
Другие сферы	13,9%	+/-1,4%	16,3%	+/-1%	<0,01
Госслужба	6,9%	+/-1%	9,3%	+/-0,8%	<0,01

Из данных, приведенных в таблице 6 следует, что высокий уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен среди групп, имеющих отношение к силовым ведомствам (соотношение 1,77:1, P<0,01; студентов и обучающихся в школе - соотношение 1,75:1, P<0,01). Средний уровень психического здоровья относительно более интенсивно был представлен у государственных служащих - соотношение 1,34:1. А также в других сферах деятельности - соотношение 1,17:1, P<0,01. По другим профессиональным

группам достоверной разницы по распределению изучаемых признаков получено не было. Результаты настоящего фрагмента интерпретируются с учетом возрастных характеристик исследуемых групп и условий приема на работу в силовые ведомства.

В таблице 7 представлены сравнительные характеристики распределения высокого и среднего уровней психического здоровья в группах населения РК, выделяемых по принципам принадлежности к основным этническим группам.

Таблица 7

Сравнительная характеристика распределения высокого и среднего уровней психического здоровья среди групп населения Казахстана с различной национальной принадлежностью (данные 2001 года)

Параметр Уровень	Высокое (n=2284)		Среднее (n=4891)		P
	Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	
Казахская	40,1	+/-2%	34,1	+/-1,3%	<0,01
Украинская	3,9	+/-0,8%	3,9	+/-0,5%	
Русская	42,2	+/-2%	48,7	+/-1,4%	<0,01
Корейская	1,8	+/-0,6%	1,6	+/-0,4%	
Татарская	2,8	+/-0,7%	2,9	+/-0,5%	
Немецкая	2,3	+/-0,6%	2,4	+/-0,4%	
Узбекская	2,2	+/-0,6%	1,6	+/-0,4%	
Другая	0,8	+/-0,4%	0,5	+/-0,2%	

Из данных приведенных в таблице 7 следует, что высокий уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно представлен в группе лиц коренной национальности - соотношение 1,17:1, $P<0,01$. Средний уровень психического здоровья относительно более интенсивно представлен в группе лиц русской национальности - соотношение 1,15:1, $P<0,01$. Для других национальных групп достоверной разницы в отношение распределения

изучаемого признака найдено не было. Результаты по данному фрагменту интерпретируются с учетом численности групп и глубинных этнопсихологических процессов.

В таблице 8 представлены сравнительные характеристики распределения высокого и среднего уровней психического здоровья в группах населения РК, выделяемых на основе регионального признака.

Таблица 8

Сравнительная характеристика распределения высокого и среднего уровней психического здоровья среди групп населения Казахстана, выделяемых по региональному признаку (данные 2001 года)

Параметр Уровень	Высокое (n=2284)		Среднее (n=4891)		P
	Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	
Алматы	21,1	+/-1,7%	21,9	+/-1,2%	
Астана	7,5	+/-1,1%	5,4	+/-0,6%	<0,01
Восточный Казахстан	10,6	+/-1,3%	11,2	+/-0,9%	
Западный Казахстан	12,3	+/-1,3%	10,4	+/-0,9%	<0,05
Северный Казахстан	17,4	+/-1,6%	21	+/-1,1%	<0,01
Центральный Казахстан	10,6	+/-1,3%	13,7	+/-1%	<0,01
Южный Казахстан	20,5	+/-1,7%	16,4	+/-1%	<0,01

Из данных, приведенных в таблице 8, следует, что высокий уровень психического здоровья был сравнительно более интенсивно представлен в г. Астана - соотношение 1,39:1, $P<0,01$; Западном Казахстане - соотношение 1,18, $P<0,05$; Южном Казахстане - соотношение 1,25:1, $P<0,01$. Средний уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно представлен в Северном Казахстане - соотношение 1,2:1, $P<0,01$; Центральном Казахстане - соотношение 1,29:1, $P<0,01$.

Для групп из других регионов достоверной разницы в распределении исследуемых признаков найдено не было. Результаты настоящего фрагмента интерпретируются с учетом национального состава и возрастных характеристик населения, проживающего в анализируемых регионах.

В таблице 9 представлены сравнительные характеристики распределения высокого и среднего уровней психического здоровья в группах населения РК, выделяемых по принципу отнесения к высокому, среднему и низкому уровню соматического здоровья.

Таблица 9

Сравнительная характеристика распределения высокого и среднего уровней психического здоровья среди групп населения Казахстана с высоким, средним и низким уровнями соматического здоровья (данные 2001 года)

Параметр Уровень	Высокое (n=2284)		Среднее (n=4891)		P
	Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	
Высокое	46,9	+/-2%	15	+/-1%	<0,01
Низкое	0	0<>0%	0,1	0<>0%	
Среднее	52,4	+/-2%	80,9	+/-1,1%	<0,01

Из данных, приведенных в таблице 9, следует, что высокий уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе лиц с высоким уровнем соматического здоровья - соотношение 3,1:1, $P<0,01$. Средний уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе лиц со средним уровнем соматического здоровья - соотношение 1,54:1, $P<0,01$. Для группы лиц с низким уровнем соматического здоровья достоверной разницы в распределении изучаемых

признаков найдено не было. Результаты, полученные в данном фрагменте, интерпретируются как факт позитивной взаимозависимой динамики высоких уровней психического и соматического здоровья.

В таблице 10 представлены сравнительные характеристики распределения высокого и среднего уровней психического здоровья в группах населения РК, выделяемых по принципу определения степени заинтересованности в собственном здоровье (высокой, средней, низкой).

Таблица 10

Сравнительная характеристика распределения высокого и среднего уровней психического здоровья среди групп населения Казахстана с различной степенью заинтересованности в собственном здоровье (данные 2001 года)

Параметр Уровень	Высокое (n=2284)		Среднее (n=4891)		P
	Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	
Высокая	7,4	+/-1,1%	4,4	+/-0,6%	<0,01
Низкая	0	0<>0%	0	0<>0%	
Средняя	92,3	+/-1,1%	95,4	+/-0,6%	<0,01

Из данных, приведенных в таблице 10, следует, что высокий уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе с высокой степенью заинтересованности собственным здоровьем - соотношение 1,68:1, $P<0,01$. Средний уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно представлен в группе лиц со средней степенью заинтересованности в собственном здоровье - соотношение 1,03:1, $P<0,01$. Группы с низким уровнем заинтересованности в собственном здоровье в данной выборке

представлено не было. Результаты по настоящему фрагменту интерпретируются с учетом взаимозависимой позитивной динамики высоких уровней психического здоровья и формирования приоритетов личного здоровья.

В таблице 11 представлена сравнительная характеристика распределения высокого и среднего уровней психического здоровья в группах населения РК, выделяемых по принципам выраженности позитивных целей и установок (выраженные, средняя степень выраженной, отсутствие).

Таблица 11

Сравнительная характеристика распределения высокого и среднего уровней психического здоровья в группах населения Казахстана с различными характеристиками в отношении позитивных целей и установок (данные 2001 года)

Параметр Уровень	Высокое (n=2284)		Среднее (n=4891)		P
	Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	
Выраженные	81,7	+/-1,6%	66,3	+/-1,3%	<0,01
Отсутствие	2,7	+/-0,7%	7,9	+/-0,8%	<0,01
Средняя выраженность	15,5	+/-1,5%	25,8	+/-1,2%	<0,01

Из приведенных в таблице 11 данных следует, что высокий уровень психического здоровья был сравнительно более интенсивно представлен в группе лиц с выраженными позитивными целями и установками - соотношение 1,23:1. Средний уровень

психического здоровья сравнительно более интенсивно представлен в группе лиц со средней степенью выраженности позитивных целей и установок - соотношение 1,66:1, $P<0,01$; а также в группе с отсутствием позитивных целей и установок -

соотношение 2,93:1, $P>0,01$. Интерпретация результатов по данному фрагменту учитывает позитивную взаимозависимость высоких уровней психического здоровья с формированием позитивных целей и установок.

В таблице 12 представлены сравнительные характеристики распределения высокого и среднего уровней психического здоровья в группах населения РК, выделяемых по характеристикам социальной динамики (восходящей, нейтральной, нисходящей).

Таблица 12

Сравнительная характеристика распределения высокого и среднего уровней психического здоровья в группах населения Казахстана с различной социальной динамикой (данные 2001 года)

Параметр Уровень	Высокое (n=2284)		Среднее (n=4891)		P
	Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	
Восходящая	5,6	+/-0,9%	3,4	+/-0,5%	<0,01
Нейтральная	94	+/-1%	95,9	+/-0,6%	<0,01
Нисходящая	0,4	+/-0,3%	0,7	+/-0,2%	

Из данных, приведенных в таблице 12, следует, что высокий уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно представлен в группе лиц с восходящей социальной динамикой - соотношение 1,65:1, $P<0,01$. Средний уровень психического здоровья более интенсивно представлен в группе лиц с нейтральной социальной динамикой - соотношение 1,02:1, $P<0,01$. Для группы лиц с нисходящей социальной динамикой достоверной разницы в

распределении исследуемых признаков найдено не было. Результаты настоящего фрагмента интерпретируются как позитивная взаимозависимость и взаимовлияние высоких уровней психического здоровья и восходящей социальной динамики.

В таблице 13 представлены сравнительные характеристики высокого и среднего уровней психического здоровья среди групп населения РК, выделяемых в зависимости от скорости адаптации.

Таблица 13

Сравнительная характеристика распределения высокого и среднего уровней психического здоровья групп населения Казахстана с различными характеристиками скорости адаптации (данные 2001 года)

Параметр Уровень	Высокое (n=2284)		Среднее (n=4891)		P
	Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	
Высокая	2,4	+/-0,6%	1,5	+/-0,3%	<0,01
Низкая	2,3	+/-0,6%	6,6	+/-0,7%	<0,01
Средняя	95,3	+/-0,9%	91,9	+/-0,8%	<0,01

Из данных, приведенных в таблице 13, следует, что высокий уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе лиц с высокой скоростью адаптации - соотношение 1,6:1, $P<0,01$. А также в группе со средней скоростью адаптации - соотношение 1,04:1, $P<0,01$. Средний уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе лиц с низкой скоростью адаптации - соотношение -

2,17:1, $P<0,01$. Результаты по настоящему фрагменту интерпретируются как факт позитивного влияния высоких уровней психического здоровья на скорость адаптации индивида.

В таблице 14 представлены характеристики высокого и среднего уровней психического здоровья среди групп населения РК, выделяемых по принципу степени вовлеченности в религиозное мировоззрение (высокая, средняя, низкая).

Таблица 14

Сравнительная характеристика распределения высокого и среднего уровней психического здоровья среди групп населения Казахстана, различных по степени вовлеченности в религиозное мировоззрение (данные 2001 года)

Параметр Уровень	Высокое (n=2284)		Среднее (n=4891)		P
	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.	
Высокая	8,7	+/-1,2%	6,3	+/-0,7%	<0,01
Низкая	23,7	+/-1,7%	24,7	+/-1,2%	
Средняя	56,2	+/-2%	60,4	+/-1,4%	<0,01

Из данных, приведенных в таблице 14, следует, что высокий уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе лиц с высокой степенью вовлеченности в религиозное мировоззрение - соотношение 1,38:1, $P>0,01$. Средний уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен среди лиц со средней степенью вовлеченности в религиозное мировоззрение - соотношение 1,07:1, $P>0,01$. Для группы лиц с низкой степенью вовлеченности в религиозное мировоззрение достоверной

динамики распределения изучаемых признаков установлено не было. Результаты настоящего фрагмента интерпретируются как факт ресурсной функции религиозного мировоззрения в отношении формирования высоких уровней психического здоровья индивида.

В таблице 15 представлены характеристики высокого и среднего уровней психического здоровья среди групп населения РК, дифференцированных по признаку наличия и отсутствия табачной зависимости.

Таблица 15

Сравнительная характеристика распределения высокого и среднего уровней психического здоровья среди групп населения Казахстана, дифференцированных по признаку табачной зависимости (данные 2001 года)

Параметр Уровень	Высокое (n=2284)		Среднее (n=4891)		P
	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.	
Не зависимы	70,7	+/-1,9%	67,9	+/-1,3%	<0,05
Зависимы	29,3	+/-1,9%	32,1	+/-1,3%	<0,05

Из данных, приведенных в таблице 15, следует, что высокий уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе лиц с отсутствием табачной зависимости - соотношение 1,04:1, $P<0,05$. Средний уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе лиц с наличием табачной зависимости - соотношение 1,1:1, $P<0,05$.

Полученные данные интерпретируются как факт более ответственного отношения к собственному здоровью у лиц с высоким уровнем психического здоровья.

В таблице 16 представлены характеристики высокого и среднего уровней психического здоровья среди групп населения РК, дифференцированных по признаку наличия и отсутствия алкогольной зависимости.

Таблица 16

Сравнительная характеристика распределения высокого и среднего уровней психического здоровья среди групп населения Казахстана, дифференцированных по признаку алкогольной зависимости (данные 2001 года)

Параметр Уровень	Высокое (n=2284)		Среднее (n=4891)		P
	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.	
Зависимы	0,2	0,2<>0,2%	0,4	+/-0,2%	
Не зависимы	99,8	+/-0,2%	99,6	+/-0,2%	

Достоверных различий в характере распределения высокого и среднего уровней психического здоровья в группах населения, дифференцированных по принципу наличия алкогольной зависимости, выявлено не было.

В таблице 17 представлены характеристики высокого и среднего уровней психического здоровья среди групп населения, дифференцированных по степени риска вовлечения в наркотическую зависимость.

Таблица 17

Сравнительная характеристика распределения высокого и среднего уровней психического здоровья среди групп населения Казахстана, дифференцированных по степени риска вовлечения в наркотическую зависимость

Параметр Уровень	Высокое (n=2284)		Среднее (n=4891)		P
	Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	
Группа риска	69,6	+/-1,9%	72,7	+/-1,2%	<0,01
Устойчивые	26,2	+/-1,9%	23	+/-1,3%	<0,01

Из данных, приведенных в таблице 17, следует, что высокий уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно представлен в группе лиц, обладающих устойчивостью по отношению к вовлечению в наркопотребление - соотношение 1,13:1, P<0,01. Средний уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно представлен в группе лиц с риском вовлечения в наркопотребление - соотношение 1,04:1, P<0,01. Результаты по настоящему фрагменту интерпретируются как обратная взаимозависимость высоких уровней психического здоровья с рисками вовлечения в зависимость от психоактивных веществ.

Таким образом, по всем основным параметрам установлены существенные, достоверные различия

между группами с высоким и средним уровнями психического здоровья. Данные достоверные различия коррелируют с достоверными различиями, установленными между группами с высоким и низким уровнями психического здоровья. Вместе с тем, они существенно менее выражены.

Исследование социально-демографических и социально-психологических характеристик в группах с различным уровнем психического здоровья, их сравнение, позволили выявить статистически достоверные взаимосвязи между отдельными социально-демографическими и социально-психологическими характеристиками и соответствующими признаками психического здоровья.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОСНОВНЫХ ГРУПП ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ (ВЫСОКИЙ И НИЗКИЙ УРОВЕНЬ) ПО СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИМ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ ПАРАМЕТРАМ

А.Л.Катков, Б.Б.Джарбусынова

В ходе многоуровневого исследования, определяющего состояние психического здоровья населения Республики Казахстан, нами были выделены группы населения с высоким, средним и низким уровнями психического здоровья.

В целях определения основных социально-демографических и социально-психологических различий в исследуемых группах психического здоровья, а также с целью определения представленности уровней психического здоровья в исследуемых

гендерных, возрастных, профессиональных, национальных, географических, статусных (образовательный, семейный, экономический статусы) группами нами было проведено сравнительное исследование показателя интенсивности распределения высокого и низкого уровней психического здоровья по всем изучаемым параметрам.

В таблице 1 приведены сравнительные характеристики распределения высоких и низких уровней психического здоровья по гендерному признаку.

Таблица 1

Сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психического здоровья среди населения РК по гендерному признаку (материалы 2001 года)

Параметр Уровень	Высокое (n=2284)		Низкое (n=792)		
Наименование	%	Довер.интервал ср.	Сред.знач	Довер.интервал ср.	P
Мужчины	50%	+/-2,1%	33,1%	+/-3,3%	<0,01
Женщины	50%	+/-2,1%	66,9%	+/-3,3%	<0,01

Из приведенных в таблице 1 данных следует вывод о сравнительно более интенсивном распределении признака принадлежности к группе с высоким уровнем психического здоровья среди мужчин (50% против 33,1%, соотношение 1,51:1, P<0,01). А также о сравнительно более интенсивном распределении признака принадлежности к

группе с низким уровнем психического здоровья среди женщин (66,9% против 50%, соотношение 1,33:1, P<0,01).

В таблице 2 приведены сравнительные характеристики распределения высоких и низких уровней психического здоровья среди исследуемой группы населения по возрастному признаку.

Таблица 2

Сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психического здоровья среди изучаемых возрастных групп населения РК (материалы 2001 года)

Параметр Уровень	Высокое (n=2284)		Низкое (n=792)		
Наименование	%	Довер.интервал ср.	Сред.знач	Довер.интервал ср.	P
12-16 лет	14,1%	+/-1,4%	4,8%	+/-1,5%	<0,01
17-21 лет	15,5%	+/-1,5%	9,5%	+/-2%	<0,01
22-26 лет	14,7%	+/-1,5%	10,7%	+/-2,2%	<0,01
27-35 лет	22,9%	+/-1,7%	22,9%	+/-2,9%	
36-47 лет	22,2%	+/-1,7%	29,4%	+/-3,2%	<0,01
48-55 лет	10,5%	+/-1,3%	22,6%	+/-2,9%	<0,01

Из приведенных в таблице 2 данных следует, что высокий уровень психического здоровья относительно более интенсивно представлен в группах населения в возрасте 12-16 лет, соотношение 2,9:1 (P<0,01); 17-21 лет, соотношение 1,63:1 (P<0,01); 22-26 лет, соотношение 1,37:1 (P<0,01). Низкий уровень психического здоровья населения более интенсивно представлен в группах населения в возрасте 36-47 лет, соотношение 1,32:1 (P<0,01); 48-55 лет, соотношение

2,15:1 (P<0,01). Достоверной разницы не получено нами для группы населения с возрастом 27-35 лет. Таким образом, подтверждается тезис о накоплении признаков, определяющих принадлежность к группе низким уровнем психического здоровья с возрастом.

В таблице 3 приведены сравнительные характеристики распределения высоких и низких уровней психического здоровья среди групп населения, выделяемых по уровню образования.

Таблица 3

Сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психического здоровья среди групп населения РК с различным образовательным уровнем (материалы 2001 года)

Параметр Уровень	Высокое (n=2284)		Низкое (n=792)		
Наименование	%	Довер.интервал ср.	Сред.знач	Довер.интервал ср.	P
Начальное	16,9%	+/-1,5%	10,1%	+/-2,1%	<0,01
Без образования	0%	0<>0%	0,3%	0,2<>0,8%	
Среднее	50%	+/-2,1%	57,6%	+/-3,4%	<0,01
Высшее образование	33%	+/-1,9%	32,1%	+/-3,3%	

Из приведенных в таблице 3 данных следует, что высокий уровень психического здоровья, относительно более интенсивно представлен в группе лиц с начальным образованием, соотношение 1,67:1 ($P<0,01$). Низкий уровень психического здоровья относительно более интенсивно представлен в группе лиц со средним образованием, соотношение 1,15:1 ($P<0,01$). Достоверной разницы не получено для группы лиц с высшим образованием. Основываясь на результатах исследования распределения изучаемых признаков высокого и низкого уровней психического здоровья по предыдущему,

возрастному параметру, следует интерпретировать полученные результаты как аргументы в пользу того, что уровень образования не оказывает существенного влияния на распределение признака психического здоровья, а более интенсивные показатели высоких уровней психического здоровья в группе лиц с начальным образованием обусловлены их возрастной характеристикой.

В таблице 4 приведены сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психического здоровья среди групп населения РК, выделяемых по уровню доходов.

Таблица 4

Сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психического здоровья среди групп населения РК с различным уровнем доходов (материалы 2001 года)

Параметр Уровень	Высокое (n=2284)		Низкое (n=792)		P
	Наименование	%	Довер.интервал ср.	Сред.знач	
Высокий	17,9%	+/-1,6%	8,2%	+/-1,9%	<0,01
Низкий	24,9%	+/-1,8%	45,1%	+/-3,5%	<0,01
Средний	49,3%	+/-2,1%	41,7%	+/-3,4%	<0,01

Из приведенных в таблице 4 данных следует, что высокий уровень психического здоровья относительно более интенсивно распределялся в группе лиц с высоким (соотношение 2,18:1, $P<0,01$) и средним (соотношение 1,18:1, $P<0,01$) уровнем доходов. Низкий уровень психического здоровья относительно более интенсивно распределяется в группе лиц с низким уровнем доходов (соотношение 1,81:1, $P<0,01$). Данные результаты можно интерпретировать по принципу двойной обусловленности: высокий уровень психического здоровья индивида способствует его более эффективному социальному функционированию, прямо отражающемуся на материальном благосостоянии субъекта. В тоже время высокий уровень

доходов способствует психическому комфорту субъекта.

В таблице 5 приведены сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психического здоровья среди групп населения РК, выделяемых по семейному статусу.

Из приведенных в таблице 5 данных следует, что высокий уровень психического здоровья относительно более интенсивно был представлен в группе лиц, проживающих с первой семьей – соотношение 1,66:1, $P<0,01$.

Низкий уровень психического здоровья относительно более интенсивно был представлен в группе лиц, не имеющих родственников – соотношение 1,77:1, $P<0,01$.

Таблица 5

Сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психического здоровья среди групп населения РК с различным семейным статусом

Параметр Уровень	Высокое (n=2284)		Низкое (n=792)		P
	Наименование	%	Довер.интервал ср.	Сред.знач	
Живут с первой семьей	36,4%	+/-2%	21,8%	+/-2,9%	<0,01
Живут со второй семьей	45,5%	+/-2%	48,1%	+/-3,5%	
Не имеют родственников	2,7%	+/-0,7%	4,8%	+/-1,5%	<0,01

Не получено достоверных различий для группы лиц, проживающих со второй семьей. Интерпретация полученных в данном исследовательском фрагменте результатов заключается в том, что с первой семьей (отец, мать, другие родственники) проживают относительно более молодые, и, следовательно, обладающие преимущественно более высоким уровнем психического здоровья люди. В

тоже время, достоверные различия по позиции 3 таблицы 2 указывают на важное значение родственных связей в обеспечении более высоких уровней психического здоровья.

В таблице 6 приведены сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психического здоровья среди групп населения РК, выделяемых по профессиональному статусу.

Таблица 6

Сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психического здоровья среди групп населения РК с различным профессиональным статусом (данные 2001 года)

Параметр Уровень	Высокое (n=2284)		Низкое (n=792)		P
	Наименование	%	Довер.интервал ср.	Сред.знач	
Бизнес, финансы	17,4%	+/-1,6%	15,3%	+/-2,5%	
Образование	4,3%	+/-0,8%	6,8%	+/-1,8%	<0,01
Здравоохранение	4,7%	+/-0,9%	3,9%	+/-1,4%	
Не работает, не учится	0%	0<>0%	0%	0<>0,6%	
СМИ	0,4%	+/-0,2%	0,4%	0,3<>1%	
Силовые	3,9%	+/-0,8%	1,1%	+/-0,7%	<0,01
Студенты, учащиеся	22,5%	+/-1,8%	9,4%	+/-2,2%	<0,01
Другие сферы	13,9%	+/-1,4%	15,7%	+/-2,5%	
Госслужба	6,9%	+/-1%	6,9%	+/-1,8%	

Из приведенных в таблице 6 данных следует, что высокий уровень психического здоровья относительно более интенсивно был представлен в группе лиц, занятых в силовых ведомствах – соотношение 3,55:1, P<0,01; группе студентов и учащихся школ – соотношение 2,39:1, P<0,01. Низкий уровень психического здоровья относительно более интенсивно был представлен в группе лиц, работающих в системе образования – соотношение 1,58:1, P<0,01. Для прочих профессиональных категорий достоверных различий найдено не было. Интерпретация полученных по данному фрагменту результатов заключается в том, что преимущественно более высокий уровень психического здоровья учащихся обусловлен их принадлежностью

к возрастной группе с более высоким уровнем психического здоровья. Более высокий уровень психического здоровья представителей силовых ведомств обусловлен достаточно жесткой системой отбора кадров в силовые структуры, предусматривающей консультативный осмотр врачом психиатром. Относительно более низкий уровень психического здоровья сотрудников сферы образования связан с профессиональными факторами (стрессы, эмоциональные, интеллектуальные перегрузки, низкая оплата труда).

В таблице 7 приведены сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психического здоровья по основным национальным группам населения.

Таблица 7

Сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психического здоровья среди основных национальных групп населения Республики Казахстан (данные 2001 года)

Параметр Уровень	Высокое (n=2284)		Низкое (n=792)		P
	Наименование	%	Довер.интервал ср.	Сред.знач	
Казахская	40,1%	+/-2%	28,9%	+/-3,2%	<0,01
Украинская	3,9%	+/-0,8%	5,9%	+/-1,6%	<0,05
Русская	42,2%	+/-2%	52%	+/-3,5%	<0,01
Корейская	1,8%	+/-0,6%	1,8%	+/-0,9%	
Татарская	2,8%	+/-0,7%	2,5%	+/-1,1%	
Немецкая	2,3%	+/-0,6%	3%	+/-1,2%	
Узбекская	2,2%	+/-0,6%	1,8%	+/-0,9%	
Другая	0,8%	+/-0,4%	0,6%	0,4<>1,3%	

Из приведенных в таблице 7 данных следует, что высокий уровень психического здоровья относительно более интенсивно был представлен в группе лиц казахской национальности – соотношение 1,38:1, $P<0,01$. Низкий уровень психического здоровья относительно более интенсивно был представлен в группе лиц украинской национальности – соотношение 1,51:1, $P<0,05$; а также в группе лиц русской национальности – соотношение 1,24:1. Для групп лиц с другой национальной принадлежностью достоверных различий найдено не было. Интерпретация результатов по данному фрагменту соотносится с количественными характеристиками национальных групп - достоверные различия были получены в достаточно полных группах. Различия

между казахской и славянскими национальностями по основному исследуемому признаку объясняются глубинными процессами национальной идентификации, действующими, в первом случае, по принципу отождествления с культуральной, социальной и географической средой и позитивно влияющими на состояние психического здоровья коренной этнической группы. Во втором случае эти процессы действуют по принципу растождествления и негативно влияют на состояние психического здоровья славянских этнических групп.

В таблице 8 приведены сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психического здоровья среди групп населения РК по региону проживания.

Таблица 8

Сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психического здоровья среди различных географических групп населения РК (материалы 2001 года)

Параметр Уровень	Высокое (n=2284)		Низкое (n=792)		P
	Наименование	%	Довер.интервал ср.	Сред.знач	
Алматы	21,1%	+/-1,7%	25,1%	+/-3%	<0,05
Астана	7,5%	+/-1,1%	5,3%	+/-1,6%	<0,05
Восточный Казахстан	10,6%	+/-1,3%	12,8%	+/-2,3%	
Западный Казахстан	12,3%	+/-1,3%	9,1%	+/-2%	<0,05
Северный Казахстан	17,4%	+/-1,6%	23,6%	+/-3%	<0,01
Центральный Казахстан	10,6%	+/-1,3%	11,2%	+/-2,2%	
Южный Казахстан	20,5%	+/-1,7%	12,9%	+/-2,3%	<0,01

Из приведенных в таблице 8 данных следует, что высокий уровень психического здоровья относительно более интенсивно представлен в г. Астана (соотношение 1,41:1, $P<0,05$); Западно-Казахстанском регионе (соотношение 1,35:1, $P<0,05$); Южно-Казахстанском регионе (соотношение 1,59:1, $P<0,01$). Низкий уровень психического здоровья относительно более интенсивно представлен в г. Алматы (соотношение 1,18:1, $P<0,05$); Северо-Казахстанском регионе (соотношение 1,36:1, $P<0,01$). По другим анализируемым

регионам (Восточный Казахстан, Центральный Казахстан) достоверных различий найдено не было. Интерпретация результатов по данному фрагменту связана с национальным и половозрастным составом населения в анализируемых регионах.

В таблице 9 приведены сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психического здоровья среди групп населения Казахстана с высоким, среднем и низким уровнем соматического здоровья.

Таблица 9

Сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психического здоровья среди групп населения РК с высоким, среднем и низким уровнями соматического здоровья (данные 2001 года)

Параметр Уровень	Высокое (n=2284)		Низкое (n=792)		P
	Наименование	%	Довер.интервал ср.	Сред.знач	
Высокое	46,9%	+/-2%	4,2%	+/-1,4%	<0,01
Низкое	0%	0<>0%	1,3%	+/-0,8%	<0,01
Среднее	52,4%	+/-2%	75,9%	+/-3%	<0,01

Из приведенных в таблице 9 данных следует, что высокий уровень психического здоровья относительно более интенсивно был представлен в группе населения с высоким уровнем соматического здоровья (соотношение 11,16:1, $P<0,01$). Низкий уровень психического здоровья относительно более интенсивно был представлен в группах населения с низким уровнем соматического здоровья (соотношение 1,3:0, $P<0,01$); и среднем уровне соматического здоровья

(соотношение 1,45:1, $P<0,01$). Интерпретация результатов данного фрагмента заключается в признании факта позитивного взаимовлияния высоких уровней психического и соматического здоровья.

В таблице 10 приведены сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психического здоровья среди групп населения РК с высокой, средней и низкой степенью заинтересованности собственным здоровьем.

Таблица 10

Сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психического здоровья среди групп населения РК с высокой, средней и низкой степенью заинтересованности собственным здоровьем (данные 2001 года)

Параметр Уровень	Высокое (n=2284)		Низкое (n=792)		
Наименование	%	Довер.интервал ср.	Сред.знач	Довер.интервал ср.	P
Высокая	7,4%	+/-1,1%	3,3%	+/-1,2%	<0,01
Низкая	0%	0<>0%	0%	0<>0,6%	
Средняя	92,3%	+/-1,1%	96,6%	+/-1,3%	<0,01

Из приведенных в таблице 10 данных следует, что высокий уровень психического здоровья более интенсивно был представлен в группе лиц с высокой степенью заинтересованности в собственном здоровье – соотношение 2,24:1, $P<0,01$. Низкий уровень психического здоровья более интенсивно был представлен в группе лиц со средней степенью заинтересованности в собственном здоровье – соотношение 1,04:1, $P<0,01$. Для группы лиц с низкой степенью заинтересованности собственным здоровьем достаточных различий выявлено не

было. Интерпретация результатов данного фрагмента заключается в признании факта позитивного взаимовлияния ответственного отношения к собственному здоровью и высоких уровней психического здоровья.

В таблице 11 приведены сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психического здоровья среди групп населения РК, выделяемых по наличию, отсутствию или средней выраженности позитивных целей и установок.

Таблица 11

Сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психического здоровья среди групп населения РК, с различной степенью выраженности позитивных целей и установок (данные 2001 года)

Параметр Уровень	Высокое (n=2284)		Низкое (n=792)		
Наименование	%	Довер.интервал ср.	Сред.знач	Довер.интервал ср.	P
Выраженные	81,7%	+/-1,6%	48,2%	+/-3,5%	<0,01
Отсутствие	2,7%	+/-0,7%	17%	+/-2,6%	<0,01
Средняя выраженность	15,5%	+/-1,5%	34,7%	+/-3,3%	<0,01

Из приведенных в таблице 11 данных следует, что высокий уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно представлен в группе населения с выраженным позитивными целями и установками – соотношение 1,69:1, $P<0,01$. Низкий уровень психического здоровья сравнительно

более интенсивно представлен в группах населения с отсутствием позитивных целей и установок – соотношение 6,3:1, $P<0,01$; со средней степенью выраженности позитивных целей и установок – соотношение 2,23:1, $P<0,01$. Интерпретация результатов данного фрагмента исследования состоит в

признании факта позитивного взаимовлияния высоких уровней психического здоровья и наличия позитивных целей и установок.

В таблице 12 приведены сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психического здоровья среди групп населения РК, выделяемых по признаку социальной динамики – восходящей, нейтральной, нисходящей.

Из приведенных в таблице 12 данных следует, что высокий уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе лиц с восходящей социальной динамикой – соотношение 1,93:1, P<0,01. Низкий уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно

был представлен в группе лиц с нисходящей социальной динамикой – соотношение 3,5:1, P<0,01. Для группы лиц с нейтральной, социальной динамикой достоверных различий по степени распределения основных изучаемых признаков найдено не было. Интерпретация результатов данного фрагмента заключается в констатации факта позитивного влияния высоких уровней психического здоровья на конструктивный вектор социальной динамики индивида.

В таблице 13 приведены сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психического здоровья среди групп населения РК, выделяемых по признаку скорости адаптации.

Таблица 12

Сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психического здоровья среди групп населения Республики Казахстан с различной социальной динамикой (данные 2001 года)

Параметр Уровень	Высокое (n=2284)		Низкое (n=792)		
Наименование	%	Довер.интервал ср.	Сред.знач	Довер.интервал ср.	P
Восходящая	5,6%	+/-0,9%	2,9%	+/-1,2%	<0,01
Нейтральная	94%	+/-1%	95,7%	+/-1,4%	
Нисходящая	0,4%	+/-0,3%	1,4%	+/-0,8%	<0,01

Таблица 13

Сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психического здоровья среди групп населения Казахстана с различной скоростью адаптации (данные 2001 года)

Параметр Уровень	Высокое (n=2284)		Низкое (n=792)		
Наименование	%	Довер.интервал ср.	Сред.знач	Довер.интервал ср.	P
Высокая	2,4%	+/-0,6%	0,9%	+/-0,7%	<0,05
Низкая	2,3%	+/-0,6%	14,1%	+/-2,4%	<0,01
Средняя	95,3%	+/-0,9%	85%	+/-2,5%	<0,01

Из приведенных в таблице 13 данных следует, что высокий уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе лиц с высокой скоростью адаптации – соотношение 2,67:1, P<0,05. А также в группе лиц со средней скоростью адаптации – соотношение 1,12:1, P<0,01. Низкий уровень психического здоровья был сравнительно более интенсивно представлен в группе лиц с низкой скоростью социальной адаптации – соотношение 6,1:1, P<0,01. Интерпретация

результатов по данному фрагменту исследования заключается в констатации факта позитивного взаимовлияния высоких уровней психического здоровья и высокой скоростью адаптации индивида к агрессивным влияниям внешней среды.

В таблице 14 приведены сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психического здоровья среди групп населения РК, выделяемых по признаку различной степени вовлеченностии в религиозное мировоззрение.

Таблица 14

Сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психического здоровья среди групп населения Казахстана с различной степенью религиозности (данные 2001 года)

Параметр Уровень	Высокое (n=2284)		Низкое (n=792)		P
	Наименование	%	Довер.интервал ср.	Сред.знач	
Высокая	8,7%	+/-1,2%	6,2%	+/-1,7%	<0,05
Низкая	23,7%	+/-1,7%	27,5%	+/-3,1%	<0,05
Средняя	56,2%	+/-2%	59,7%	+/-3,4%	

Из приведенных в таблице 14 данных следует, что высокий уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе с высоким уровнем вовлечения в религиозное мировоззрение – соотношение 1,4:1, P<0,05. Низкий уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе с низким уровнем вовлечения в религиозное мировоззрение – соотношение 1,16:1, P<0,05. Для группы лиц с принадлежностью к среднему уровню вовлечения в религиозное мировоззрение достоверных

различий по основным исследуемым признакам найдено не было. Интерпретация результатов данного фрагмента исследования заключается в признании неявно выраженной ресурсной роли религиозного мировоззрения для формирования более высоких уровней психического здоровья населения.

В таблице 15 приведены сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психического здоровья среди различных групп населения РК, выделяемых по признакам зависимости – отсутствия зависимости от табака.

Таблица 15

Сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психического здоровья среди групп населения Казахстана с признаками зависимости – отсутствия табачной зависимости (данные 2001 года)

Параметр Уровень	Высокое (n=2284)		Низкое (n=792)		P
	Наименование	%	Довер.интервал ср.	Сред.знач	
Не зависимы	70,7%	+/-1,9%	66,8%	+/-3,3%	<0,05
Зависимы	29,3%	+/-1,9%	33,2%	+/-3,3%	<0,05

Из приведенных в таблице 15 данных следует, что высокий уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе лиц с отсутствием табачной зависимости – соотношение 1,05:1, P<0,05. Низкий уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе лиц с табачной зависимостью – соотношение 1,13:1, P<0,05. Интерпретация результатов по данному фрагменту заключается в том, что лица с высоким уровнем психического здоровья более склонны воспринимать здоровье как

собственный, весьма ценный, ресурс и более склонны к ограничению потребления психоактивных веществ, в частности табака. Кроме того, они менее прочих нуждаются в искусственных адаптогенах, которыми, по сути, являются психоактивные вещества.

В таблице 16 приведены сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психического здоровья среди различных групп населения РК, выделяемых по признакам наличия или отсутствия алкогольной зависимости.

Сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психического здоровья среди групп населения Казахстана с признаками наличия или отсутствия алкогольной зависимости (данные 2001 года)

Параметр Уровень	Высокое (n=2284)		Низкое (n=792)		P
	Наименование	%	Довер.интервал ср.	Сред.знач	
Зависимы	0,2%	0,2 \leftrightarrow 0,2%	0,4%	0,3 \leftrightarrow 1%	
Не зависимы	99,8%	+/-0,2%	99,6%	97,7 \leftrightarrow 99,7%	

Из приведенных в таблице 16 данных следует, что высокий уровень психического здоровья был сравнительно более интенсивно представлен в группе лиц, свободных от алкогольной зависимости. Низкий уровень психического здоровья был сравнительно более интенсивно представлен в группе лиц с наличием признаков алкогольной зависимости. Однако надлежащий критерий достоверности между данными распределениями изучаемых признаков установлен не был.

Таким образом, выявилось существенное отличие групп респондентов с высоким и низким уровнями психического здоровья по большинству из анализируемых параметров. В частности, заслуживающими внимания, с точки зрения психогигиенических и психопрофилактических мероприятий,

представляются сведения о взаимозависимости высоких уровней психического и соматического здоровья, показателей социальной динамики и уровней психического здоровья, показателей, устанавливающих обратную пропорцию между уровнями психического здоровья и высокими рисками формирования зависимости от психоактивных веществ. Достаточно интересными представляются данные о сравнительно более низком уровне психического здоровья среди женского населения РК по сравнению с мужским. Распределение высоких и низких уровней психического здоровья среди национальных групп населения РК требует своего дальнейшего изучения, как в эпидемиологическом, так и в психогигиеническом и психопрофилактическом направлениях.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОСНОВНЫХ ГРУПП ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ (ВЫСОКИЙ И НИЗКИЙ УРОВЕНЬ) НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ПО СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИМ ПАРАМЕТРАМ (ДАННЫЕ 2001 ГОДА)

А.Л.Катков, Б.Б.Джарбусынова

С целью определения социально-демографических различий в исследуемых группах психологического здоровья, а также в целях определения представленности соответствующих уровней психологического здоровья в исследуемых гендерных, возрастных, профессиональных, национальных, географических, статусных (образовательный, семейный, экономический статусы) группах, нами было проведено сравнительное исследование выборочных групп респондентов с высоким и низким уровнями психологического здоровья по всем изучаемым параметрам.

В таблице 1 представлены сравнительные характеристики распределения высоких и низких

уровней психологического здоровья по гендерному признаку.

Из приведенных в таблице 1 данных следует, что высокий уровень психологического здоровья относительно более интенсивно был представлен среди мужчин - соотношение 1,2:1, P<0,01. Низкий уровень психологического здоровья относительно более интенсивно представлен среди женщин - соотношение 1,16:1, P<0,01 (аналогичные соотношения по уровням психологического здоровья составляли 1,51:1 и 1,33:1).

В таблице 2 приведены сравнительные характеристики распределения высоких и низких уровней психологического здоровья по возрастному признаку.

Таблица 1

Сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психологического здоровья среди населения РК по гендерному признаку (материалы 2001 года)

Параметр Уровень	Высокое (n=372)		Низкое (n=1109)		P
	Наименование	%	Довер. интервал ср.	Сред. знач	
Мужчины	48,9	+/-5,1	40,8%	+/-2,9%	<0,01
Женщины	51,1	+/-5,1	59,2%	+/-2,9%	<0,01

Таблица 2

Сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психологического здоровья среди различных возрастных групп населения РК (данные 2001 года)

Параметр Уровень	Высокое (n=372)		Низкое (n=1109)		P
	Наименование	%	Довер. интервал ср.	Сред. знач	
12-16 лет	18,5	+/-3,9%	3,2	+/-1%	<0,01
17-21 лет	21,2	+/-4,2%	4,8	+/-1,3%	<0,01
22-26 лет	15,9	+/-3,7%	8,7	+/-1,7%	<0,01
27-35 лет	22,3	+/-4,2%	20,9	+/-2,4%	
36-47 лет	16,4	+/-3,8%	36,2	+/-2,8%	<0,01
48-55 лет	5,6	+/-2,3%	26,1	+/-2,6%	<0,01

Из приведенных в таблице 2 данных следует, что высокий уровень психологического здоровья относительно более интенсивно был представлен в группах населения с 12 до 16 лет (соотношение 5,78:1, P<0,01); с 17 до 21 лет (соотношение 4,42:1, P<0,01); с 22 до 26 лет (соотношение 1,83:1, P<0,01). Низкий уровень психологического здоровья относительно более интенсивно был представлен в группах населения с 36 до 47 лет (соотношение 2,2:1, P<0,01); с 48 до 55 лет (соотношение 4,7:1, P<0,01). Для группы населения с возрастом 27-35 лет достоверных различий в распределении высоких и низких уровней психологического здоровья найдено не было. Интерпретация результатов, полученных по настоящему исследовательскому фрагменту, заключается в том, что восходящее поколение обнаруживает более высокие уровни психологического комфорта, за счет более эффективной адаптации к условиям современной жизни. Сравнение полученных в данном фрагменте результатов с аналогичными результатами по уровням психического здоровья показывает существенно более выраженный дифферент распределения уровней психологического здоровья по отношению к уровням психического здоровья при общих тенденциях данного распределения (для высоких уровней психологического здоровья соответствующие значения данных соотношений составили 2,9:1; 1,63:1; 1,37:1; для низкого 1,32:1; 2,15:1). Данный факт

интерпретируется с двух позиций: высокие уровни психического и психологического здоровья взаимодействуют по типу конструктивной взаимообусловленности. При этом данные категории не сводимы и отражают различные аспекты психической жизни субъекта. Категория психологического здоровья отражает существенно более динамичный уровень функциональной активности психики индивида.

В таблице 3 приведены сравнительные характеристики распределения высоких и низких уровней психологического здоровья среди различных групп населения, дифференцируемых по образовательному статусу.

Из приведенных в таблице 3 данных следует, что высокий уровень психологического здоровья относительно более интенсивно был представлен в группе лиц с начальным образованием (соотношение 1,6:1, P<0,01), а также в группе респондентов с высшим образованием (соотношение 1,95:1, P<0,01). Низкий уровень психологического здоровья относительно более интенсивно был представлен в группе лиц со средним образованием (соотношение 1,61:1, P<0,01). Для группы лиц без образования достоверных различий по распределению исследуемых параметров получено не было. Интерпретация результатов по данному фрагменту исследования учитывает возрастной ценз лиц с начальным образованием, этим объясняется более интенсивное распределение высоких уровней

психологического здоровья в данной группе респондентов. Однако наиболее существенными представляются результаты по позиции высшего образования, однозначно свидетельствующие о позитивном взаимовлиянии высоких уровней психологического здоровья и полноценного образовательного статуса. Сравнительный аспект данного фрагмента с соответствующими уровнями психического здоровья позволяет выявить существенную разницу в отношении последней позиции (достоверной разницы по

распределению высокого и низкого уровней психического здоровья в группе лиц с высшим образованием получено не было). Таким образом, в данном исследовательском фрагменте подтверждается тезис о правомерности дифференциации категорий психологического и психологического здоровья.

В таблице 4 приведены сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психологического здоровья среди групп населения РК, дифференцируемых по образовательному статусу (данные 2001 года).

Таблица 3

Сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психологического здоровья среди групп населения РК, дифференцируемых по образовательному статусу (данные 2001 года)

Параметр Уровень	Высокое (n=372)		Низкое (n=1109)		P
	Наименование	%	Довер. интервал ср.	Сред. знач	
Начальное	18	+/-3,9%	11,3%	+/-1,9%	<0,01
Без образования	0	0<>1,7%	0,3%	0,2<>0,3%	
Среднее	40,1	+/-5%	67%	+/-2,8%	<0,01
Высшее образование	41,9	+/-5%	21,5%	+/-2,4%	<0,01

Таблица 4

Сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психологического здоровья среди групп населения РК с различным уровнем доходов (данные 2001 года)

Параметр Уровень	Высокое (n=372)		Низкое (n=1109)		P
	Наименование	%	Довер. интервал ср.	Сред. знач	
Высокий	21,5	+/-4,2%	2,8%	+/-1%	<0,01
Низкий	14,2	+/-3,6%	57,6%	+/-2,9%	<0,01
Средний	59,4	+/-5%	34,8%	+/-2,8%	<0,01

Из данных, приведенных в таблице 4, следует, что высокий уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе населения с высоким уровнем доходов (соотношение 7,78:1, P<0,01). А также в группе лиц со средним уровнем доходов (соотношение 1,7:1, P<0,01). Низкий уровень психологического здоровья относительно более интенсивно был представлен в группе с низким уровнем доходов (соотношение 4,04:1, P<0,01). Результаты данного фрагмента интерпретируются как однозначно-позитивное влияние высоких уровней индивидуального психологического здоровья на уровень доходов. Сравнительный аспект данного исследовательского фрагмента с

распределением уровней психического здоровья в аналогичных группах показывает существенную разницу в дифференте распределения высоких и низких уровней рассматриваемых категорий здоровья при общей тенденции позитивного взаимообуславливания (для уровней психологического здоровья данный дифферент существенно выше, аналогичные соотношения для высоких и низких уровней психологического здоровья составили, соответственно 2,18:1; 1,18:1 и 1,81:1 при P<0,01).

В таблице 5 приведены сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психологического здоровья среди групп населения РК, дифференцируемых по семейному статусу.

Таблица 5

Сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психологического здоровья среди групп населения РК с различным семейным статусом (данные 2001 года)

Параметр Уровень	Высокое (n=372)		Низкое (n=1109)		P
	Наименование	%	Довер. интервал ср.	Сред. знач	
Живут с первой семьей	48,1	+/-5,1%	17,9%	+/-2,3%	<0,01
Живут со второй семьей	35,5	+/-4,9%	48,7%	+/-2,9%	<0,01
Не имеют родственников	2,7	+/-1,6%	5,7%	+/-1,4%	<0,05

Из приведенных в таблице 5 данных следует, что высокий уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе респондентов, проживающих с первой (родительской) семьей - соотношение 2,69:1, P<0,01. Низкий уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе респондентов, проживающих со второй семьей - соотношение 1,37:1, P<0,01, а также в группе лиц не имеющих родственников - соотношение 2,1:1, P<0,05. Интерпретация полученных результатов учитывает молодой возраст и, соответственно, более высокий уровень психологического здоровья лиц, проживающих с первой, родительской семьей. Результаты по последней позиции таблицы 68 дают основания для признания позитивной взаимозависимости высоких уровней психологического здоровья и родственных связей.

Сравнительный аспект исследования по данному фрагменту показывает более выраженный дифференцирующийся соотношений по профилю психологического здоровья (соответствующие показатели интенсивности распределения высоких и низких уровней психологического здоровья составили: 1,66:1 и 1,77:1 при P<0,01; достоверных различий для группы лиц, проживающих со второй семьей, получено не было). Следовательно, функциональный уровень активности психологического, обозначенный как психологическое здоровье, является относительно более чувствительным к фактору родственных связей, чем уровень психологического здоровья.

В таблице 6 приведены сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психологического здоровья среди групп населения РК, дифференцируемых по профессиональному статусу.

Таблица 6

Сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психологического здоровья среди групп населения РК с различным профессиональным статусом (данные 2001 года)

Параметр Уровень	Высокое (n=372)		Низкое (n=1109)		P
	Наименование	%	Довер. интервал ср.	Сред. знач	
Бизнес, финансы	19,4	+/-4%	14,1%	+/-2%	<0,05
Образование	7,5	+/-2,7%	2,3%	+/-0,9%	<0,01
Здравоохранение	2,7	+/-1,6%	4,3%	+/-1,2%	
Не работает, не учится	0	0<>1,7%	0%	0<>0%	
СМИ	0,8	0,5<>2,6%	0,2%	0,1<>0,2%	
Силовые	2,2	+/-1,5%	1,4%	+/-0,7%	
Студенты, учащиеся	33,4	+/-5,1%	4,7%	+/-1,3%	<0,01
Другие сферы	10,8	+/-3,1%	16,6%	+/-2,2%	<0,01
Госслужба	5,9	+/-2,4%	9,7%	+/-1,7%	<0,05

Из приведенных в таблице 6 данных следует, что высокий уровень психологического здоровья относительно более интенсивно был представлен в группах респондентов, занятых в сфере бизнеса и финансов - соотношение 1,37:1, P<0,05; в сфере образования - соотношение 3,3:1, P<0,01; среди учащейся молодежи - соотношение 7,1:1, P<0,01.

Низкий уровень психологического здоровья относительно более интенсивно был представлен в группе респондентов, занятых в секторе гос службы - соотношение 1,64:1, P<0,05; а также в группе лиц, занятых в других сферах - соотношение 1,54:1, P<0,01. Для других профессиональных групп достоверных различий в распределении изучаемых

признаков получено не было. Интерпретация результатов, полученных в данном исследовательском фрагменте, учитывает возрастной аспект преимущественного распределения высоких уровней психологического здоровья у восходящего поколения (студенты, учащиеся). Относительно более высокий уровень психологического здоровья у лиц, занятых в бизнесе и финансах, объясняется тем, что данную сферу деятельности выбирают наиболее мобильные и состоятельные, в смысле психологических возможностей, субъекты. Результаты, полученные у лиц, занятых в сфере образования, интерпретируются с позиции взаимозависимости соответствующего профессионального выбора, предполагающего наличие и развитие свойств личности, обеспечивающих высокие уровни индивидуального психологического здоровья. Таким же образом, но с обратным знаком, интерпретируются результаты, полученные по двум последним позициям (другие сферы и госслужащие). Сравнение

вышеприведенных результатов с аналогичными по высоким и низким уровням психического здоровья выявляет существенную разницу в распределении анализируемых признаков. Так, сходные результаты были получены лишь в группе учащейся молодежи с более значительным дифферентом для высоких уровней психологического здоровья (7,1 против 2,39 для высоких уровней психического здоровья). Обращают на себя внимание полярные векторы распределения высокого уровня психологического и низкого уровня психического здоровья для лиц, занятых в системе образования. Эти данные убедительно свидетельствуют о существенных различиях рассматриваемых категорий, а также о возможностях изолированной декомпенсации на каждом из рассматриваемых уровней функциональной активности психики.

В таблице 7 приведены сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психологического здоровья среди основных национальных групп населения РК.

Таблица 7

Сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психологического здоровья среди основных национальных групп населения Республики Казахстан (данные 2001 года)

Параметр Уровень	Высокое (n=372)		Низкое (n=1109)		P
	Наименование	%	Довер. интервал ср.	Сред. знач	
Казахская	37,6	+/-4,9%	28,7%	+/-2,7%	<0,01
Украинская	2,4	+/-1,6%	5,5%	+/-1,3%	<0,05
Русская	44,9	+/-5,1%	53,8%	+/-2,9%	<0,01
Корейская	4	+/-2%	1,3%	+/-0,7%	<0,01
Татарская	3,2	+/-1,8%	2,5%	+/-0,9%	
Немецкая	2,7	+/-1,6%	2,9%	+/-1%	
Узбекская	1,9	+/-1,4%	1,5%	+/-0,7%	
Другая	0,8	0,5<>2,6%	0,4%	0,3<>0,4%	

Из приведенных в таблице 7 данных следует, что высокий уровень психологического здоровья относительно более интенсивно был представлен в группе лиц казахской национальности - соотношение 1,31:1, P<0,01; а также в группе лиц корейской национальности - соотношение 3,07:1, P<0,01. Низкий уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе лиц украинской национальности - соотношение 2,29:1, P<0,05; а также в группе лиц с русской национальностью - соотношение 1,2:1, P<0,01. Для других национальных групп достоверных различий в распределении изучаемых признаков найдено не было. Интерпретация результатов, полученных по данному исследовательскому фрагменту, учитывает сложную комбинацию социальных, социально-психологических, этнопсихологических факторов, приводящих в случае коренной этнической группы к относительно более высоким уровням

психологического здоровья, в случае славянской этнической группы к относительно более низким уровням психологического здоровья. Следует отметить, в целом, более интенсивное распределение высоких уровней психологического здоровья среди азиатской группы этносов, по сравнению с европейской. Однако отсутствие достоверных различий не позволяет сформулировать однозначный вывод в отношении распределения изучаемых признаков для азиатской и европейской групп этносов, проживающих в Республике Казахстан, в целом. Сравнительные аспекты результатов, полученных по данному блоку, с аналогичными по блоку психического здоровья, показывают однополярную направленность в распределении высоких и низких уровней изучаемых признаков при сходных значениях их выраженности в основных этнических группах. Исключение составляет корейский этнос, где высокие и низкие уровни психического

здоровья распределялись с одинаковой интенсивностью (по 1,8%), а высокие и низкие уровни психологического здоровья существенно различались (4% и 1,3%).

В таблице 8 приведены сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психологического здоровья среди населения РК, проживающего в различных регионах.

Таблица 8

Сравнительные характеристики распределения высокого и низкого уровней психологического здоровья среди различных географических групп населения РК (данные 2001 года)

Параметр Уровень	Высокое (n=372)		Низкое (n=1109)		P
	Наименование	%	Довер. интервал ср.	Сред. знач	
Алматы	20,7	+/-4,1%	21,6%	+/-2,4%	
Астана	5,6	+/-2,3%	5,9%	+/-1,4%	
Восточный Казахстан	10,5	+/-3,1%	13,6%	+/-2%	
Западный Казахстан	15,1	+/-3,6%	9,1%	+/-1,7%	<0,01
Северный Казахстан	17,7	+/-3,9%	21%	+/-2,4%	
Центральный Казахстан	8,6	+/-2,8%	11,7%	+/-1,9%	
Южный Казахстан	21,8	+/-4,2%	17%	+/-2,2%	<0,05

Из приведенных в таблице 8 данных следует, что высокий уровень психологического здоровья относительно более интенсивно был представлен в Западно-Казахстанском регионе - соотношение 1,66:1, P<0,01, а также в Южно-Казахстанском регионе - соотношение 1,28:1. Для других географических групп достоверной разницы в распределении изучаемых признаков найдено не было. Полученные результаты интерпретируются с учетом половозрастного и национального состава населения в изучаемых регионах. Следует отметить существенно более ровное распределение высоких и низких уровней психологического здоровья по сравнению с психическим, что указывает на относительно меньшую зависимость распределения исследуемых уровней психологического здоровья от климатогеографических и экологических условий.

Таким образом, по большинству из анализируемых параметров установлены достоверные различия между группами с высоким и низким уровнем психологического здоровья. Нашиими исследователями продемонстрированы существенные различия в распределении исследуемых уровней психологического и психического здоровья, которые для части параметров носят однополярный характер и отличаются лишь по степени интенсивности. Для другой (меньшей) части параметров данные различия носят разнополярный характер. Следовательно, есть основания утверждать, что речь идет о качественно различных функциональных уровнях психической активности индивида, обозначаемых в нашем исследовании как психическое здоровье (менее динамичное и более обусловленное биологическими предикторами) и психологическое здоровье (более динамичное и обусловленное социальными предикторами).

Литература

1. Артыкова Н.М. Психическое здоровье человека как проблема валеологии. Валеология: медико-педагогические аспекты формирования здорового образа жизни. - Костанай, 1997.- С. 15
2. Богдан М.Н. Распространенность пограничных психических расстройств лиц разного пола // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С.Корсакова 1997.- Т.97.- 5.- С. 54-56
3. Богдан М.Н., Долгов С.А., Ротштейн В.Г. Пациенты психиатрического кабинета поликлиники: недовыявленные диспансерные больные или новый контингент? // Журн. невропат. и психиатр им. С.С.Корсакова. 1997.-Т.97.- 3.- С. 53-56
4. Богдан М.Н., Рытик Э.Г., Сосновский А.Ю. Вопросы охраны психического здоровья в работе X Всемирного конгресса психиатров // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С.Корсакова 1997.- Т. 97.- 4.- С. 74-76
5. Гебель В. Качество психиатрической помощи: Опыт Германии. Социальная и клиническая психиатрия. 1996.- 1.- С. 37-41
6. Гиндикян В.Я., Опаров Т.З., Гомахидзе Ш.В. Соматизированные психические расстройства по материалам диспансеризации сотрудников крупного промышленного предприятия // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С.Корсакова. 1996.- Т. 96.- 6.- С. 54-58

КОМПЛЕКСНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПСИХИЧЕСКОГО И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РК ПО ДАННЫМ 2001 ГОДА

А.Л.Катков, Б.Б.Джарбусынова

Во многих исследованиях подчеркивается, что содержание категории психическое здоровье затрудняет количественную оценку данного феномена. В этой связи предлагается использовать лишь качественную оценку характеристик психических процессов с помощью соответствующих тестов, анкет, опросников, с последующим шкалированием и ранжированием результатов (Н.М.Артыкова, 1997).

Более адекватные варианты оценки психического здоровья населения предлагается проводить с позиций социально-психологического исследования. При таком подходе условно опускаются генетически обусловленные психические качества, структура личности, а уровень психического здоровья здесь определяют социально значимой формой деятельности. Такой подход наиболее оправдан при разработке психогигиенических и психопрофилактических программ (Я.П.Гирич, Т.В.Поспелова, 1984), что наглядно демонстрируется исследованиями, определяющими уровень психического здоровья населения (Г.А.Исламова, 1996, А.Л.Катков, 1997).

В данной работе нами анализируются и обобщаются: монополярные тенденции в распределении

категорий психического и психологического здоровья; разнополярные тенденции в распределении названных категорий, их дифференцированных уровней; различия в общих (монополярных) тенденциях распределения уровней психического и психологического здоровья по степени интенсивности; различия в разнополярных тенденциях распределения уровней психического и психологического здоровья по степени интенсивности; факторная активность в отношение внутритипогориального распределения уровней психического и психологического здоровья; факторная активность в отношение асимметричного (параллельного) распределения соответствующих уровней психического и психологического здоровья; выводится общий вектор активности параметров (уровней) психологического и психического здоровья в отношение особо значимых факторов.

В таблице 1 приводятся сводные характеристики психического и психологического здоровья населения РК по всем вышеприведенным параметрам.

Таблица 1

Комплексные характеристики психического и психологического здоровья населения РК

Обозначение фактора	Однополярные тенденции распределения уровней психического и психологического здоровья	Разнополярные тенденции распределения уровней психического и психологического здоровья	Значения внутрикатегориального распределения		Асимметричные значения параллельного распределения уровней психического и психологического здоровья		
			Психическое здоровье	Психологическое здоровье	Высокие уровни	Средние уровни	Низкий уровни
Общая выборка	+				6,1:1	1,32:1	1,4:1
<i>Гендерный</i>							
Мужчины	+		1,55:1	1,2:1	-	1,09:1	1,36:1
Женщины	+		1,33:1	1,16:1	-	1,07:1	1,19:1
<i>Возрастной</i>							
12-16 лет	+		2,9:1	5,78:1	-	2,26:1	1,79:1
17-21 лет	+		1,63:1	4,42:1	-	1,92:1	2,46:1
22-26 лет	+		1,37:1	1,83:1	-	1,34:1	-
27-35 лет	+		-	-	-	-	-
36-47 лет	+		1,32:1	2,2:1	1,65:1	1,41:1	1,39:1
48-55 лет	+		2,15:1	4,7:1	-	1,84:1	1,3:1
<i>Образование</i>							
Начальное	+		1,67:1	1,6:1	-	1,26:1	-
Без образования	+		-	-	-	-	-
Среднее	+		1,15:1	1,61:1	1,23:1	1,24:1	1,25:1
Высшее образование		+	-	1,95:1	1,3:1	1,37:1	1,78:1

Обозначение фактора	Однополярные тенденции распределения уровней психического и психологического здоровья	Разнополярные тенденции распределения уровней психического и психологического здоровья	Значения внутрикатегориального распределения		Асимметричные значения параллельного распределения уровней психического и психологического здоровья		
			Психическое здоровье	Психологическое здоровье	Высокие уровни	Средние уровни	Низкий уровень
<i>Благосостояние</i>							
Высокий	+		2,18:1	7,78:1	-	2,68:1	4,76:1
Низкий	+		1,81:1	4,04:1	1,9:1	1,85:1	1,5:1
Средний	+		1,18:1	1,7:1	1,21:1	1,25:1	1,3:1
<i>Семейный</i>							
Живут с первой семьей	+		1,66:1	2,69:1	1,28:1	1,46:1	1,35:1
Живут со второй семьей	+		-	1,37:1	1,24:1	-	-
Не имеют родственников	+		1,77:1	2,1:1	-	1,61:1	-
<i>Профессиональный</i>							
Бизнес, финансы	+		-	1,37:1	-	-	-
Образование		+	1,58:1	3,3:1	1,85:1	1,72:1	4,04:1
Здравоохранение	+		-	-	-	-	-
Не работает, не учится	+		-	-	-	-	-
СМИ	+		-	-	-	-	-
Силовые	+		3,55:1	-	-	2,25:1	-
Студенты, учащиеся	+		2,39:1	7,1:1	1,41:1	2,3:1	2,57:1
Другие сферы	+		-	1,54:1	-	-	-
Госслужба		+	-	1,64:1	-	1,46:1	1,63:1
<i>Национальный</i>							
Казахская	+		1,38:1	1,31:1	-	1,31:1	-
Украинская	+		1,51:1	2,29:1	-	-	-
Русская	+		1,24:1	1,2:1	-	1,22:1	-
Корейская		+	-	3,07:1	-	-	-
Татарская	+				-	-	-
Немецкая	+				-	-	-
Узбекская	+				-	-	-
Другая	+				-	-	-
<i>Региональный</i>							
Алматы	+		1,18:1	-	-	-	-
Астана		+	1,41:1	-	-	1,44:1	-
Восточный Казахстан	+		-	-	-	-	-
Западный Казахстан	+		1,35:1	1,66:1	-	-	-
Северный Казахстан	+		1,36:1	-	-	-	-
Центральный Казахстан	+		-	-	-	-	-
Южный Казахстан	+		1,59:1	1,28:1	-	-	1,32:1
<i>Уровень соматического здоровья</i>							
Высокое	+		4,16:1	4,65:1	1,6:1	3,33:1	2,07:1
Низкое	+		-	-	-	-	-
Среднее	+		1,45:1	1,35:1	1,31:1	1,4:1	-
<i>Заинтересованность в здоровье</i>							
Высокая	+		2,24:1	4,9:1	-	1,67:1	-
Низкая	+		-	-	-	-	-
Средняя	+		1,04:1	1,1:1	-	1,03:1	-
<i>Позитивные цели и установки</i>							

Обозначение фактора	Однополярные тенденции распределения уровней психического и психологического здоровья	Значения внутрикатегориального распределения		Асимметричные значения параллельного распределения уровней психического и психологического здоровья		
		Психическое здоровье	Психологическое здоровье	Высокие уровни	Средние уровни	Низкий уровни
Выраженные	+		1,69:1	5,36:1	1,24:1	2,38:1
Отсутствие	+		6,3:1	28:0	3:0	6,65:1
Средняя	+		2,23:1	66,87:1	33,6:1	2,6:1
<i>Социальная динамика</i>						
Восходящая	+		1,93:1	52:1	3,23:1	1,62:1
Нейтральная	+		-	1,17:1	1,12:1	-
Нисходящая	+		3,5:1	-	-	2,6:1
<i>Скорость адаптации</i>						
Высокая	+		2,67:1	20,4:1	26,5:1	4,87:1
Низкая	+		6,1:1	21,6:0	2,5:0	5,67:1
Средняя	+		1,12:1	-	1,23:1	1,22:1
<i>Вовлеченность в религиозное мировоззрение</i>						
Высокая		+	1,4:1	-	2,06:1	-
Низкая	+		1,16:1	1,34:1	-	1,22:1
Средняя		+	-	1,23:1	1,16:1	-
<i>Зависимость от табака</i>						
Не зависимы	+		1,05:1	1,14:1	-	1,08:1
Зависимы	+		1,13:1	1,32:1	-	1,18:1
<i>Зависимость от алкоголя</i>						
Зависимы	+		-	-	-	-
Не зависимы	+		-	-	-	-

Как следует из данных, представленных в таблице 1, из 16 групп факторов (65 факторов, учитываемых при распределении уровней психологического и психического здоровья) монополярные (общие) тенденции в распределении категорий психического и психологического здоровья отмечались в следующих группах:

- общая тенденция распределения уровней психического и психологического здоровья среди населения РК (объемные соотношения высоких, средних и низких уровней рассматриваемых категорий здоровья);

- группа гендерных факторов;
- группа возрастных факторов;
- группа факторов материального благосостояния;
- группа семейных факторов;
- группа факторов соматического здоровья;
- группа факторов заинтересованности в собственном здоровье;
- группа факторов наличия позитивных целей и установок;

- группа факторов социальной динамики;
- группа факторов скорости адаптации;
- группа факторов зависимости от табака;

- группа факторов зависимости от алкоголя.

Итого 11 групп факторов.

Разнополярные тенденции отмечались в следующих группах факторов:

- группа факторов образования;
- группа профессиональных факторов;
- группа национальных факторов;
- группа региональных факторов;
- группа факторов вовлеченности в религиозное мировоззрение.

Итого 5 групп факторов.

Из 65 учитываемых при распределении уровней психического и психологического здоровья факторов по 7-ми из них обнаружены разнополярные тенденции в распределении категорий (уровней) психического и психологического здоровья:

- фактор высшего образования (позитивная зависимость с высоким уровнем психологического здоровья и негативная с высоким уровнем психического здоровья);
- фактор занятости в системе образования;
- фактор занятости в госслужбе;
- фактор корейской национальности;

-
- фактор высокой степени вовлеченности в религиозное мировоззрение;
 - фактор средней степени вовлеченности в религиозное мировоззрение.

Таким образом, рассматриваемые уровни функциональной активности психики (психическое и психологическое здоровье), в основном, однополярно реагируют на вышеприведенные системы факторов, оказывающих влияние на распределение исследуемых уровней здоровья.

В тоже время, интенсивность данной реакции весьма различна. При монополярном типе распределения уровней психологического и психического здоровья, наиболее выраженные различия между сравниваемыми категориями прослеживались по следующим группам факторов, в порядке убывания степеней различий:

- наличие позитивных целей и установок;
- социальная динамика;
- скорость адаптации;
- материальное благосостояние;
- возрастной фактор.

При разнополярном распределении уровней психического и психологического здоровья основные факторы по степени различий располагались в следующем порядке:

- фактор занятости в системе образования;
- фактор корейской национальности;
- фактор высшего образования;
- фактор занятости в госслужбе;
- фактор проживания в г. Астана;
- фактор высокой степени вовлеченности в религиозное мировоззрение;
- фактор средней степени вовлеченности в религиозное мировоззрение.

Внутрикатегориальная активность системы факторов для распределения уровней психического здоровья (в данном случае речь идет о дифферентах распределения высокого и низкого уровней) выглядела следующим образом в порядке убывания степени активности:

- фактор отсутствия позитивных целей и установок (с более интенсивной представленностью низких уровней психического здоровья дифферент 6,3:1);
- фактор низкой скорости адаптации (с более интенсивной представленностью низких уровней психического здоровья дифферент 6,1:1);
- фактор принадлежности к высокому уровню соматического здоровья (с более интенсивной представленностью высокого уровня психического здоровья дифферент 4,16:1);
- фактор занятости в силовых ведомствах (с более интенсивной представленностью высоких уровней психического здоровья дифферент 3,55:1);
- фактор нисходящей социальной динамики (с более интенсивной представленностью низких уровней психического здоровья дифферент 3,5:1);

- фактор возрастной группы 12-16 лет (с более интенсивной представленностью высоких уровней психического здоровья дифферент 2,9:1);

- фактор высокой скорости адаптации (с более интенсивной представленностью высокого уровня психического здоровья дифферент 2,67:1);

- фактор принадлежности к группе учащейся молодежи (с более интенсивной представленностью высокого уровня психического здоровья дифферент 2,39:1);

- фактор высокой заинтересованности собственным здоровьем (с более интенсивной представленностью высокого уровня психического здоровья дифферент 2,24:1);

- фактор наличия средней степени выраженности позитивных целей и установок (с более интенсивной представленностью низкого уровня психического здоровья дифферент 2,23:1);

- фактор высокого уровня доходов (благосостояния) (с более интенсивной представленностью низкого уровня психического здоровья дифферент 2,18:1);

- фактор принадлежности к возрастной группе 48-55 лет (с более интенсивной представленностью низкого уровня психического здоровья дифферент 2,15:1).

Таким образом, 12 факторов из 65 для категории психического здоровья имели дифферент активности внутрикатегориального распределения высокого и низкого уровней психического здоровья в пределах 6,3-2,15. Остальные 53 фактора имели дифферент в пределах 2-1,04.

Внутрикатегориальная активность системы факторов для распределения уровней психологического здоровья (в данном случае представлены дифференты распределения высокого и низкого уровней) в порядке убывания степени активности выглядела следующим образом:

- фактор средней степени выраженности позитивных целей и установок (с более интенсивной представленностью низкого уровня психологического здоровья дифферент 66,87:1);

- фактор восходящей социальной динамики (с более интенсивной представленностью высокого уровня психологического здоровья дифферент 52:1);

- фактор отсутствия позитивных целей и установок (с более интенсивной представленностью низкого уровня психологического здоровья дифферент 28:0);

- фактор низкой скорости адаптации (с более интенсивной представленностью низкого уровня психологического здоровья дифферент 21,6:0);

- фактор высокой скорости адаптации (с более интенсивной представленностью высокого уровня психологического здоровья дифферент 20,4:1);

- фактор высокого уровня доходов (благосостояния) (с более интенсивной представленностью

высокого уровня психологического здоровья дифферент 7,78:1);

- фактор принадлежности к группе учащейся молодежи (с более интенсивной представленностью высокого уровня психологического здоровья дифферент 7,1:1);

- фактор принадлежности к возрастной группе 12-16 лет (с более интенсивной представленностью высокого уровня психологического здоровья дифферент 5,78:1);

- фактор наличия выраженной степени позитивных целей и установок (с более интенсивной представленностью высокого уровня психологического здоровья дифферент 5,36:1);

- фактор высокой степени заинтересованности собственным здоровьем (с более интенсивной представленностью высокого уровня психологического здоровья дифферент 4,9:1);

- фактор принадлежности к возрастной группе 48-55 лет (с более интенсивной представленностью низкого уровня психологического здоровья дифферент 4,7:1);

- фактор принадлежности к группе с высоким уровнем соматического здоровья (с более интенсивной представленностью высокого уровня психологического здоровья дифферент 4,65:1);

- фактор принадлежности к возрастной группе 17-21 лет (с более интенсивной представленностью высокого уровня психологического здоровья дифферент 4,42:1);

- фактор низкого уровня доходов (благосостояния) (с более интенсивной представленностью низкого уровня психологического здоровья дифферент 4,04:1);

- фактор принадлежности к профессиональной группе, занятой в системе образования (с более интенсивной представленностью высокого уровня психологического здоровья дифферент 3,3:1);

- фактор принадлежности к корейской национальности (с более интенсивной представленностью высокого уровня психологического здоровья дифферент 3,07:1);

- фактор проживания с первой (родительской) семьей (с более интенсивной представленностью высокого уровня психологического здоровья дифферент 2,69:1);

- фактор принадлежности к украинской национальности (с более интенсивной представленностью низкого уровня психологического здоровья дифферент 2,29:1).

Таким образом, 18 факторов из 65 для категории психологического здоровья имели дифферент активности внутрикатегориального распределения высокого и низкого уровней психологического здоровья в пределах 66,87-2,29. Остальные 47 факторов располагались в зоне дифферента от 2 до 1,1.

Сравнение особенностей внутрикатегориальной активности рассматриваемой системы факторов в

отношении распределения высоких и низких уровней психического и психологического здоровья (иерархия признаков по степени регрессионной динамики, разница в показателях дифферента, общее количество признаков со значениями дифферента >2) показывает существенную разницу по всем анализируемым направлениям:

- общее количество наиболее активных, в отношении распределения высоких и низких уровней рассматриваемых категорий здоровья факторов, для психического здоровья составило - 12, для психологического 18, что говорит о сравнительно большей степени динамичности и чувствительности к внешним воздействиям категории психологического здоровья;

- значения дифферентов для группы активных факторов в отношении распределения изучаемых уровней психологического здоровья на порядок превышали значения дифферентов для группы активных факторов категории психического здоровья (66,87-2,29 и 6,3-2,15), что также свидетельствует о более динамичной организации данного уровня функциональной активности психики (психологическое здоровье);
 - особенности иерархии построения системы факторов, в зависимости от степени регрессионной динамики активности в отношении распределения высоких и низких уровней психического и психологического здоровья, показывают, что для категории психического здоровья наиболее дифференциально-активными являются социальные и биологические факторы. Для категории психологического здоровья социальные.

Факторная активность в отношении асимметричного (параллельного) распределения высоких, средних и низких уровней психического и психологического здоровья выглядела по степени убывания следующим образом:

- группа факторов, характеризующих позитивные цели и установки;

- группа факторов, характеризующих скорость адаптации;

- группа факторов, характеризующих социальную динамику;

- группа факторов, характеризующих уровень доходов (благосостояние);

- группа факторов, характеризующих семейный статус;

- группа факторов, характеризующих степень вовлеченности в религиозное мировоззрение;

- группа факторов, характеризующих образовательный статус;

- группа факторов, характеризующих уровень соматического здоровья;

- группа возрастных факторов;

- группа профессиональных факторов;

- группа факторов, характеризующих этническую принадлежность;

-
- группа факторов, характеризующих региональную принадлежность;
 - группа факторов, характеризующих степень заинтересованности собственным здоровьем;
 - группа факторов табачной зависимости;
 - группа факторов алкогольной зависимости.

Выводы:

Таким образом, из 15 групп факторов (в данной иерархии не учитывался фактор объемного распределения выборки по уровням психического и психологического здоровья) 7 первых групп представляют собой социальные факторы, обладающие наибольшей степенью активности в отношении внутренкатегориального распределения уровней психологического здоровья. Следовательно, наибольшие различия рассматриваемых категорий здоровья сосредоточены в скорости и особенностях реагирования на социальную ситуацию.

В отношение социально-значимых факторов (материальное благосостояние, вовлеченность в религиозное мировоззрение, зависимость от психоактивных веществ, наличие позитивных целей и установок, социальная динамика, самоорганизующая активность личности по отношению к

собственному здоровью), являющихся предикторами социальных эпидемий бедности, религиозного фанатизма и экстремизма, наркозависимости и т.д., а также основой современного направления гигиены и профилактики, отмечается значительно более выраженная вовлеченность категории психологического здоровья, чем психического. Следовательно, основной акцент в соответствующих профилактических стратегиях должен делаться на форсированное развитие высоких уровней психологического здоровья.

Результаты исследования по данному разделу показывают, что в био-психо-социальной модели и функциональной активности психики категория психологического здоровья, в большей степени, представляет вектор био-социальной функциональной активности. Категория психологического здоровья представляет вектор психо-социальной активности. Категория психологического здоровья, как более подвижный и динамичный уровень функциональной активности личности, является наиболее действенной сферой приложения специальных и общих психогигиенических и психопрофилактических стратегий и программ.

Литература

1. Артыкова Н.М. *Психическое здоровье человека как проблема валеологии. Валеология: медико-педагогические аспекты формирования здорового образа жизни.* - Костанай, 1997.- С. 15
2. Богдан М.Н. *Распространенность пограничных психических расстройств лиц разного пола // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С.Корсакова, 1997. - Т. 97. - 5. - С. 54-56*
3. Богдан М.Н., Долгов С.А., Ротштейн В.Г. *Пациенты психиатрического кабинета поликлиники: недовыявленные диспансерные больные или новый контингент? Журн. невропат. и психиатр им. С.С.Корсакова, 1997. - Т. 97. - 3. - С. 53-56*
4. Богдан М.Н., Рытик Э.Г., Сосновский А.Ю. *Вопросы охраны психического здоровья в работе X Всемирного конгресса психиатров // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С.Корсакова, 1997. - Т. 97. - 4. - С. 74-76*
5. Гебель В. *Качество психиатрической помощи: Опыт Германии. Социальная и клиническая психиатрия, 1996. - 1. - С. 37-41*
6. Гиндикян В.Я., Опаров Т.З., Гомахидзе Ш.В. *Соматизированные психические расстройства по материалам диспансеризации сотрудников крупного промышленного предприятия // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С.Корсакова, 1996. - Т. 96. - 6. - С. 54-58*

РОЛЬ ЛИЧНОСТНЫХ И СИТУАЦИОННЫХ МЕХАНИЗМОВ, ОБУСЛОВЛИВАЮЩИХ ВОЗНИКНОВЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ПСИХОГЕННЫХ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ В СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ

Н.В.Мартемьянов, С.Б.Бисеналиев

г. Астана

За 2000-2003 г.г. нами было проведено клинико-катамнестическое изучение 172 больных (125 - приступообразно-прогredientной шизофренией и 47 - больных с реактивными психозами). Возраст

варьировал от 20 до 54 лет. Из них 17 женщин, 155 мужчин, лиц умственного труда - 43, физического - 129, сельских - 62, городских - 110, из них работающих - 161, 11 имели инвалидность II группы,

а у 10 имелась отягощенность психическими заболеваниями, алкоголизмом, психопатиями. До манифестиации психического заболевания в преморбиде выявлено: у 9 - акцентуации, у 15 - психопатические черты, в основном, эмоционально неустойчивого круга. В анамнезе у 13 имелась судимость, в том числе у 3 повторно. Характер правонарушений: хулиганство, изнасилование, хищение и кража, нанесение тяжких телесных повреждений, убийства и др.

У 78 больных с приступообразной шизофренией выявлены различные психогенные расстройства, влияющие на клинические особенности шизофренического процесса. Под влиянием психической травмы (совершение общественно-опасных действий, привлечение к уголовной ответственности, пребывание в стационаре) у этих больных возникали аффективные состояния реактивной природы - психогенные депрессии и реактивные аффективные психозы.

Анализируя особенности клиники этих состояний, следует отметить на первых этапах наличие тревожного и тоскливого компонента депрессий в сочетании с нерезковыраженными эндогенными нарушениями мышления (малопродуктивность суждений, манерность, разноплановость суждений). По мере нарастания психогенных аффективных расстройств допсихотического уровня, депрессия приобретала характер адинастической, реже с витализацией аффекта. В их структуре появлялись обманы восприятия, параноидные переживания, связанные с психотравмирующей ситуацией. Атипичный характер реактивного психоза, возникающего на патологической почве, способствовал решению диагностических вопросов, за фасадом депрессивных психогенных расстройств. У 47 больных отмечались в структуре ремиссии циклотимо-подобных колебаний настроения, в условиях психогенно-травмирующей ситуации. Обострение и приступы шизофренического процесса выражались выраженными психогенно-аффективными нарушениями. В клинической картине обострения шизофрении аффективная патология была представлена депрессиями с адаминацией, болезненной анестезией, реже меланхолической депрессией с психопатологической симптоматикой других регистров, что вызывало значительные дифференциально-диагностические трудности.

При дифференциальной диагностике этих состояний следует учитывать, что у большинства больных шизофренией болезненные переживания приобретают определенную психогенную патопластику. Либо в фабуле бреда включались конкретные работники судебно-следственных органов, либо психотравмирующая ситуация звучала апоследовательно.

Реактивные моменты включались в болезненные переживания больных, привносили полиморфизм и изменчивость симптоматики, затрудняли

решение диагностических вопросов, и рассматривались ранее у 8 больных как «психогенная обусловленная депрессия», «реактивная депрессия», в некоторых случаях речь шла даже о симуляциях.

Катамнестические данные показали, что в течение 2-3 лет у этих больных после неоднократного лечения в психиатрических больницах просматривалась отрицательная динамика психического состояния: от депрессивно-субступорозного с суициальными и далее депрессивно-галлюцинаторно-параноидного синдрома явлений психического автоматизма и дефекта.

Больным с психогенными аффективными состояниями требуется динамическое наблюдение и проведение лечения в условиях судебно-психиатрического стационара. После сглаживания психогенных расстройств возможно дифференцированное решение экспертных вопросов. В тех случаях, когда аффективные нарушения приобретают характер психотических состояний или обострений шизофренического процесса с психогенной симптоматикой, более целесообразно изменение принудительного лечения без решения экспертных вопросов.

Клинико-катамнестический анализ 47 случаев психогенных депрессий показал, что подавляющее большинство (39 из 47) совершили правонарушения во вменяемом состоянии, но заболели реактивным психозом (депрессия) в период следствия или судебных процедур. В отношении них были решены вопросы вменяемости, они находились в больнице на лечении до выздоровления, а в последующем выписаны для проведения судебно-следственных мероприятий.

Психопатологическая симптоматика протекала по классическим канонам реактивной депрессии: понятная связь между психической травмой и содержанием, а также течением психического процесса, функциональным и обратимым характером. По особенностям клинической картины прослеживались подобные типичные формы: астено-депрессивный вариант, истерическая депрессия, депрессивно-параноидные состояния.

Пятеро из изучаемых нами больных психогенной депрессией совершили правонарушения, будучи в реактивном состоянии, были признаны невменяемыми и остались на принудительном лечении.

У 3 больных при первичном освидетельствовании были диагностированы реактивный психоз, однако, дальнейшее катамнестическое наблюдение выявило у них шизофрению. Ретроспективный анализ клинической картины выявил и при первичном освидетельствовании атипичность «реактивной симптоматики». Это были больные со сложными депрессивно-параноидными синдромами, напряженным аффектом страха, тревоги, идеями преследования со стороны соучастников преступления, «слежки» и угрозы со стороны потерпевших, элементы синдрома Кандинского-Клерамбо с фабулой

бреда, связанной с ситуацией заключения, как бы отражающие психогенную ситуацию.

Подобные клинические особенности депрессивного психоза, явившиеся лишь отражением патопластического влияния ситуационного фактора, а не причиной заболеваний, также нередко являлись причиной диагностики при первичных освидетельствованиях.

Таким образом, представляется очевидной объективная сложность клинических параметров депрессивных состояний, особенно в условиях судебно-психиатрической клиники. Выявление их способствует совершению диагностических и экспериментальных критериев в судебно-медицинской психиатрической практике.

Выводы:

1. Анализ литературных данных свидетельствует об актуальных и важных систематизирующих

факторах (роль личностного и ситуационных факторов, защитных, компенсаторных механизмов), обуславливающих возникновение и развитие психогенных депрессивных состояний

2. Клиническая картина депрессивных состояний различалась формой депрессивного аффекта и степенью дезорганизации психической деятельности: тревожный, астенический, адинамический, дистимический

3. В судебно-психиатрической практике реактивные депрессивные состояния могут развиваться, как у психически здоровых лиц, так и на психопатологической измененной почве

4. Очевидна сложность диагностической и экспертной оценки психопатологических состояний, в картине которых имеют место депрессивные расстройства, которые повышают отсроченность нозологической и экспертной квалификации психического расстройства.

КРИМИНОГЕННОСТЬ СРЕДИ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ И ПРОФИЛАКТИКА ОБЩЕСТВЕННО-ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ

К.Ж.Нургазин, М.Х.Мукушов, Т.Т.Камиев,
Г.М.Темиралова, Р.У.Доланбаева

г. Усть-Каменогорск

Профилактика общественно-опасных действий (ООД) душевнобольных – одна из важнейших задач психиатрии.

В осуществлении практических мероприятий, направленных на предупреждение ООД психически больных необходимо участие всей системы психиатрической помощи в целом и Министерства внутренних дел. В этом плане справедливо указание профессора Г.М.Морозова на то, что профилактика ООД не является сугубо специфической проблемой судебной психиатрии. Профилактика ООД находится в прямой зависимости от возможности прогнозировать их опасное поведение. Этот прогноз со своей стороны включает в себя, как одну из составляющих, существующую систему психиатрической помощи и её эффективность. К числу наиболее эффективных мер относится своевременная госпитализация общественно-опасных больных, которые еще не совершили опасного действия. Не менее важной задачей является создание таких условий, при которых психически больной, уже совершивший опасное действие, не совершил бы его повторно.

Такого рода госпитализация предусматривается специальной инструкцией о порядке неотложной

госпитализации психически больных к приказу «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании». По этой инструкции при наличии явной опасности психически больного для окружающих или для самого себя организации здравоохранения имеют право в порядке неотложной психиатрической помощи поместить больного в психиатрический стационар, для чего не требуется согласие ни самого больного, ни его родственников или опекунов.

Современное лечение предусматривает для больных с психическими расстройствами сокращение периода стационарного лечения и насыщение лечебно-реабилитационными мероприятиями последующего периода амбулаторного наблюдения. В связи с этим, наличие широко разветвленной сети внебольничной (амбулаторной службы) является основным залогом профилактики ООД, совершаемых психически больными.

При психических заболеваниях поведение больных определяется психопатологическими факторами. Из этого следует, что болезнь нарушила способность невменяемого отдавать отчет о своих действиях и руководить ими. Большое значение в генезе опасных действий, совершаемых больными,

Таблица 1

113

№	Наименование заболевания	Невменяемые														Многократное онкологическое %			
		Возраст		14-24		25-35		36-46		47-57		58 и >		Всего		Статьи УК РК			
		“Д”-учет	Пол	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	абс.	%	абс.	%		
1	Шизофрения, шизоаффективные психозы	Состоящие		2		2		1				1		6	6,1	96 ч.1, 175 ч.1, ч.2, 257 ч.1, 259 ч.1, ч.2	7	7,1	17,3
		Не состоящие				4		1						5	5,1	103 ч.1, 181 ч.1, 321 ч.1, 175 ч.2, 253 ч.1, 257 ч.1	10	10,2	
2	Олигофрения	Состоящие				1								1	1,1	171 ч.1	6	6,1	12,2
		Не состоящие																	
3	Эпилепсия, последствия ЧМП, органическое поражение ЦНС	Состоящие																22,4	
		Не состоящие						1		1			2	2,1	106, 175 ч.1	15	15,3		
4	Расстройство личности	Состоящие																45,8	
		Не состоящие																	
5	Биполярное аффективное расстройство	Состоящие				1								1	1,1	175 ч.2	1	1,1	1,1
		Не состоящие																	
6	Затяжная депрессивная реакция	Состоящие																1,1	
		Не состоящие																	
Итого:				2	1	7		3		2			15	15,5		98	100	100	

Таблица 2

№	Наименование заболевания	Вменяемые												Статьи УК РК		
		Возраст		14-24		25-35		36-46		47-57		58 и >				
		“Д”-учет	Пол	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж			
1	Шизофрения, шизоаффективные психозы	Состоящие		1									1	1,0	159 ч.2	
		Не состоящие		4		1							5	5,0	59 ч.1, 96 ч.2, 175 ч.2, 257 ч.1, 259 ч.2	
2	Олигофрения	Состоящие		4		1							5	5,1	96 ч.1, 175 ч.2, 178 ч.1, 362 ч.2	
		Не состоящие		4		2							6	6,1	95, 96 ч.1, ч.2, 178 ч.1, 179 ч.2, 181 ч.2, 257 ч.2	
3	Эпилепсия, последствия ЧМП, органическое поражение ЦНС	Состоящие		6				1					7	7,0	103ч.3,36ч.1,175ч.2,178ч.2,259	
		Не состоящие		2	1	6		4					13	13,0	196ч.1,155ч.1,161ч.1,175ч.1,ч. 2, 178ч.2,179ч.2,181ч.1,259ч.2	
4	Расстройство личности	Состоящие		8		5							13	13,0	71ч.1, 175 ч.2, 178 ч.1, 179 ч.2, 185 ч.1, 257 ч.2, 259 ч.1, ч.4	
		Не состоящие		16	1	7	2	2		1	1	1	32	30,5	96ч.1,ч.2,103ч.1,175ч.1,ч.2,ч.3, 178ч.2,179ч.2,257 ч.1, 259 ч.1	
5	Биполярное аффективное расстройство	Состоящие														
		Не состоящие														
6	Затяжная депрессивная реакция	Состоящие														
		Не состоящие								1			1	1,0	257 ч.1	
Итого:				44	2	23	2	7		1	1	1	1	83	81,7	

как по частоте, так и по сущности, имеют такие психопатологические факторы, как бредовые синдромы, импульсивные побуждения, императивные галлюцинации, двигательное возбуждение. Данные состояния обуславливают агрессивные действия психически больных. Опасность таких поступков увеличивается в зависимости от синдромального оформления и динамики болезни.

Настоящая работа основана на изучении больных, совершивших ОД, как состоящих на учете в Областном психоневрологическом диспансере, так и лиц, впервые выявленных во время судебно-психиатрических экспертиз.

Нами были изучены материалы экспертиз 98 больных, проходивших судебно-психиатрическую экспертизу в ОПНД в 2001 году.

Среди исследуемых больных, состоящих на диспансерном учете и совершивших общественно-опасные действия, было 33 мужчины и 1 женщина.

В возрастном соотношении лица от 14 до 35 лет преобладали над лицами более старшего возраста. Давность заболевания колебалась от одного до двадцати лет.

Как видно из таблиц (№ 1, 2) среди лиц, состоящих на диспансерном учете и совершивших ОД около половины составили пациенты с расстройствами личности (психопатии) – 45,8%, на втором – больные с эпилепсией и органическим поражением ЦНС – 22,4%, на третьем – с шизофренией 17,3%, на четвертом – олигофренией -12,2, меньше всего лиц с биполярными аффективными расстройствами и затяжной депрессивной реакцией.

Из 98 психических больных, совершивших общественно-опасные действия, 64,3% впервые выявлены во время освидетельствования на СПЭК, из них 10,9% признаны невменяемыми и направлены на принудительное лечение. Этот факт свидетельствует, что медицинская психиатрическая помощь недостаточно приближена к населению. 23,5% больных, совершивших ОД, признаны невменяемыми и состоят на «Д» учете. В целом из 98 больных 15,5% признаны невменяемыми. Проценты невменяемых больных от общего количества обследованных больных как состоящих, так и не состоящих на «Д» учете лиц оказались равными соответственно 8,2% и 7,1%, что подтверждает

мнение о необходимости более тщательного динамического наблюдения и лечебных мероприятий.

Значительный интерес представляет характер «криминогенности». Среди ОД, совершенных психически больными, преобладают кражи, хулиганские действия, на втором месте насилистственные деяния – убийства, нанесение тяжких телесных повреждений. По проанализированным данным для больных олигофренией характерны как мелкие кражи и хищения, так и высок удельный вес сексуальных правонарушений. Делинквентные действия таких больных, в основном, связаны с реальной ситуацией и имеют групповой характер в соучастии со здоровыми преступниками и психически больными со сходной клинической картиной. Эта категория больных особенно нуждается в совместном наблюдении, как со стороны медицинских работников, так и работников УВД. Для больных эпилепсией наиболее типичны правонарушения насилистенного характера, причем около половины этих больных совершили такие тяжкие действия и попытки убийства.

Что касается больных шизофренией, то можно отметить увеличение таких противоправных поступков, которые совершаются не по психологическим болезненным механизмам, а по обыденным, в частности, корыстным мотивам. Характер совершенных опасных действий больными шизофренией самый разнообразный – убийства, нанесение тяжких телесных повреждений, поджоги, хулиганские действия, кражи, ограбления, спекуляция, бродяжничество и др. Причинами совершения противоправных действий этими больными являются значительная социально-трудовая дезадаптация, низкая профессиональная квалификация, семейная и бытовая неустроенность многих из них.

Очень важными представляются данные о повторных общественно-опасных действиях, совершаемых психическими больными. Особенно высок этот процент у лиц с психопатией (более 50%), ниже у больных шизофренией и умственной отсталостью. Склонность к алкоголизму, утрата социальных связей, потеря профессиональных навыков, отсутствие определенного места жительства приводят к повторному совершению ОД.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ДЕМОНСТРАТИВНО-ШАНТАЖНЫХ АУТОАГРЕССИВНЫХ ДЕЙСТВИЙ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Н.И.Распопова

г. Алматы

Автоагрессивное поведение психически больных представляет собой интегративный результат

сложного взаимодействия психопатологических, личностных и ситуационных факторов, доля

участия которых в каждом конкретном случае неодинакова. Аутоагрессивное поведение в рамках психических заболеваний, согласно современным научным данным, рассматривается как вариант социально-психологической дезадаптации личности на патологическом уровне в условиях, как правило, неразрешённого внешнего и внутреннего конфликта (А.Г.Амбрумова, 1974; М.Б.Данилова, Т.И.Пепеляева, 1987; В.А.Тихоненко, 1992, 1998; и др.). Авторы отмечают, что в случаях, когда экстремальные нагрузки падают на конституционально изменённую почву, имеет место трансформация приспособительного процесса с появлением патологических форм адаптации. Психотические же расстройства представляют в своей основе срыв всех направлений адаптации, то есть глобальную дезадаптацию с переходом на качественно новый регистр патологического реагирования.

Практика показывает, что далеко не всегда аутоагрессивные действия (AAD) больных шизофренией бывают непосредственно обусловлены наличием в клинической картине заболевания продуктивной психосимптоматики, когда риск аутоагрессии находится в прямой зависимости от содержания и актуальности болезненных переживаний. В ряде случаев в генезе AAD больных шизофренией ведущую роль играют реальные психотравмирующие ситуации. В связи с патологическими изменениями личности, обусловленными эндогенным процессом, вне острых психотических состояний, больные становятся уязвимы к кризисным и стрессовым ситуациям, что и определяет мотивы аутоагрессии.

Анализ аутоагрессивных действий психически больных в условиях принудительного лечения в Республиканской психиатрической больнице специализированного типа с интенсивным наблюдением МЗ РК свидетельствует о значительной доле демонстративно-шантажных AAD (46%) в общей совокупности суицидоопасных форм поведения лиц, находящихся на принудительном лечении. Демонстративно-шантажные AAD этих больных во многом схожи с наиболее часто встречающимися формами аутоагрессии осужденных в исправительно-трудовых учреждениях (Михлин А.С., Пуховская Н.Н., Жезлова Л.Я., Стимайтене Л.С., 1974). Среди лиц, признанных в отношении содеянного невменяемыми, и, направленных на принудительное лечение в психиатрическую больницу специализированного типа с интенсивным наблюдением значительную долю (от 63 до 66,5%) составляют лица, ранее привлекавшиеся к уголовной ответственности (36% - многократно) и находившиеся продолжительное время в местах лишения свободы, что определяет их своеобразную асоциальную деформацию личности. Этот асоциальный тип личности характеризуется постоянным сочетанием как агрессивных, так и аутоагрессивных тенденций в поведении, особой эгоцентричностью, оппозиционностью,

невосприимчивостью к многообразным воспитательным и лечебным мерам. Аналогичные личностные особенности выявляются и у больных шизофренией, которые в преморбидном периоде или на фоне латентных признаков болезни ранее отбывали наказание в местах лишения свободы.

В целях совершенствования мероприятий по профилактике AAD больных шизофренией в условиях судебно-следственной ситуации и последующего принудительного лечения нами проанализировано 85 клинических наблюдений больных шизофренией с демонстративно-шантажными аутоагрессивными тенденциями. Все обследованные мужчины в возрасте от 20 лет до 41 года, преимущественно со средним образованием, без стабильных трудовых установок. По характеру правонарушений среди обследованных преобладали больные, совершившие корыстные деликты с элементами насилия (ограбления, разбойные нападения и т.п.) - 51,8%, тяжкие правонарушения против личности (убийства, нанесение телесных повреждений и т.п.) - 25%, изнасилование - 6,8%, иные правонарушения (хулиганство, хранение наркотиков и пр.) - 16,4%. В целом, анализ совершенных больными общественно опасных действий (ООД) показал, что в 86,6% случаев в характере ООД в той или иной степени выраженность проявлялась их агрессивность. Особую гетероагрессивность лиц, склонных к аутоагрессии, отмечают и другие авторы (А.С.Михлин, 1974 г., Н.Н.Пуховский, 1974 г. и др.). Изучение анамнеза обследованных позволило выявить некоторые общие для этих больных преморбидные характерологические особенности. У большинства обследованных еще в детском возрасте наблюдалась определенная невротическая диспозиция, проявлявшаяся неврастеническими чертами, логоневрозом или наличием в прошлом очерченных невротических реакций. Поведенческие реакции формировались в тесной взаимосвязи с психологической предрасположенностью личности, проявляясь реакциями оппозиции к требованиям общества. Наиболее четко девиация поведения у этих больных прослеживалась с подросткового возраста и постепенно становилась фиксированной формой реагирования, распространяясь в дальнейшем на другие, более зрелые возрастные периоды. Многие из них отличались плохой дисциплиной и слабой успеваемостью в школе, совершали побеги из дома, имели приводы в милицию, рано приобщались к алкоголю и курению табака, нередко употребляли наркотики, тяготели к антисоциальным группировкам. В этих случаях психическая неуравновешенность, расстройства в сфере влечений играли ведущую роль в формировании криминального поведения. Еще до появления первых выраженных признаков эндогенного заболевания у 35% больных рассматриваемой группы прослеживались в анамнезе суицидальные попытки (отравление, самоповешение)

по типу “шантажных суицидов” (З.Тилле), совершившиеся с целью оказания морального давления на окружающих, а также со стремлением обратить на себя внимание. Многие уже с юношеских лет попадали в места лишения свободы, где еще несформировавшаяся личность быстро приобретала черты “тюремной психопатии”. В дальнейшем, с развитием основного психического заболевания, у больных шизофренией часто формировались черты личности, близкие к импульсивному типу, усугублялись истероидные акцентуации с внутренним конфликтом между сильной интерперсональной зависимостью и неспособностью устанавливать межличностные отношения. Значительную роль в патологической деформации личности обследованных играла алкоголизация, прослеживающаяся в 74% случаев, и употребление наркотиков - 26%.

Личности Ф.В.Кондратьев (1986) отводит роль фактора, интегрирующего социальное поведение психически больных, рассматривая его, как результат проявления психопатологически обусловленных и сохранных сторон личности. “Преморбидно сформировавшиеся и сохранившиеся личностные особенности могут, как повышать, так и снижать вероятность опасного поведения, определяемого патологически измененными личностными структурами. Сохранными могут оставаться не только положительные, но и отрицательные преморбидные черты личности, определяющие модус поведения больного”, что подтверждается и нашими наблюдениями. Сформировавшиеся ещё до привлечения к уголовной ответственности индивидуально-личностные формы реагирования на психотравмирующие ситуации наиболее ярко проявлялись в условиях стресса, связанного с привлечением к уголовной ответственности. Из числа обследованных (85 больных), совершивших ААД в период принудительного лечения у 74% (63 больных) прослеживались аутоаггрессивная настроенность и в период судебно-следственной ситуации, но с менее выраженной тенденцией к реализации. Повторность демонстративно-шантажных ААД обследованных свидетельствует о формировании у этих больных специфического способа реагирования на стресс, состояние дезадаптации, обусловленное как внешне-социальными, так и внутренне-биологическими факторами. Это еще раз подтверждает высказанное К.А.Пойми (1973) положение о том, что “суициdalная попытка - это не одноразовое кризисное состояние в процессе заболевания, а форма реагирования особой личности”.

В процессе исследований нам удалось выделить 4 варианта сочетания психопатологических, личностных и ситуационных факторов в формировании мотивов демонстративно-шантажных ААД больных шизофренией:

1. ААД, совершившиеся при наличии реальной психотравмирующей ситуации в период ремиссии, на фоне имеющихся у больного негативно-личностных расстройств, характерных для эндогенного процессуального заболевания (68).

2. ААД, совершившиеся при наличии реальной психотравмирующей ситуации на фоне наличия у больного резидуальной продуктивной симптоматики, когда характер психотических расстройств не определял мотивов ААД, а приоритетное значение имела сама ситуация (11).

3. ААД, совершившиеся при наличии реальной психотравмирующей ситуации и мотивационно обусловленные психотической бредовой интерпретацией данной ситуации (4 больных).

4. ААД, совершившиеся вне какой-либо реальной психотравмирующей ситуации по мотивам, непосредственно связанным с содержанием психопатологических переживаний больного (2), так называемая “бредовая демонстрация” (М.М.Мальцева, 1989).

К демонстративно-шантажным ААД были отнесены те случаи, когда ААД не являлись целенаправленным стремлением больного к лишению себя жизни, а были лишь способом достижения изменения личностно значимой неблагоприятной ситуации в его пользу.

Психопатологические механизмы выделенных первых двух вариантов ААД могут быть квалифицированы, как негативно-личностные, так как в их мотивах приоритетное значение имеет форма личностного реагирования на провоцирующую ситуацию. Это были больные преимущественно с приступообразно-прогредиентным типом течения заболевания, у которых на фоне ремиссии характерные для эндогенного процессуального заболевания изменения личности проявлялись психопатоподобными расстройствами, актуальных бредово-галлюцинаторных переживаний не выявлялось. В подобных случаях реальные психотравмирующие ситуации, связанные с переживаниями больными чувства обиды, горечи, разочарования, отчаяния на проявленные к ним несправедливость, унижение, ущемление в социально-групповом статусе, преодолеваясь через патологически измененные и сохранные структуры личности, обуславливали особую форму реагирования со злобно-аггрессивным аффектом, требующим немедленной разрядки и ААД, представляя собой протест, месть, совершались демонстративно с целью привлечения к себе внимания окружающих.

ААД с негативно-личностными демонстративно-шантажными психопатологическими механизмами имели ряд характерных особенностей. Они совершались при наличии реальной, значимой для больного, психотравмирующей ситуации. Способ реализации ААД был наименее опасным для жизни, но производил на окружающих впечатление

суициdalной попытки. ААД совершались в центре внимания лиц, от которых зависело изменение ситуации в пользу больного или в условиях, когда окружающие могли поставить в известность о действиях больного медперсонал, нередко ААД сопровождались высказываниями больного, отражающими волнующую его ситуацию, с указанием способов ее разрядки или содержащими угрозу суицида в случае невыполнения его требований. Аутоагрессия прекращалась при проявлении окружающими участия к больному, попытках пойти ему на уступки, больные охотно принимали оказываемую им помочь, проявляли заинтересованность в благоприятном исходе последствий самоповреждений (это были преимущественно резаные раны предплечий и поверхностные порезы на передней брюшной стенке, реже, глотание инородных тел).

Несмотря на описанные выше общие характеристики ААД, совершаемых по негативно-личностным демонстративно-шантажным механизмам, в процессе анализа можно было выделить два их варианта:

А). Суициdalный шантаж, когда имела место ситуация угрозы ущемления прав больного, унижения его достоинства, проявления несправедливого, по его мнению, отношения к нему со стороны врачей и медперсонала, других больных. В подобных случаях неопасными для жизни ААД больные стремились предупредить надвигающуюся неблагоприятную разрядку ситуации, при этом высказывали угрозы совершения суицида при неудовлетворении их требований, так называемые “угрожающие” ААД (по Л.Я.Жезловой, 1974 г.). Основная цель данной формы аутоагрессии - привлечь внимание, найти сочувствующих, избежать наказания, позора. Чаще всего требования, выдвигаемые больными, касались отмены инъекций, пересмотра врачом решения о переводе больного в наблюдательную палату, перевода его в другое отделение больницы при конфликтах с другими больными и т.п.

Б). Демонстративный протест - ААД, нередко следующие за безуспешным суициdalным шантажом, совершались больными в случаях, когда неблагоприятные последствия значимой для больного реальной психотравмирующей ситуации все же наступили. Это были ААД, обусловленные реакцией разрядки с агрессивным содержанием переживаний - чувства злобы, протesta, мести. Некоторые авторы (А.С.Михлин, Л.Я.Жезлова) характеризуют подобные ситуационно спровоцированные ААД, как “перенос агрессии на себя”, “подмену агрессивных актов аутоагрессией” и связывают это с невозможностью проявления агрессии против других лиц вследствие условий содержания в месте пребывания (по аналогии с ААД осужденных, совершаемых в ИТУ).

В отдельных случаях сверхинтенсивность негативного аффекта, принимающая субъективный

характер “непереносимости”, представляла определенную угрозу в плане развития у больного состояния “истеро-дисфорического пресуицида” (по В.Л.Леви) с вероятностью совершения этими больными опасных действий для себя и окружающих. ААД принимали характер реальной угрозы для жизни больного: резаные раны шеи, проникающие ранения живота, требующие немедленной хирургической помощи.

В мотивах ААД, отнесенных к 3 и 4 выделенным вариантам, прослеживаются продуктивно-психотические механизмы, связанные с болезненными переживаниями обследованных. Демонстративно-шантажные ААД, совершившиеся больными продуктивно-психотическими механизмами отмечались у больных преимущественно с непрерывно-прогредиентным типом течения шизофрении и преобладанием в клинической картине заболевания параноидных расстройств. В ряде случаев (4 наблюдения) реальная конфликтная ситуация с окружающими трактовалась этими больными по бредовому, в рамках структуры имеющихся у них бредовых расстройств, и являлась лишь провоцирующим моментом. Содержание имевшихся у больных бредовых переживаний непосредственно не носило суицидального характера, равно как и имевшая место реальная конфликтная ситуация по своему характеру не могла спровоцировать аутоагрессию. Паралогично-бредовая оценка реальной ситуации являлась в данных случаях основным мотивом ААД, так называемая «косвенная бредовая мотивация».

Больной Е..., с диагнозом: «Шизофрения, параноидная форма, непрерывно-прогредиентный тип течения, параноидный этап», у которого отмечались стойкие бредовые идеи преследования, расценил реально-бытовой конфликт с соседями по палате, как намерение расправиться с ним. По его болезненному убеждению группа больных, находящихся в сговоре между собой, постоянно его терроризируют и собираются его убить, но «для этого выжидают лишь подходящий момент» и намеренно провоцируют на конфликт. Мотивируя этим, больной обратился к врачу с требованием перевести его в другое отделение, т.к. его «здесь всё равно убьют», при этом демонстративно заявлял, что в случае отказа, он «вскроется». На отказ врача в удовлетворении его требований, демонстративно, на глазах у медперсонала обломком лезвия бритвы нанёс себе порез левого предплечья.

В отдельных случаях (2 наблюдения) больные шизофренией совершали демонстративные аутоагрессивные действия по психопатологическому механизму «бредовой демонстрации», когда основной мотив ААД непосредственно определялся содержанием бредовых переживаний. Это были больные, страдающие параноидной шизофренией с параноидным синдромом.

Больной Л..., с диагнозом: «Шизофрения, параноидная форма, непрерывно-прогредиентное течение, парапренический этап», стал требовать немедленной выписки из больницы, так как по его болезненному убеждению человечеству грозила катастрофа «глобального уничтожения» и только он может спасти человечество от гибели. Ему было необходимо срочно попасть в г. Москву, чтобы «предупредить правительство». В случае если ему будет отказано во внимании со стороны руководителей государства, намеревался покончить жизнь самосожжением на Красной Площади, чтобы «своей смертью предупредить людей» о надвигающейся катастрофе. В стационаре пытался совершить суицидальную попытку путём повешения. В последующем врачу пояснил, что хотел «или умереть, или спасти человечество». Остался по бредовому убеждён, что в любом из двух указанных вариантов, совершив попытку суицида, он бы «выполнил свою миссию на Земле».

Изучение динамики психопатологических механизмов аутоагрессивных действий больных

шизофренией показало, что психопатологические механизмы ААД, выявляемые в анамнезе обследованных, у каждого конкретного больного в большинстве случаев бывают идентичны механизмам последующих ААД, совершаемых ими в период судебно-следственной ситуации и принудительного лечения. Выявление в анамнезе преморбидных особенностей личности с демонстративно-шантажными аутоагрессивными формами реагирования на стресс даёт возможность прогнозировать степень суицидального риска у каждого конкретного больного, так как по данным настоящего исследования повторные ААД совершаются больными шизофренией по единому психопатологическому механизму в 83% случаев.

Таким образом, проведенный анализ показал, что демонстративно-шантажные аутоагрессивные действия больных шизофренией могут быть обусловлены как негативно-личностными, так и продуктивно-психотическими психопатологическими механизмами, что делает возможным проведение дифференцированной профилактики ААД.

Литература:

1. Амбрумова А.Г. Суицидология, как дисциплинарная наука // Клинико-психологические, социальные и правовые проблемы суицидального поведения. - М., 1974. С. 12-13
2. Данилова М.Б., Пепеляева Т.И. Диагностика и профилактика суицидального поведения больных шизофренией (методические рекомендации). - М., 1987
3. Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных. - М., 1995. С. 99-100
4. Тихоненко В.А. Жизненный смысл выбора смерти // Человек. 1992. № 6. - С. 19-29
5. Тихоненко В.А. Позиция личности в ситуации конфликта и суицидальное поведение // Российский психиатрический журнал. 1998. - № 3

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНВАЛИДИЗАЦИИ ПО ПСИХИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ

Н.Л.Рудич, П.А.Рудич

г. Костанай

С началом социально-экономических реформ в Республике особую актуальность приобрела проблема инвалидизации психически больных. И дело не только в экономических затратах, которые «съедают» значительную часть финансирования по социальной сфере. Не меньшее значение имеют и социально-демографические факторы, в частности, уровень и качество психического здоровья нации.

В связи с имевшим место в течение многих лет ростом социальной напряженности, ухудшением материального статуса населения увеличилась первичная психическая заболеваемость пограничного плана и число обострений состояния. Следствием этого явилась более частая госпитализация и

регоспитализация в психиатрические стационары, снизился уровень социальной адаптации. Вынужденно более частыми стали направления больных на МСЭК, которые в доперестроочный период были достаточно адаптированы и не нуждались в инвалидизации.

В последние годы экономическая ситуация в Республике значительно улучшилась.

Целью настоящего сообщения является попытка подтвердить это состоянием трудовой экспертизы за последние 3 года. На примере одного из общепсихиатрических женских отделений КОПБ нами исследованы некоторые параметры трудовой экспертизы психически больных.

Динамика первичного выхода на инвалидность в разрезе нозологии

Нозология	2001 г.		2002 г.		2003 г.	
	число случаев, абс.	удельный вес, %	число случаев, абс.	удельный вес, %	число случаев, абс.	удельный вес, %
Шизофрения Ф-20	13,0	46,4	17,0	58,0	13,0	38,2
Эпилепсия Ф-02-06-09	6,0	21,4	10,0	29,4	8,0	23,5
Органическая деменция Ф-00	-	-	1,0	2,9	8,0	23,5
Олигофрения Ф-70-72	9,0	32,2	6,0	17,6	5,0	14,7
Итого:	28,0	100,0	34,0	100,0	34,0	100,0

Так, за 3 года произошло лишь незначительное увеличение абсолютного числа направленных на МСЭК (2001 г. – 28,0; 2002 г. – 34,0; 2003 г. – 34,0). Тенденции к дальнейшему росту не прослеживается. Что особенно важно, в 2003 году произошло значительное снижение удельного веса первично инвалидизированных по диагнозу шизофрения (на 11,8% против 2002 года).

Незначительно снизился также удельный вес по диагнозу эпилепсия (на 5,9% против 2002 года).

Вместе с тем, в 2003 году резко увеличилось число инвалидизированных по диагнозу «Органическая деменция» (2001 г. – 0; 2002 г. – 1; 2003 г. – 8). Это свидетельствует о том, что в этой сборной

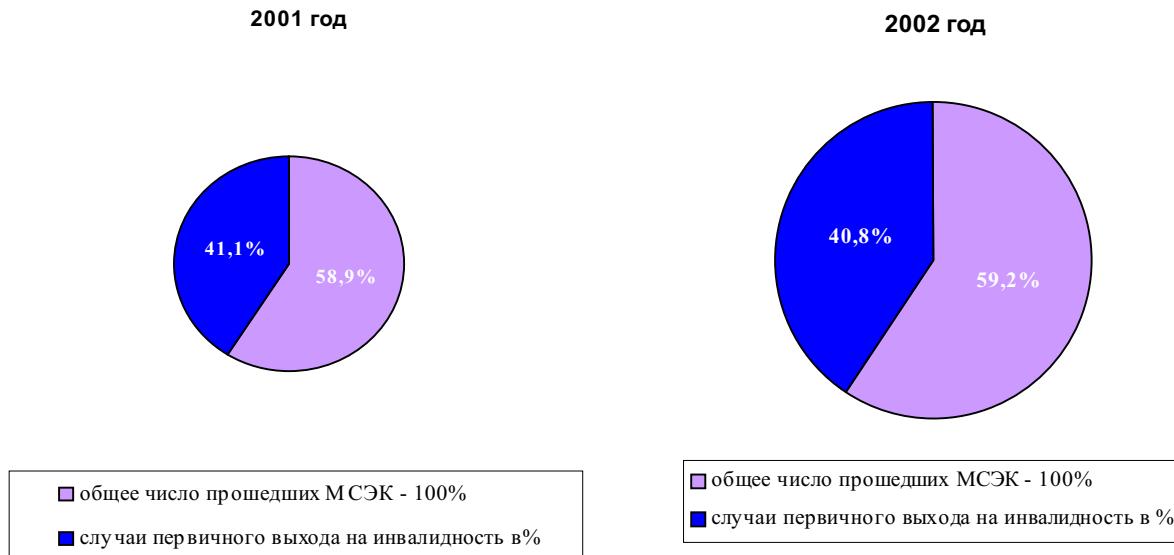
нозологической группе компенсаторные механизмы наиболее слабы, что приводит к наиболее частым и стойким декомпенсациям на фоне ограниченных адаптационных возможностей.

Имеет четкую тенденцию к снижению первичная инвалидизация олигофренов (32,2%; 17,6%; 14,7% по годам соответственно). Очевидно, это следствие снижения удельного веса зарегистрированных случаев этого расстройства в населении.

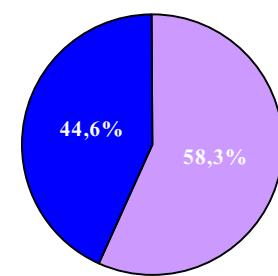
Стабильным на протяжении 3-х последних лет остается показатель удельного веса первичного выхода на инвалидность относительно всех прошедших МСЭК.

Диаграмма 1

Удельный вес первичного выхода на инвалидность относительно всех прошедших МСЭК за 2001-2003 годы



2003 год



□ общее число прошедших МСЭК - 100%
 ■ случаи первичного выхода на инвалидность в %

Отсутствие существенной динамики этого показателя также свидетельствует о положительных тенденциях в социально-экономической сфере.

Определенный интерес представляет возрастная динамика первично инвалидизированных в корреляции с нозологическими формами.

Таблица 2

Возрастная динамика первично инвалидизированных

Нозология	2001 г. удельный вес			2002 г. удельный вес			2003 г. удельный вес			Итого
	до 25 лет	25-60 лет	60 и более лет	до 25 лет	25-60 лет	60 и более лет	до 25 лет	25-60 лет	60 и более лет	
Шизофрения	2,0 (15,4%)	10,0 (77%)	1,0 (7,7%)	2,0 (11,7%)	15,0 (88,3%)	0	1,0 (7,7%)	12,0 (92,3%)	0	100%
Эпилепсия	2,0 (33,3%)	4,0 (66,6%)	0	2,0 (20%)	8,0 (80%)	0	4 (12,5%)	7,0 (87,5%)	0	100%
Органическая деменция	-	-	-	-	-	1,0	1,0 (12,5%)	3,0 (37,5%)	4,0 (50%)	100%
Олигофрения	6,0 (66,6%)	3,0 (33,3%)	-	5,0 (83,3%)	1,0 (16,6%)	-	5,0 (100%)	0	0	100%

Как видно из таблицы, при шизофрении наиболее часто инвалидизируются женщины в возрасте 25-60 лет. Причем, с годами удельный вес первично инвалидизированных по данному заболеванию увеличивается (77,0%; 88,3%; 92,3% по годам соответственно). Такая же тенденция имеет место при эпилепсии. В то же время инвалидизация по диагнозу «Органическая деменция» приходится в основном на возрастной период 60 и более лет. И это вполне объяснимо. Именно в этом возрасте на первый план выступают психические расстройства,

обусловленные органическим поражением ЦНС. При олигофрении инвалидизация в основном приходится на возрастной период до 25 лет. Имеет место четкая тенденция к увеличению удельного веса первичной инвалидизации именно в этой группе (100% в 2003 г.).

Таким образом, проведенное исследование с достаточной определенностью подтверждает факт зависимости уровня первичной инвалидизации по психическим заболеваниям и расстройствам от социально-экономических и демографических факторов.

Литература:

1. Аверуккий Г.Я. Лечение психически больных. - М., 1988
2. Бачериков Н.Е. Клиническая психиатрия. - Киев, 1989
3. Блейхер В.М. Ранняя диагностика психических заболеваний. - Киев, 1989
4. Дмитриева Т.Б. Клиническая психиатрия. - М., 1999

ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЕ (ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЕ) ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Н.Л.Рудич, П.А.Рудич

г. Костанай

На современном этапе развития психиатрической помощи населению особое значение приобретают возможности амбулаторного долечивания и организации поддерживающего (противорецидивного) лечения психически больных. Необходимость все большего смещения акцентов в сторону повышения удельного веса больных, пролеченных амбулаторно, совершенно очевидна.

Это обусловлено, в первую очередь, более низкими экономическими затратами на каждого пользованного больного. Не последняя роль здесь принадлежит социально-психологическому фактору. Ведь чем больше психически больной остается в привычном социальном окружении (вне стен стационара), тем меньше риск нарушить его компенсаторные механизмы. Такой подход оправдан даже в тех случаях, когда увеличивается частота повторных поступлений при суммарно меньшем количестве дней, проведенных в психиатрическом стационаре.

Целью настоящего исследования является попытка выявить механизмы корреляции между длительностью и частотой ремиссии, с одной стороны, и характером примененной поддерживающей (противорецидивной) терапии с другой.

Нами катамнестически изучено 30 больных, выписанных из стационара и переведенных на амбулаторное поддерживающее лечение. Сроки катамнестического наблюдения – от одного года до трех лет.

По клинической картине все анализируемые случаи были более или менее сходны. В психопатологическом плане – это больные, у которых на момент выписки из стационара преобладали дезактуализированные бредовые расстройства, аффективные, кататонические, психопатоподобные нарушения. То есть, это была группа больных, представляющих повышенную социальную опасность.

Давность заболевания шизофренией у исследуемой группы была не менее трех и не более десяти лет, при числе ранее перенесенных приступов (обострений), 3-4. По типу течения заболевания основную массу составили больные шубообразной шизофренией.

Во всех случаях подбор вида поддерживающей терапии производился на стационарном этапе. При этом поддерживающая терапия осуществлялась в трех вариантах и контрольном.

1. Традиционные нейролептики – галоперидол, трифтазин в среднетерапевтических дозировках (20-30 мг в сутки).

2. Галоперидол-деканоат в дозе 25-50 мг внутримышечно один раз в 2 недели.

3. Атипичные нейролептики – клозапин в средних дозах 40-50 мг в сочетании с галоперидолом-деканоатом в вышеуказанных дозах.

4. Контрольная группа наблюдалась практически без лечения ввиду отказа больных от приема нейролептиков.

Таблица

Группы	Нейролептик	Число случаев	Длительность катамнеза в среднем	Частота обострений (госпитализаций)
1	Галоперидол, трифтазин	10	3 года	30
2	Галоперидол-деканоат	10	3 года	15
3	Клозапин, галоперидол-деканоат	5	1 год	0
4	Контрольная группа	5	1 год	8
Итого		30		

Таким образом, совершенно однозначно абсолютные преимущества в проведении поддерживающей терапии имеют атипичные нейролептики в сочетании с пролонгами (клозапин, галоперидол-деканоат). При сроке наблюдения в течение 1 года не было ни одной регоспитализации из 5 учтенных больных. Отрицательным фактором является относительно высокая стоимость препаратов. Оказалось, что несомненным преимуществом перед традиционными нейролептиками имеет форма поддерживающей терапии в виде галоперидола-деканоата:

удобство применения по кратности, достоверность факта приема в необходимых дозировках, незначительное число осложнений, экономическая предпочтительность.

Менее эффективными при поддерживающей терапии оказались традиционные нейролептики – галоперидол, трифтазин.

Однозначно следует отрицательно оценить отказ от поддерживающей терапии (хотя и невольный). При этом частота обострений и госпитализаций составляет 1,3 за год в расчете на одного пациента.

В качестве общего вывода можно констатировать четкие преимущества применения нейролептиков нового типа в сочетании с пролонгами и пролонгов в чистом виде, а также недопустимость

отказа от поддерживающей терапии при наличии у больных после выписки из стационара остаточных психотических нарушений, или отчетливых проявлений шизофренического дефекта.

Литература:

1. Авруцкий Г.Я. *Лечение психически больных.* - М., 1988
2. Дмитриева Т.Б. *Клиническая психиатрия.* - М., 1999
3. Шейдер Р. *Психиатрия.* - М., 1998
4. Масолов А.И. *Психофармакология.* - М., 1998

НАРКОЛОГИЯ

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ЖИЗНЕННОГО СЦЕНАРИЯ У ДЕТЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА (НА ПРИМЕРЕ ОПЫТА ПРОВЕДЕНИЯ МЕТОДИКИ «ДИАГНОСТИКА РАННЕГО ЖИЗНЕННОГО СЦЕНАРИЯ»)

А.А.Марашева

г. Караганда

Проблема наркомании среди молодежи уже много лет является актуальной для нашей страны. Масштабы и темпы распространения наркомании ставят под вопрос физическое и моральное здоровье молодежи и будущее значительной ее части, социальную стабильность нашего общества в уже ближайшей перспективе. Злоупотребление психоактивными веществами лишает сегодняшних детей как права вступать во взрослую жизнь, так и возможности внести значимый вклад в будущее своих стран и всего мира. Более того, некоторые дети сталкиваются с наркотическими веществами уже в утробе матери. Их первое знакомство с миром это жестокие боли, которые он испытывает в связи с абstinенцией из-за выработавшейся у матери привычки к наркотическим веществам. Многие государства уже внедрили систему правового, медицинского, социального и прочего обеспечения реабилитации наркоманов одновременно с мощной пропагандистской компанией против наркотиков.

В Казахстане подобная система находится в зачаточном состоянии. Такое положение на фоне роста числа наркоманов, количества преступлений, совершаемых под воздействием психоактивных веществ, требует от общества принятия незамедлительных радикальных шагов, которые должны быть сделаны как со стороны правоохранительных структур, так и со стороны средств массовой информации, учреждений здравоохранения, культуры образования, а также национально ответственного бизнеса и населения в целом.

В переходный период развития нашего общества молодое поколение находится в очень сложной социально-психологической ситуации. В значительной мере разрушены прежние, устаревшие стереотипы поведения, нормативные и ценностные ориентации. Выработка новых происходит медленно и хаотично. Молодые люди утрачивают ощущение смысла происходящего и не имеют определенных жизненных навыков, которые позволили бы сохранить свою индивидуальность и сформировать здоровый и эффективный жизненный стиль. Молодежь и особенно дети, находясь под воздействием хронических, непрерывно возрастающих интенсивных стрессовых ситуаций, не готовы к их преодолению и страдают от их последствий. Это побуждает искать средства, помогающие уходить от тягостных переживаний, и здесь на первое место

вышла наркотизация детей, а также различные виды других негативных зависимостей.

С другой стороны, отсутствие необходимых знаний, навыков и современных социально-адаптивных стратегий поведения у взрослой части населения – родителей, педагогов – не позволяет им оказывать необходимое воспитательное воздействие, психологическую и социальную поддержку. Дети и молодежь в целом оказались одиноки и психологически беспомощны в связи с утраченными связями со старшим поколением. Профессиональные группы лиц, работающие с ними, также нуждаются в выработке совершенно нового подхода к взаимодействию со своими подопечными. Для того чтобы обучить их новым формам поведения, сформировать стрессоустойчивую и наркоустойчивую личность, способную самостоятельно, эффективно и ответственно строить свою жизнь, требуется, во-первых, самим обладать необходимыми для этого качествами, а во-вторых, обладать знаниями, умениями и навыками обучения способности конструктивно решать жизненные задачи, формировать ценности здоровой личности. Вопрос о том, как предотвратить возникновение зависимости, к которой молодой человек еще не приобщен, как “застраховать” от попадания в ту или иную зависимость?

Результаты масштабного многоуровневого исследования проблемы наркозависимости в РК, проведенного Республиканским научно-практическим Центром медико-социальных проблем наркомании в 2001 году, дают новое понимание проблемы профилактики наркомании. Новый взгляд на эту проблему заключается в формировании феноменов антинаркотической устойчивости, под которой понимают совокупность личностных свойств, ведущих к стойкому отказу от употребления психоактивных веществ, в каких бы то ни было ситуациях. Результаты вышеуказанного исследования, по мнению А.Л.Каткова, убеждают в реальности формирования феномена антинаркотической устойчивости населения РК и дают его основные компоненты: 1) полноценное прохождение и завершение этапа идентификации личностного развития; 2) адекватно сформированные навыки выбора и отказа от дивидендов конкурирующих сценариев; 3) качество «внутренней» ответственности (внутреннего локуса контроля), тесно связанной с предыдущим пунктом; 4) наличие адекватно сформулированного

«собственного» конструктивного жизненного сценария с системой ценностей, исключающих потребление наркотических веществ; 5) наличие достаточных ресурсов для реализации вышеназванных сценариев; 6) полноценная информированность о негативных последствиях употребления психоактивных веществ, препятствующих реализации основных жизненных сценариев. Наибольшим «весом» в вышеуказанном перечне, по результатам исследователей, обладает сочетание компонентов позитивного жизненного сценария, внутреннего локуса контроля, информированности о негативных последствиях потребления наркотических веществ.

Одной из составляющих феномена антинаркотической устойчивости является позитивный жизненный сценарий, под которым понимаются те ценностно-смысловые доминанты, вписанные в образ мира ребенка, на основе которых он действует.

Это постепенно развертывающий жизненный план, который формируется в раннем детстве в основном под влиянием родителей. Этот психологический импульс с большой силой толкает человека вперед, навстречу его судьбе, и очень часто независимо от его сопротивления или свободного выбора [E.Berne 2001]. Согласно концепции известного психолога и психотерапевта Э.Берна, автора трансактного анализа, предпочтение ребенка в детстве той или иной сказки может быть использовано в плане предсказания его собственной судьбы. Возраст от шести до десяти лет в психоанализе называется латентным периодом. В это время ребенок старается увидеть, скорее, узнать как можно больше обо всем в мире. В эту пору у него имеется лишь смутное представление о своих целях в жизни. Большинство детей начинают свою сознательную жизнь с желания жить вечно и всегда любить своих близких. Но многие обстоятельства жизни через пять-шесть лет могут заставить ребенка взглянуть на эти проблемы иначе. И он может решить (что понятно из-за ограниченности его опыта) умереть молодым или никогда больше никого не любить. С помощью родителей и всей окружающей среды он узнает, что жизнь и любовь со всеми их опасностями все же достойны внимания. Он находится в постоянном поиске сюжета, к которому подошло бы его сценарное оборудование, а также героя, который указал бы ему надлежащую дорогу.

Сюжеты и герои живут в сказках и историях, содержащихся в книгах, которые он читал или рассказывали ему люди, пользующиеся его доверием, - мама, папа, бабушка, дедушка, приятели или детсадовский воспитатель, прошедший соответствующую педагогическую подготовку [E.Berne, 2001]. Рассказанная сказка или прочитанная история дает ему «скелет», в который входят: 1) герой, на которого ребенок хочет быть похожим; 2) злодей, который может стать примером, если ребенок подыщет ему соответствующее оправдание; 3) тип человека,

воплощающий в себе образец, которому он хочет следовать; 4) сюжет - модель событий, дающая возможность переключения с одной фигуры на другую; 5) перечень персонажей, мотивирующих переключения; 6) набор этических стандартов, предписывающих, когда надо сердиться, когда обижаться, когда чувствовать себя виноватым, ощущать свою правоту или торжествовать.

Нами было проведено исследование с целью диагностики жизненных сценариев у детей 7-11 лет. Были сформированы две группы детей. Основная группа, в которую вошли 60 детей в возрасте от 7 до 11 лет, употребляющих психоактивные вещества более года и со сформированной зависимостью к ним. Степень зависимости определялась на основании МКБ-10, соответствуют ей и снабжены кодом. В контрольную группу входили дети неупотребляющие психоактивные вещества в составе 100 человек.

Использовалась методика проективного опроса. Данная методика внедрена Воробьевой Е.В. на базе Городского Дворца творчества детей и молодежи г. Ростов-на-Дону. Методика заключается в том, что дети рассказывают свои любимые сказки, делая акцент на том, чем их привлекает та или иная сказка, те или иные качества главного героя. Методика ранней диагностики жизненных сценариев показывает нам, что существуют различия в ценностных доминантах и морально-этических нормах в двух группах детей.

Назвали свои любимые сказки 90% опрошенных детей из контрольной группы и 86% из исследуемой, остальные указали, что не любят сказок. Выбранные сказки можно классифицировать на следующие группы:

- 1 группа – сказки, в которых обладание волшебными предметами или дружба с волшебными животными позволяет главному герою достичь исполнения всех желаний, причем сам главный герой особым трудолюбием и целеустремленностью не отличается, просто он «везучий» человек («Золотая рыбка», «По-Щучьему велению»)

- 2 группа – сказки о мужестве и силе, которая помогает добиться поставленных целей («Иван Царевич и серый волк», «Геркулес», «Никита Кожемяка»)

- 3 группа – сказки о любви главной героини, о самоутверждении в любви, несчастная героиня к финалу сказки превращается в принцессу («Царевна лягушка», «Золушка»)

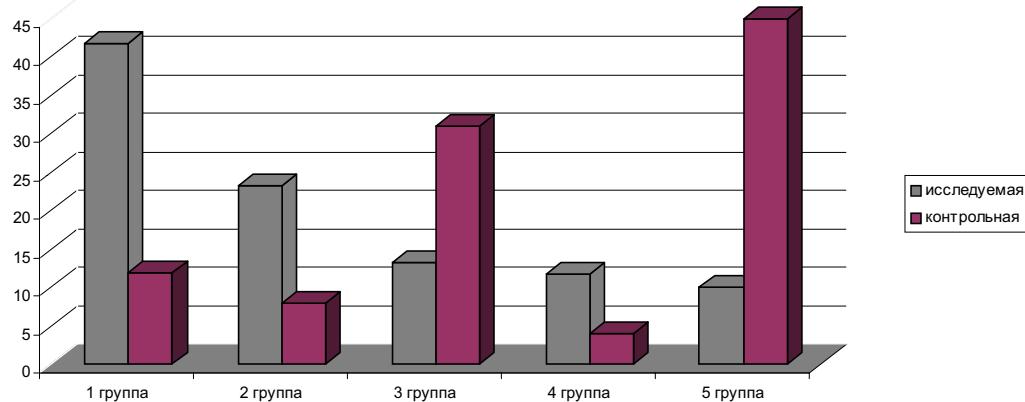
- 4 группа – страшные сказки, главный герой которой обладает абсолютно отрицательными качествами характера (жестокость, жадность и т.д.), в конце сказки его ожидает справедливое возмездие за все совершенные им злодеяния («Кашей Бессмертный», «Синяя борода»)

- 5 группа – сказки о приключениях главного героя, преодолении им внешних (враги) и внутренних (отрицательные черты собственного характера)

препятствий на пути к достижению поставленной цели. По ходу развития сказочного сюжета герой обретает друзей и развивает у себя положительные

личностные качества, принимает важные решения («Незнайка», «Волшебник Изумрудного города», «Буратино», «Питер Пен», «Остров Сокровищ»).

Результаты исследуемой и контрольной группы по категориям сказок



Анализируя результаты, а также процесс проведения данной методики мы выявили следующие особенности. Выбирая ту или иную сказку, ребёнок опирается либо на её содержательную сторону, либо на смысловую направленность сказки или выбирает сказку по принципу «любимый герой». Воспринимая сказку, ребенок идентифицирует себя с главным героем и, встав на позицию героя, пытается преодолеть стоящие на его пути препятствия, моделируя способ решения своих насущных жизненных проблем и исходя из тех способов поведения и ценностных доминант, которые у него были сформированы в процессе воспитания. По мнению Д.Б.Эльконина в сказке намечается трасса тех действий, которые должен осуществить ребёнок и ребёнок идёт по этой трассе. Опираясь при этом на свои силы, свои внутренние ресурсы, либо полагаясь на помочь каких-то внешних обстоятельств (помощь друзей, близких, использование волшебных предметов). Значение сказки для каждого человека различно, и часто, выбирая одни и те же сказки, дети обеих групп выделяют в них совершенно разные аспекты: положительные или отрицательные качества главного героя; морально-этические нормы и принципы, на которые он опирается в достижении своих целей; способы преодоления герояем внешних препятствий и эмоциональная составляющая его действий.

Так, результаты показывают нам, что большинство детей, входящие в контрольную группу – 45% выделяют сказки, относящиеся к пятой категории сказок, т.е. сказки о приключениях главного героя, преодолении им внешних (враги) и внутренних (отрицательные черты собственного характера) препятствий на пути к достижению поставленной цели. По ходу развития сказочного сюжета герой обретает друзей и развивает у себя положительные личностные качества, принимает важные решения.

Дети же, входящие в исследуемую группу - 41,7% отмечают сказки, в которых обладание волшебными предметами или дружба с волшебными животными позволяет главному герою достичь исполнения всех желаний, причем сам главный герой особым трудолюбием и целеустремленностью не отличается, просто он «везучий» человек. Таким образом, предпочтение той или иной сказке дает нам некоторые представления о ценностных предпочтениях детей, которые в последующем определяют жизненный путь человека. Поэтому психотерапевту очень важно знать любимую сказку или историю ребенка, ибо она может составлять сюжет его сценария со всеми недостижимыми иллюзиями и будто бы неизбежными трагедиями этого человека.

Из полученных нами результатов видно, что дети как основной, так и контрольной группы выделяют в предпочтаемых сказках любимых героев, основываясь при этом на его личностных качествах (храбрость, доброта, отзывчивость, преданность, дружелюбие, самостоятельность, изобретательность, хитрость, ловкость и драчливость), отношение к трудностям (способность справиться с любыми неприятностями или неуверенность в своих силах и обращение к волшебным предметам) и взаимоотношениях с другими героями (уважение, взаимопомощь, любовь).

Диагностика жизненных сценариев показывает, что существуют значимые различия в морально-этических нормах в двух группах детей. Дети I группы показывают позитивное отношение к отрицательным качествам личности, таким как подлость, жестокость, обман - 16%. Дети II группы, наоборот, высказываются за борьбу со злостью, жадностью и ложью – 5%. Следовательно, можно сказать, что тенденция нравственного развития детей I группы такова, что если сохранятся, существующие на данный момент, их морально-этические

нормы, то существует большая вероятность того, что в зрелом возрасте эти дети станут личностью с низким нравственным уровнем, т.е. будут готовы использовать выше названные отрицательные качества для достижения своих целей.

В структуре копинг-поведения детей, как употребляющих, так и неупотребляющих психоактивные вещества, помимо всех ранее описанных стратегий просматривается ещё одна: стратегия избегания, представленная различными формами защитных, пассивных, подсознательных механизмов преодоления стресса: вытеснение, регрессия, перенесение ответственности на других и переключение на замещающую деятельность. Данная стратегия в равной степени присутствует в поведении детей обеих групп. Можно только отметить, что уход в сферу воображения свойствен больше детям II группы. С этим связан и их выбор фантастических по сюжету сказок. Мечты детей I группы ограничены их реальным окружением. Недостаток позитивных впечатлений определяет выбор этими детьми сказок со счастливым концом, выступающими компенсацией, обеспечивающей некоторую уверенность в своём будущем. Особенности переживаний жизненных трудностей отражаются в способах их психологического преодоления, каждый из которых специфичен и отвечает одной из задач – решению реальной проблемы или её эмоциональному переживанию, корректировке самооценки или регулированию взаимоотношений с людьми.

Таким образом, на основе результатов, полученных по методике ранняя диагностика жизненных сценариев, мы можем говорить о следующих тенденциях у детей контрольной группы: 1) ведущее положение в структуре копинг-поведения занимает стратегия разрешения проблем с использованием всех имеющихся личностных ресурсов; 2) доминирующими ценностными ориентирами являются дружелюбие, доброта, отзывчивость и борьба с негативными качествами личности. У детей исследуемой группы: 1) преобладание эмоциональных переживаний в трудной ситуации над стратегией разрешения проблемы, отсутствие умений трансформировать их в различного рода поисковую активность приводящее к агрессивному или наоборот пассивному копинг-поведению; 2) ярко выраженная потребность в социальной поддержке, но недостаточное развитие коммуникативных навыков, что затрудняет формирование активных копинг-стратегий; 3) некоторое нравственное недоразвитие; 4) ценностными доминантами выступают взаимопомощь, храбрость, ловкость и драчливость.

Следует отметить, что стратегия избегания, как одна из ведущих поведенческих стратегий при формировании дезадаптивного поведения в равной степени присутствует в структуре копинг-поведения детей обеих групп. Использование этой стратегии обусловлено недостаточностью развития

личностно-средовых копинг-ресурсов и навыков активного разрешения проблем. Дети в возрасте 7-11 лет ещё не обладают опытом анализа психотравмирующей ситуации, что связано с недостаточным развитием рефлексивного компонента личности, поэтому не могут адекватно отражать эту ситуацию. Следовательно, можно сделать вывод о том, что, несмотря на преобладание активных копинг-стратегий в структуре поведения у детей II группы, их более развитую ресурсную систему и адекватно сформированные ценностные ориентиры, они также как и дети I группы нуждаются в специальном развитии составляющих феномена антинаркотической устойчивости.

Полноценное развитие свойств антинаркотической устойчивости в первую очередь предусматривает наличие разработанного позитивного жизненного сценария, а также наличие внутренних ресурсов, позволяющих реализовать жизненную программу. Сравнительный анализ двух групп испытуемых показывает существование двух типов личности с различной степенью устойчивости к наркотическим веществам. Большинство качеств личности, свойственных детям из исследуемой группы, препятствует построению позитивного жизненного сценария. Что касается второй контрольной группы участников нашего исследования – нельзя сказать, что дети этой группы беспроблемны. Наряду с тем, что в их психологическом портрете преобладают положительные черты характера (сравнительно с детьми первой группы), что способствует формированию у них в целом позитивного жизненного сценария, следует отметить наличие потенциально опасных предрасположенностей. Хотя эти предрасположенности и не носят довлеющего характера (как в случае детей первой группы), возможность перехода из второй группы в первую может быть весьма вероятной. Таким образом, сравнительный анализ дал несколько неожиданный результат относительно детей второй контрольной группы. Поэтому наряду с детьми «группы риска» их следует включать в профилактический процесс в полной мере.

Жизненные сценарии основываются в большинстве случаев на родительском программировании, которое ребенок воспринимает по трем причинам. Во-первых, оно дает жизни цель, которую в противном случае пришлось бы отыскать самому. Все, что делает ребенок, чаще он делает для других людей, обычно для родителей. Во-вторых, родительское программирование дает ему приемлемый способ структурировать свое время (то есть приемлемый и для его родителей). В-третьих, ребенку надо указывать, как поступать и делать те или иные вещи. Учиться самому интересно, но не очень-то практично учиться на своих ошибках. «Человек едва ли станет хорошим пилотом, если разобьет несколько аэропланов, предполагая, что выучится

на своих ошибках. Хирургу, например, нужен наставник, а не возможность удалять аппендицы один за другим, пока, наконец, не выяснится, что он сделал все неправильно» [E.Berne, 2001]. Родители, программируя жизнь своих детей, передают им свой опыт, все то, чему они научились

(или думают, что научились). Долгосрочная модель всегда предполагает сюжетную линию. И хотя результат предопределен родительским программированием в добрую или дурную сторону, ребенок может избрать свой собственный сюжет.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ В НАРКОТИЗАЦИИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

А.А.Марашева

г. Караганда

В настоящее время на проблеме беспрецедентного распространения наркотической зависимости в Республике Казахстан сконцентрировано внимание более или менее ответственной части общества. Это и понятно: масштабы и значение данной проблемы таковы, что игнорирование или даже просто недостаточная степень внимания к распространению наркотизма может обернуться ценой «потерянного поколения» для Республики, и без того находящейся в зоне демографического кризиса [Катков А.Л., 2002].

В переходный период развития нашего общества молодое поколение находится в очень сложной социально-психологической ситуации. В значительной мере разрушены прежние, устаревшие стереотипы поведения, нормативные и ценностные ориентации. Выработка новых происходит медленно и хаотично. Молодые люди утрачивают ощущение смысла происходящего и не имеют определенных жизненных навыков, которые позволили бы сохранить свою индивидуальность и сформировать здоровый и эффективный жизненный стиль. Молодежь и особенно дети, находясь под воздействием хронических, непрерывно возрастающих интенсивных стрессовых ситуаций, не готовы к их преодолению и страдают от их последствий [Кошкина Е.А., 2002]. Это побуждает искать средства, помогающие уходить от тягостных переживаний, и здесь на первое место вышла наркотизация детей, а также различные виды других негативных зависимостей.

С другой стороны, отсутствие необходимых знаний, навыков и современных социально-адаптивных стратегий поведения у взрослой части населения – родителей, педагогов – не позволяет им оказывать необходимое воспитательное воздействие, психологическую и социальную поддержку. Дети и молодежь в целом оказались одиноки и психологически беспомощны в связи с утраченными связями со старшим поколением. Профессиональные группы лиц, работающие с ними, также нуждаются в выработке совершенно нового подхода к

взаимодействию со своими подопечными. Для того чтобы обучить их новым формам поведения, сформировать стрессоустойчивую и наркоустойчивую личность, способную самостоятельно, эффективно и ответственно строить свою жизнь, требуется, во-первых, самим обладать необходимыми для этого качествами, а во-вторых, обладать знаниями, умениями и навыками обучения способности конструктивно решать жизненные задачи, формировать ценности здоровой личности.

Имеются исследования отдельных семей, злоупотребляющих наркотическими веществами, дети в которых полностью отказываются от их употребления [Личко А.Е., Битенский В.С., 1991]. Анозогнозия и отрицание пагубного пристрастия у ребенка, гипо или гиперопека, жесткое обращение и эмоциональное отвержение со стороны родителей, особенно матери, являются толчком к аддиктивному поведению [Кулаков С.Я., 1989; Личко А.Е., Битенский В.С., 1999; Кулаков С.А., 1996; Белогуров С.Б., 1998; Соловов А.В., 1999, и др.]. Риск возникновения алкоголизма, наркомании и токсикомании при наличии аддиктивного поведения по данным D.Ladewig (1972) составляет 42%. Forslung (1970) установил, что алкогольное поведение матери оказывает существенное воздействие на алкоголизацию детей, прежде всего, дочерей, а алкогольное поведение отца более обуславливает алкоголизацию сыновей. В начале 80-х годов была выдвинута гипотеза о двух видах наследственности при алкоголизме. Один проявляется только в неблагоприятных социальных условиях, другой «чисто биологический ген алкоголизма» передается от отца к сыну и от матери к дочери [Bohman M. et al., 1981; Arciti C. et all., 1994; Ewing H., 1992; Макаров В.В., Гончарова Г.Н., Крыжановский Е.А., Литвинов Е.А., Грузман А.В., 1990]. Генетические аспекты алкоголизма изучались отечественными авторами, так у половины детей, страдающих токсикоманией, отцы страдают алкоголизмом [Антропов Ю.А. с соавт., 1989; Гунько А.А., 1991; Майский А.И.,

Салимов Р.М., 1995; Рожнова Т.М., 1996; Надеждин А.В., 1998]. По мнению Белогурова С.Б. (1998), патология беременности, осложненные роды, тяжело протекающие заболевания детского возраста, особенно нейроинфекции, легкая мозговая дисфункция, являются для ребенка факторами риска в отношении употребления психоактивные вещества.

В течение нескольких последних лет за наркологической помощью все чаще стали обращаться дети до 14 лет, при этом прослеживается отчетливая тенденция к снижению возраста первых проб и, как следствие, омоложение контингента наркологических больных. По данным на начало 2002 года в Республике Казахстан насчитывалось 1037 детей, употребляющих различные психоактивные вещества. Показатели первичной заболеваемости и болезненности на 100 тысяч детского населения в РК составили в 2001 году по общему классу психоактивных веществ, соответственно – 24,4 и 39,4. Первичная наркологическая заболеваемость среди детей в показателях на 100 тысяч населения Карагандинской области на 2001 год составила – 152,9 [Алтынбеков С.А., Катков А.Л., Мусинов С.Р., 2003].

За истекший год отмечается рост заболеваемости и болезненности детского населения в 2,8 и 1,5 раза, соответственно, а также общая тенденция к увеличению числа потребления летучих растворителей, алкоголя и опиоидов среди детского контингента [статистический сборник «Психиатрическая и наркологическая помощь населению Республики Казахстан за 2000-2001 годы»].

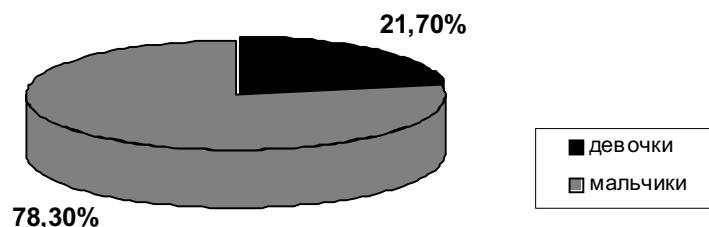
Таким образом, сложившаяся эпидемиологическая обстановка диктует необходимость изменения приоритетов, как в научной, так и в практической наркологии.

Исследуя роль возрастного фактора в динамике развития наркомании, Оганесян Н.В. (1987) установил, что вне зависимости от формы наркомании

ранний возраст приобщения к наркотикам в плане онтогенеза и прогноза заболевания играет двойную роль. С одной стороны, будучи результатом неблагоприятной комбинации предиспонирующих факторов (наследственная отягощенность, преморбидные личностные девиации, дефекты семейного и школьного воспитания, влияние асоциальной микросреды), он является фактором риска развития наркомании. С другой стороны, он выступает как патокинетически-патопластический фактор, определяющий, в целом, более прогредиентное течение заболевания и менее благоприятный, как в социальном, так и в клиническом плане, его прогноз.

Нами было проведено исследование с целью изучения клинико-эпидемиологического аспекта в наркотизации детей, употребляющих психоактивные вещества младшего школьного возраста. Целью исследования является изучение психопатологической отягощенности наследственности, желанность беременности у матери, наличие психодезадаптационных эпизодов у ребенка, характеристику процессов обучения у детей, употребляющих психоактивные вещества в младшем школьном возрасте. Всего выявленных «случаев» употребления психоактивных веществ в возрасте 7-11 лет - составило 60 детей (100%). Группа детей была сформирована при обследовании детским врачом психиатром-наркологом на основании данных о психических и поведенческих расстройствах в результате употребления психоактивных веществ. А также критерием включения в данную группу был уровень интеллектуального развития, который соответствует возрастным нормам.

По половому признаку в данную группу входило 78,3% мальчиков и 21,7% девочек младшего школьного возраста. Если проанализировать полученные результаты о личном опыте употребления психоактивных веществ, то мы можем сказать, что мальчики чаще употребляют психоактивные вещества, чем девочки.



Вероятно, это связано с общением в дворовых компаниях и недостаточным вниманием взрослых к проблеме наркомании у детей. На наш взгляд, это связано с тем, что мальчик и девочка изначально ориентированы на разные жизненные позиции. Девочкам отводится «пассивная» роль, мальчикам

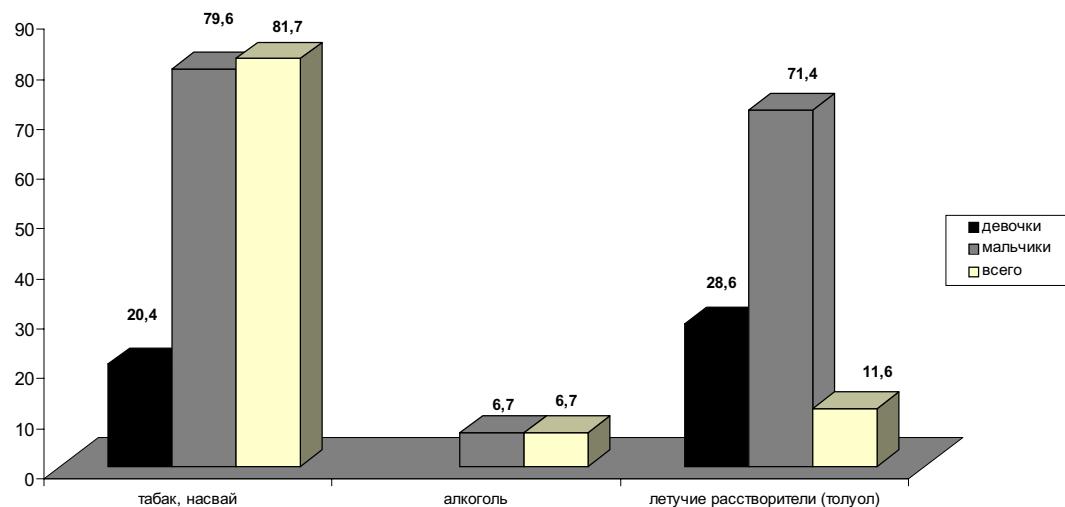
«активная». В гендерном аспекте реакции на наркотики становятся выражением всей ценностной системы ребенка. «Пассивная» и «активная» роль формирует разную систему ценностей, и отсюда ведет к различной мотивации деятельности, в том числе и к разным мотивам употребления

психоактивных веществ. Таким образом, мы считаем, что при разработке программ первичной профилактики, целью которых является формирование антинаркотической устойчивости, следует учитывать гендерные особенности отношения к психоактивным веществам, и в целом к проблеме наркомании у детей.

По возрастному критерию дети были распределены следующим образом: 11 лет – 23,3% детей; 10 лет – 23,3%; 9 лет составили 21,7%; в возрасте 8 лет – 16,7% детей и 7 лет составили 15%. В 51,7% случаев психические и поведенческие расстройства в результате употребления психоактивных веществ имели синдром зависимости, который определялся на основании МКБ-10, соответствовали ей и снабжались кодом. Остальные 48,3% случаев – употребление психоактивными веществами более

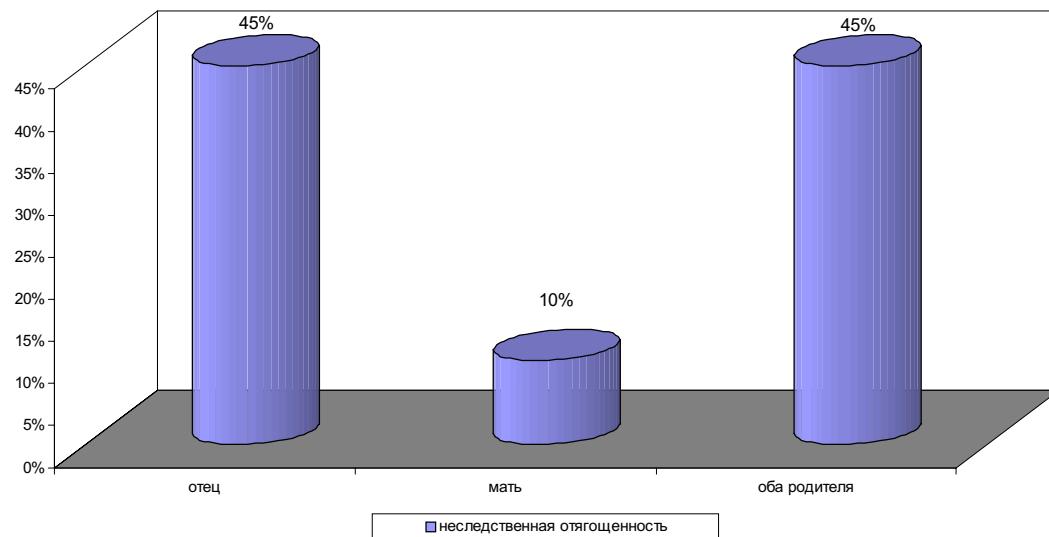
года. Распределение употребляющих психоактивных веществ показывает необходимость начала введения профилактических программ с дошкольного возраста.

По нозологии количество детей было следующим. Употребление табака и насыщай составило 81,7% детей, из них 79,6% мальчиков и 20,4% девочек. Количество детей, употребляющих летучие растворители, составило - 11,6%, из них 71,4% мальчиков и 28,6% девочек. Употребление алкоголя составило 6,7% мальчика. Здесь мы можем сказать о предпочтительности табака и насыщай у детей младшего школьного возраста. Такое обстоятельство можно связать с доступностью данного психоактивного вещества, такое же, как относящийся к группе летучих растворителей – толуол.



Исследуя психопатологическую отягощенность наследственности, мы получили следующие результаты. В данной группе у 33% не имеют таковую

отягощенность, а у 67% детей родители страдают алкоголизмом. Из них алкоголизм наблюдается у отца в 48% случаях, у матери 10% и у обоих родителей 45% случаях.



Члены семьи, злоупотребляющие алкоголем и наркотическими веществами, являются одним из наиболее значимых факторов риска. Родители формируют основные жизненные ценности и нормы поведения ребенка. Для детей младшего возраста, родители являются непосредственным объектом для подражания. Асоциальное поведение родителей, низкий уровень образования, психологическая напряженность и конфликты являются факторами высокого риска злоупотребления алкоголя детьми.

При сборе анамнеза мы делали акцент на желанность беременности у матери. В 21,7% случаях о беременности матери установить не удалось, так дети были из детского дома. Но в 78,3% случаях мы выявили, что у 74,5% матерей данная беременность была желанна, а 25,5% матерей хотели иметь

ребенка в данном случае. Вступая в жизнь, младенец, с одной стороны, имеет дело с неведомым ему миром, а с другой – с хаосом своих собственных чувств. Мать находится рядом с ним, чтобы удовлетворить его потребности – как биологические (пища, гигиена), так и эмоциональные и позитивные. Именно она упрочивает его неокрепшее «Я» ребенка и дает ему первое представление о мире и именно отношения мать-ребенок, являются главной предпосылкой и основным источником развития личности ребенка.

Исследуя клинико-эпидемиологический аспект в наркотизации детей, мы делали акцент на наличие психодезадаптационных эпизодов в детстве. Полученные результаты мы разделили на несколько групп.

Установлено:	
- органического типа (ночной энурез, головные боли, ночные страхи, крики, снохождения, судорожные реакции пароксизмы);	88,3%
- невротические двигательные расстройства (тики, мутизм, заикание);	37,7%
- аффективные расстройства (фобии, депрессивные реакции, повышенная возбудимость);	26,2%
- гиперактивность, расторможенность	8,2%
- не было	21,3%
Не установлено	11,7%

При изучении характеристики процессов обучения детей, употребляющих психоактивные вещества и входящих в данную группу, мы получили следующие результаты. У 7% детей трудностей в процессе обучения не наблюдается, школьный материал осваивает с легкостью. В остальных случаях 93% детей испытывают трудности в обучении, из них постоянные 26,8% и эпизодические трудности в усвоении школьного материала 73,2% детей младшего школьного возраста. Связь затруднения в учебе разделилась на две категории. Трудности, связанные с нарушением поведения – у 28,6% детей, связанные с нарушением процессов общения наблюдаются у 19,6% детей и трудности сочетанного характера отмечается у 51,8% детей.

Таким образом, сложившаяся клинико-эпидемиологическая наркологическая обстановка диктует необходимость изменения приоритетов, как

в научной, так и практической наркологии. Столь масштабная задача может быть решена лишь путем объединения всего общества для выработки системы мер, позволяющих переориентировать молодых людей на принципиально иные способы преодоления трудностей и приобретения истинно позитивного жизненного опыта. Как видится на сегодняшний день, системообразующими факторами антинаркотической политики является профилактическое развитие антинаркотической устойчивости населения и поэтапное вытеснение психоактивных веществ из сферы человеческих потребностей. Это говорит о необходимости формирования у детей, начиная с дошкольного и младшего школьного возраста, феномена антинаркотической устойчивости, под которой понимают совокупность личностных свойств, ведущих к стойкому отказу от употребления психоактивных веществ, в каких бы то ни было ситуациях.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГРАФИЧЕСКОЙ МЕТОДИКИ «ЧЕЛОВЕК ПОД ДОЖДЁМ» ПРИ ДИАГНОСТИКЕ КОПИНГ-РЕСУРСОВ И ОСОБЕННОСТЕЙ ЗАЩИТНЫХ МЕХАНИЗМОВ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА

А.А.Марашева, Н.Г.Владимирова

Дети со свойственной этому возрасту особой чувствительностью, оказываются наиболее незащищенными, уязвимыми, одинокими и психологически беспомощными перед жизненными трудностями. Часто они не готовы к новым жестким требованиям общества, не способны сделать самостоятельный выбор и взять на себя ответственность за своё поведение, за своё будущее, и поэтому оказываются в стрессовых ситуациях. Не обладая жизненными навыками, не умея выбирать эффективные способы снятия напряжения, которые давали бы им возможность сохранить свою индивидуальность и сформировать здоровый и эффективный стиль жизни, они неправляются с многочисленными проблемами. Это приводит к дезадаптивному и саморазрушающему поведению, в том числе, злоупотреблению наркотиками и другими психоактивными веществами. До настоящего момента первичная профилактика проводилась, начиная с подросткового возраста, так как подростки в силу особенностей возраста считались наиболее вероятной группой риска. Но по данным последних исследований среди подростков возрастает процент, уже употребляющих психоактивные вещества. Следовательно, существует необходимость изучения особенностей феноменов антинаркотической устойчивости в более раннем возрасте.

Одной из составляющих феномена антинаркотической устойчивости является сила Эго (Катков А.Л.), способность преодолевать неблагоприятные ситуации, противостоять им, а также наличие личностных резервов, т.е. копинг-ресурсов и особенностей защитных механизмов. Важным аспектом психологических исследований копинг-поведения в наркологии является изучение социальной поддержки как фактора, уменьшающего стресс. Авторами исследовалась значимость социальной поддержки в совладании с проблемой, изучалось восприятие социальной поддержки больными алкоголизмом и наркоманиями. В.М.Ялтонский отмечает, что люди, получающие эффективную помощь (социальную поддержку) от семьи, друзей, значимых для них лиц и социальных групп, отличаются более крепким здоровьем, легче переносят жизненные трудности, более устойчивы к развитию различных заболеваний. Н.А.Сирота показала важную роль социально-поддерживающего процесса в преодолении стрессовых ситуаций. Н.А.Сирота также установила, что в детском возрасте развиваются как базисные, так и ситуационно-специфические

копинг-стратегии, определяющие формирование индивидуального копинг-поведения, которое по мере возрастания становится основой жизненного стиля личности. Для диагностики данного феномена в детском возрасте нами была применена методика «человек под дождем».

Хорошо известно, что проективные рисуночные методики легко субъективно управляемы, не вызывают опасений, просты в проведении, а также дают возможность активно использовать их в приложении к психодиагностическому интервью и различным коррекционным и терапевтическим техникам [Спиваковская А.С., 1988; Хоментавас, 1983].

Графическая психоdiagностическая методика «Человек под дождём», предложенная Е.В.Романовой ориентирована на выделенные нами качества. В соответствии с инструкцией испытуемому предлагалось нарисовать на листе бумаги человека, а затем, на другом таком же листе – человека под дождём. Сопоставлялись оба рисунка, что позволяло определить, как человек реагирует на стрессовые, неблагоприятные ситуации, что он чувствует при затруднениях. Все высказывания испытуемого фиксировались, затем проводилась дополнительная беседа, направленная на выявление того, какие копинг-ресурсы использует ребёнок в трудных ситуациях. В дальнейшем результаты методики обрабатывались с помощью контент-анализа. Данный метод, являясь проективным, накладывает минимальное количество ограничений на испытуемого и позволяет выявить глубинный личностный смысл.

Объектом исследования являются дети в возрасте от 7 до 11 лет, употребляющие и не употребляющие психоактивные вещества – 160 детей. Из них были сформированы две группы. В первую группу вошли 100 (100%) детей. Данная группа была обследована детским врачом психиатром-наркологом, на основании полученных данных было выявлено отсутствие употребления психоактивных веществ в анамнезе. В первую группу входило 68 мальчиков и 32 девочки младшего школьного возраста. По возрастному критерию дети были распределены следующим образом: 11 лет – 25 детей; возраст 10 лет – 24; 9 лет составили 20 детей; в возрасте 8 лет – 16 детей и 7 лет – 15 детей. Так же критерием включения в группу, был уровень интеллектуального развития, который соответствует возрастным нормам.

Всего выявленных «случаев», употребления психоактивных веществ в возрасте 7-11 лет -

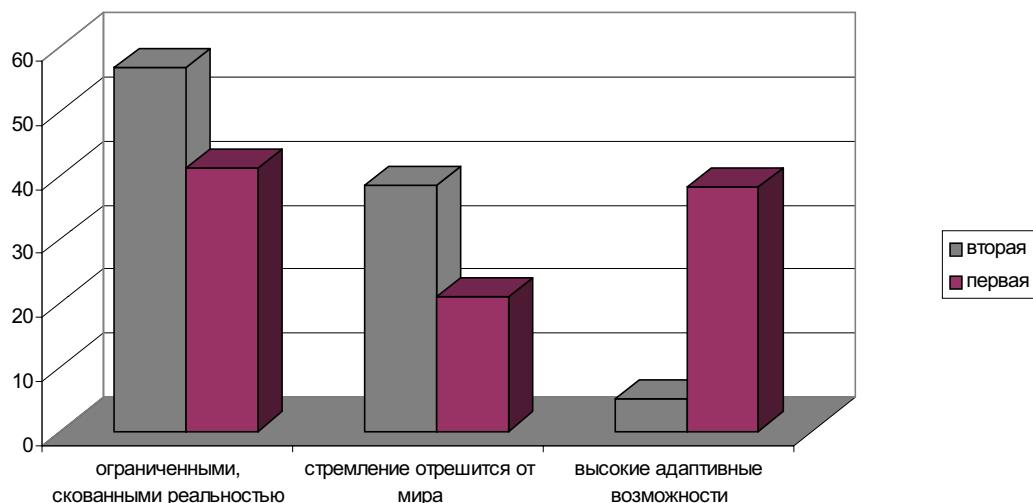
составило 60 детей (100%). Вторая группа детей была сформирована при обследовании детским врачом психиатром-наркологом на основании данных о психических и поведенческих расстройствах в результате употребления психоактивных веществ. А также критерием включения в данную группу, был уровень интеллектуального развития, который соответствует возрастным нормам.

В 31 случае (51,7%) психические и поведенческие расстройства в результате употребления психоактивных веществ имели синдром зависимости. Остальные 29 (48,3%) случаев – употребление психоактивными веществами более года.

Во вторую группу входило 47 (78,3%) мальчиков и 13 (21,7%) девочек младшего школьного возраста. По возрастному критерию дети были распределены следующим образом: 11 лет – 14 (23,3%) детей; 10 лет – 14 (23,3%); 9 лет составили 13 детей (21,7%); в возрасте 8 лет –

10 (16,7%) детей и 7 лет – 9 детей, что составило 15%.

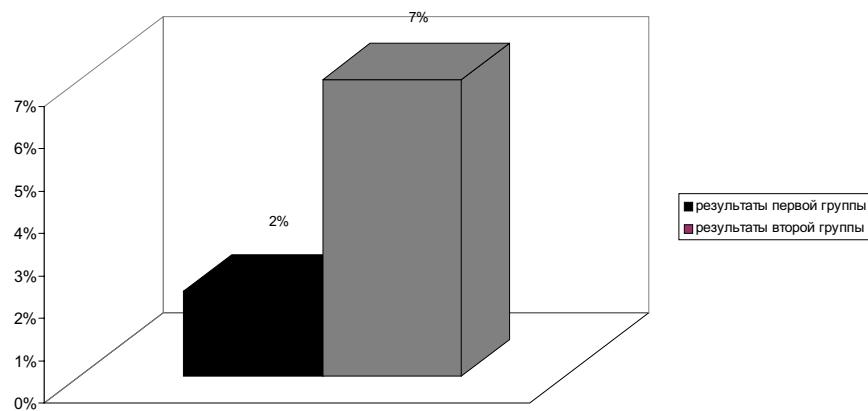
Анализируя результаты, мы видим, что большинство испытуемых группы чувствуют себя ограниченными, скованными реальностью, незащищенными, неудовлетворены занимаемой ролевой позицией, чувство неполноценности и компенсация физической слабости, эгоцентризм, тревожность, что составило – 56,6% во второй группе и в первой – 41%; В следующей группе испытуемых есть определенное стремление отрешится от мира, стремление к самозащите, желание стоять на своем, отказ от правил и норм, что составляет в II группе – 38,3% и I группе – 21%. Группа детей, которые имеют высокие адаптивные возможности, воспринимают мир, как доброжелательный, идут на уступки, находят компромисс в вопросах, связанных со взаимоотношениями со средой, во второй группе составило всего – 5%, а в первой – 38%.



В качестве одной из ведущих стратегий поведения в трудной ситуации дети второй группы выбирают стратегию поиска социальной поддержки – это активная поведенческая стратегия, при которой человек для эффективного разрешения проблемы обращается за помощью и поддержкой к окружающей его среде: семье, друзьям, значимым другим. Но, учитывая то социальное окружение,

в котором эти дети живут, мы можем предположить, что там они не получают никакой позитивной поддержки.

Воспринимая трудную ситуацию как постоянную, тяжёлую и пребывая в состоянии ожидания неприятностей, дети II группы в большей степени, чем дети I группы испытывают потребность в чувстве безопасности, защите и покровительстве.

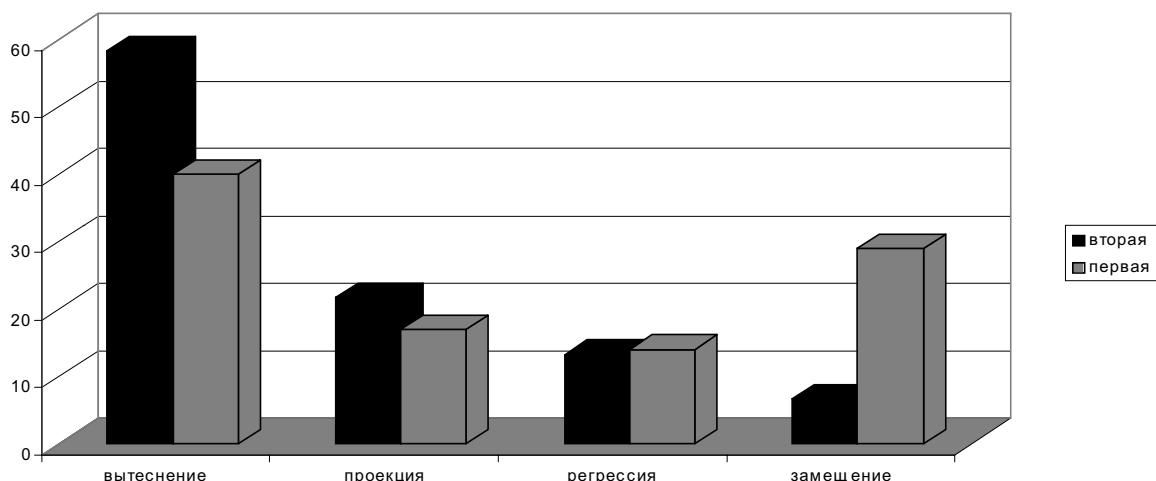


Стремление удовлетворить данную потребность побуждает детей обращаться к помощи взрослых и друзей. В тоже время у детей II группы наблюдается склонность к отрицанию поддержки, осторожности и защите. В процессе проведения исследования дети вспоминали ситуации, когда получали отказ на свою просьбу о помощи. Следовательно, можно сказать, что в их жизни присутствовал и негативный опыт поиска поддержки. Можно объяснить это трудностями, которые испытывают дети в процессе общения с взрослыми и сверстниками. Возможно они связаны с тем, что жизненный опыт и то социальное окружение, в котором они воспитывались, не дали им возможности сформировать значимое отношение к дружбе. В то время как в жизненном сценарии детей I группы дружелюбие занимает доминирующее положение, наряду с такими ценностями как доброта и отзывчивость. Для детей II группы более значимыми являются ловкость и драчливость, как качества личности, обеспечивающие решение жизненных проблем. Поскольку при столкновении со стрессовой ситуацией, дети испытывают эмоциональное напряжение, доминирующее эмоциональное состояние, в котором они находятся, это состояние страха и механизм совладания с данной стрессовой ситуацией для второй группы детей очень часто является агрессивное поведение. В позитиве эмоциональное напряжение должно преобразовываться в поисковую активность, т.е. в стратегию разрешения проблемы, при которой человек старается использовать все имеющиеся у него личностные ресурсы для поиска возможных способов эффективного разрешения проблемы. В группе детей, употребляющих

психоактивные вещества, данная стратегия наиболее слабо выражена, в то время как в структуре копинг-поведения детей I группы эта стратегия занимает ведущее положение. В кризисных ситуациях дети первой группы склонны обращаться к своим внутренним, личностным ресурсам или использовать поведенческие программы, заимствованные у значимых других. В поведении детей второй группы наблюдается минимальное использование своих внутренних ресурсов, возможно связанное с их недостаточным развитием или отсутствием навыков их использования. Трудности в социальной сфере, слабая адаптация, незрелость, преобладание пассивности над активностью приводят детей исследуемой группы к невозможности справиться с проблемой и её отвержению. Дети погружаются в себя, отрешаются от мира, избегая внешних стимулов, и в конечном итоге впадают в депрессивное состояние. Данное поведение многими авторами, в частности Н.А.Сиротой, рассматривается как пассивное копинг-поведение и одним из непродуктивных методов психологической защиты в данном случае является так называемая симптоматическая техника, под которой понимается употребление алкоголя, транквилизаторов и седативных препаратов.

Невозможность найти выход из проблемной ситуации ведёт к понижению самооценки в обеих группах детей, к появлению неуверенности в своих силах, ощущению малоценности, непониманию своей пользы, значимости, чувству отчуждённости. Подобное состояние тормозит дальнейшее развитие личности, в том числе и нравственное.

Далее в интерпретации методики делался акцент на защитные механизмы.



Мы выделили четыре основные защитные стратегии, которые выявились у детей в ходе исследования. Во второй группе «вытеснение», как «мотивированное забывание» представляет собой процесс удаления из осознания мыслей и чувств, причиняющих страдания, в результате такого действия

индивидуумы не осознают своих вызывающих тревогу конфликтов, а также не помнят травматических прошлых событий - 58,3%, в первой – 40%. Как защитный механизм по своей теоретической значимости «проекция» следует за вытеснением. Здесь идет приписывание собственных

неприемлемых мыслей, чувств и поведение другим людям или окружению - 21,7% и 17% соответственно. Можно сказать, что дети, употребляющие психоактивные вещества, чаще возлагают вину на кого-либо или что-нибудь за свои недостатки или промахи. Возврат к ребячливым, детским моделям поведения или «ретрессия» - данный механизм защиты свойствен детям во второй и первой группах - 13,3% и 14% соответственно. В защитном механизме, получившем название «замещение», проявление инстинктивного импульса переадресовывается от более угрожающего объекта или личности к менее угрожающему - 6,7% во второй и первой 29% соответственно. Особенности переживаний жизненных трудностей отражаются в способах их психологического преодоления, каждый из которых специфичен и отвечает одной из задач – решению реальной проблемы или её эмоциональному переживанию, корректировке самооценки или регулированию взаимоотношений с людьми.

Таким образом, на основе результатов, полученных по методикам «Человек под дождём», мы можем говорить о следующих тенденциях у детей первой группы: 1) ведущее положение в структуре копинг-поведения занимает стратегия разрешения проблем с использованием всех имеющихся личностных ресурсов; 2) доминирующими ценностными ориентирами являются дружелюбие, доброта, отзывчивость и борьба с негативными качествами личности. У детей второй группы: 1) преобладание эмоциональных переживаний в трудной ситуации над стратегией разрешения проблемы, отсутствие умений трансформировать их в различного рода поисковую активность, приводящее к

агрессивному или наоборот пассивному копинг-поведению; 2) ярко выраженная потребность в социальной поддержке, но недостаточное развитие коммуникативных навыков, что затрудняет формирование активных копинг-стратегий; 3) некоторое нравственное недоразвитие; 4) ценностными доминантами выступают взаимопомощь, храбрость, ловкость и драчливость.

Следует отметить, что стратегия вытеснения, как одна из ведущих поведенческих стратегий при формировании дезадаптивного поведения в равной степени присутствует в структуре копинг-поведения детей обеих групп. Использование этой стратегии обусловлено недостаточностью развития личностно-средовых копинг-ресурсов и навыков активного разрешения проблем. Дети в возрасте 7-11 лет ещё не обладают опытом анализа психотравмирующей ситуации, что связано с недостаточным развитием рефлексивного компонента личности, поэтому не могут адекватно отражать эту ситуацию. Следовательно, можно сделать вывод о том, что, несмотря на преобладание активных копинг-стратегий в структуре поведения у детей I группы, их более развитую ресурсную систему и адекватно сформированные ценностные ориентиры, они также как и дети II группы нуждаются в специальном развитии составляющих феноменов антинаркотической устойчивости.

Полноценное развитие свойств антинаркотической устойчивости, в первую очередь, предусматривает наличие разработанного позитивного жизненного сценария, а также наличие внутренних ресурсов, позволяющих реализовать жизненную программу.

ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

О РОЛИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЗ ГРУППЫ «ИРРИТИРУЮЩЕЙ ТРИАДЫ» В ГЕНЕЗЕ ПОГРАНИЧНОЙ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Е.К.Данияров, М.Т.Касимова, В.И.Шушкевич, Г.З.Уразгалиева

Под нашим наблюдением находилось 100 человек взрослого населения г. Рудного (70 женщин и 30 мужчин) в возрасте от 21 до 62 лет ($37,4 \pm 8,2$) проходивших лечение по поводу пограничной неврно-психической патологии в городской поликлинике и неврологическом отделении городской больницы г. Рудного.

Настоящее исследование проводилось в комплексе психотерапевтической и неврологических служб городской поликлиники и больницы, поэтому в группе больных у 100% - шейный вертебральный синдром, хронический холецистит и хронический тонзиллит соответственно у 35% и 25% случаев.

Именно при этих заболеваниях закономерно выявлялась периферическая симпатическая ирритация в виде болезненности вегето-сосудистых точек в местах прикрепления сухожильных мышц и фасций к костным выступам, изменение тоничности и чувствительности отдельных мышц и мышечных групп, что позволило ряду авторов отмеченную группу заболеваний (шейный вертебральный синдром, хронический тонзиллит, хронический холецистит) условно обозначить как «ирритирующую триаду» (В.Б.Захаржевский, Л.Л.Дмитриева и др. 1989 г.), для которых характерны гемодинамические расстройства общего и местного характера, затрагивающие и мозговое кровообращение, вызывающие гипоксию мозга и ограничивающие функциональные возможности корковых клеток в условиях психоэмоционального напряжения, что позволило выдвинуть гипотезу о роли циркулярной гипоксии в патогенезе невротических расстройств.

Отмечена зависимость между периферической симпатической ирритацией и характерными невротическими болевыми синдромами.

Нарастание интенсивности цефалгического (у 90% больных) и кардиалгического (у 60% больных) синдромов коррелировало с обострением шейного остеохондроза в весенне-осенние периоды.

Литература:

1. Неврозы: Экспериментальные и клинические исследования. Л., Наука, 1989. - С. 126-133
2. Шушкевич В.И. и соавт. «О роли ирритирующей триады» в генезе пограничной нервно-психической патологии у подростков // Вопросы ментальной медицины и экологии. - Т. 8. - № 3, 2002

Также прослежена связь между обострением хронического остеохондроза и шейного отдела в весенне-осенне время и срывом адаптивных возможностей организма на невротирующие воздействия. Причем, практически из всех больных преобладали пограничные психические расстройства в виде астеновегетативной, аффективной, абессивной и ипохондрической симптоматики, т.е. имели дело с контингентом больных неврозами и психосоматическими расстройствами.

Лечебный комплекс включал наряду со стандартным набором аналгетической, сосудистой, нейрологической, физиотерапии, в том числе блокад с 2% Sol.Novocain, проведение методов суггестивной психотерапии, эриксоновской психотерапии, музыкотерапии, иглорефлексотерапии.

В процессе лечения в обследуемой группе наблюдалось:

- изменение установок в отношении болезни – 80%;
- изменение самооценки в положительном плане у 45%;
- осознание больным причин возникновения невротических симптомов – 95%.

В среднем на 30% снизилось число обострений и дней нахождения на больничном листе вышеуказанных пациентов в сравнении с данными по группам больных, не принимавших в таком объеме психотерапевтической и неврологической помощи.

Таким образом, при определении эффективности терапии учитывались изменения в клинической картине и адаптации пациента, в частности, в соматической, психологической и социальной сферах, а также включалась и субъективная оценка с позиции самого пациента.

Таким образом, наличие у пациентов хотя бы одного заболевания из группы ирритирующей триады (в данном исследовании – шейного вертебрального синдрома), должно рассматриваться как соматогенный фактор риска развития невротической патологии.

-
-
3. Шушкевич В.И., Яшина В.А., Сорока Г.Р., Саенко П.П. «Об особенности психотерапевтической работы с группами длительно и часто болеющих пациентов» // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Т. 9. - № 1, 2003
4. Шушкевич В.И. «Об опыте психотерапевтической работы на промышленном предприятии» // Сб. Вопросы психотерапии и наркологии. – Кустанай, 1991. - С. 212
5. Шушкевич В.И., Литвинович А.Д. Об опыте комплексной психотерапевтической работы на базе поликлиники общесоматической сети // Вопросы ментальной медицины и экологии, 1997. – Т. 3. - № 3. – С. 28-31

ДИСКУССИОННАЯ ТРИБУНА

ПРИВЛЕКАТЕЛЬНОСТЬ РАБОТЫ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ – КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ВНУТРЕННЕГО ИМИДЖА ОРГАНИЗАЦИИ

И.А.Панарин

г. Барнаул

Рубеж XX и XXI веков в России ознаменовался возникновением нового подхода к проблемам государственной службы, поиском более гибких и открытых ее моделей, способных адекватно реагировать на стремительно меняющиеся ситуации не только внутри страны, но и в международном обществе. Основной вектор реформирования госслужбы нашел свое отражение в Федеральной программе «Реформирования государственной службы РФ (2003 - 2005 год)», принятой Указом Президента Российской Федерации от 19 ноября 2002 г. Пожалуй, впервые за многолетнюю историю развития нашего общества, проблеме кадрового потенциала государственной службы уделено столь пристальное внимание наряду с традиционно возникающими вопросами юридического, экономического и структурного порядка. Личность госслужащего, ее социально-психологические особенности, внутренний и внешний имидж учреждений государственной службы, специфика построения кадровой работы, учитывающие характерологическое своеобразие личности чиновника – вот тот неполный перечень вопросов, на которые пытаются по-новому взглянуть идеологи реформирования.

Проблеме изучения личности государственного служащего посвящено достаточное количество научных работ. Основные отечественные исследования посвящены: стереотипам восприятия государственных служащих (В.В.Дьякова); профессиональному становлению и социализации личности (С.В.Паирель; А.С.Огнев); этапам и факторам профессиональной карьеры (Е.А.Могилевкин; Д.Б.Волосевич); профессионально-ролевому поведению (М.Ю.Шейнис; Н.В.Долгова); особенностям ментальитета государственных служащих (Н.А.Ерина); особенностям и формированию ценностных ориентаций (Г.А.Гусева; А.В.Битуева); развитию и коррекции мотивации профессиональной деятельности (Е.В.Козиевская); влиянию различных личностных особенностей на повышение профессионализма (А.А.Деркач, Л.Э.Орбан; Ю.Н.Гончаров; А.Л.Емельянов); компетентности и ее развитию (И.Я.Елина); развитию профессионального Я (С.Ф.Мурашко); профессионально важных качеств (И.Б.Новосельская); развитию управлеченческих, аутопсихологических и коммуникативных способностей (Д.Л.Моисеев; В.В.Лешин).

Как видно из перечисленного, в современном научном сообществе проблемы исследования

внешнего имиджа государственной службы и государственного служащего изучаются достаточно интенсивно. Отдавая себе отчет в важности каждого из поставленных вопросов, нам бы хотелось большее внимание акцентировать на значимости проблемы внутреннего имиджа учреждения госслужбы.

Одним из аспектов данной проблемы является изучение общей привлекательности работы в учреждениях государственной службы для людей, исполняющих функции государства, т.е. чиновников.

Исследование общей привлекательности работы в структурах государственной службы осуществлялось нами на базе аппарата администрации Алтайского края. Исследование проводилось анонимно, данные каждого участника шифровались единым цифровым кодом (в случайном порядке в выборке). В исследовании приняло участие 174 сотрудника: из них женщин – 94 (54%), мужчин – 80 (46%). Возрастные параметры исследуемых: с 20 до 30 лет – 20 человек; с 30 до 40 лет – 32; с 40 до 50 лет – 52; с 50 до 60 – 62; старше 60 лет – 8 человек.

Исследование осуществлялось нами с помощью опросника «Оценка привлекательности культуры организации» (В.М.Снетков, Г.С.Никифоров, М.А.Дмитриев).

Авторы методики исходили из концепции возрастающего смыслообразующего значения социально-психологической системы (определенный уровень развития человека как специалиста и использование им своего физического, духовного потенциала и профессионального опыта, увеличение числа персонала организаций) для организаций.

Целостный поход к изучению организационной культуры заключается в рассмотрении в качестве основной культурной детерминанты организационного климата как совокупности объективных свойств организации (формальная структура, стиль руководства, цели организации и др.), с одной стороны, так и психологической среды (субъективные впечатления, восприятие организации ее работниками), с другой.

С помощью методики исследуются такие факторы культуры организации, как:

- содержание работы (потребность в творческой и напряженной работе, потребность в простой работе);
- утилитарная потребность (хорошие условия труда, материальное и финансовое обеспечение труда);

-
- потребность в хороших взаимоотношениях;
 - потребность в признании и личном авторитете;
 - мотивация (трудовая мотивация работника, участие персонала в управлении);
 - патриотизм (потребность в успехах организации, сплоченность коллектива организации);
 - организация труда в организации (определенность в организации труда, неопределенность в работе).

Данная методика позволяет оценить степень привлекательности корпоративной культуры, меру удовлетворенности аспектами культуры труда в организации, как для всех членов организации, так и индивидуально для каждого.

Анализ полученных данных показал, что у 72% работников аппарата администрации Алтайского края выражена потребность в работе, требующей творческого подхода, умственного, физического и эмоционального напряжения, и эта потребность удовлетворяется на их реальном рабочем месте (83% испытуемых) (шкала «Потребность в творческой и напряженной работе»).

Более половины государственных служащих (62%) считают привлекательной работу, не накладывающую большой ответственности, не вызывающей переутомления (шкала «Потребность в простой работе»). На госслужбе 26% испытуемых полностью реализовали данную потребность, а у 67% испытуемых эта потребность удовлетворена не полностью.

Хорошие условия для работы, как фактор ее привлекательности, важны для 67% выборки, на реальном рабочем месте эта потребность удовлетворяется у 22% испытуемых, а 68% государственных служащих в нашей выборке оценили условия своего труда как среднекомфортные (шкала «Хорошие условия труда»).

При оценке степени привлекательности работы для 84% испытуемых важным фактором является хорошее материальное и финансовое обеспечение труда, причем 71% респондентов высоко оценили данный показатель в своей реальной работе (шкала «Материальное и финансовое обеспечение труда»).

В нашей выборке 74% работников аппарата администрации Алтайского края при поступлении на работу ожидают, что попадут в коллектив, в котором сформировались хорошие и дружеские взаимоотношения между сотрудниками. 38% испытуемых реализовывают эту потребность в своем коллективе, а 57% оценили степень благоприятности взаимоотношений в своем подразделении как среднюю (шкала «Потребность в хороших взаимоотношениях»).

Исследование показало, что у 52% испытуемых высоко развита потребность в признании их работы как важной для деятельности всей организации, в оценке их как сотрудников, чья квалификация и компетентность являются ценностью для компании, а у 45% испытуемых потребность в признании и

авторитете выражена на среднем уровне. На реальном рабочем месте данная потребность полностью удовлетворяется у 12% испытуемых, 66% испытуемых считают, что данная потребность реализуется на среднем уровне. А 22% госслужащих указали, что не могут достичь признания своей компетентности и важности своего труда для организации (шкала «Потребность в признании и личном авторитете»).

Для 74% испытуемых работа в организации, в которой создаются условия для развития трудовой мотивации, является среднепривлекательной. При оценивании степени привлекательности культуры своей организации, 81% испытуемых указали, что организации, в принципе, свойственно использовать разнообразные средства формирования трудовой мотивации персонала (шкала «Трудовая мотивация работника»).

У 69% работников аппарата администрации Алтайского края желание принимать участие в управлении подразделением имеет средневыраженный показатель. В формулировании целей развития организации и построении планов 40% испытуемых считают, что возможность принимать участие в управлении организацией, в которой они работают, не осуществима (шкала «Участие персонала в управлении»).

Исследование показало, что у 36% испытуемых ярко выражена потребность в успехах организации, в которой они работают, в росте производительности и качестве труда ее сотрудников, а у 61% испытуемых данная потребность реализована на среднем уровне. Однако 81% хотели бы стать сотрудниками организации, в которой каждый работник проявляет высокую личную заинтересованность в ее успехах (шкала «Потребность в успехах организации»).

Среди работников аппарата администрации Алтайского края 62% сотрудников при поступлении на работу ожидают, что попадут в сплоченный коллектив, где все сотрудники нацелены на достижение общих целей. 33% испытуемых реализовывают эту потребность в своем коллективе, а 65% оценили степень сплоченности коллектива в своем подразделении как среднюю (шкала «Сплоченность коллектива организации»).

Анализ данных, полученных по шкале «Определенность в организации труда», показал, что у 74% испытуемых выражена потребность в планировании труда и его рациональной организации. Потребность удовлетворяется на работе у 29% испытуемых, а 69% оценили степень удовлетворенности этой потребности на своем рабочем месте как среднюю.

Исследование показало, что для идеальной организации 50% испытуемых оценили степень неопределенности в работе как среднюю, а 45% испытуемых не хотели бы в своей работе сталкиваться с отсутствием четких критериев оценки эффективности

работы, отсутствием социальных гарантий и неопределенностью целей и задач работы. Оценивая степень неопределенности на своем реальном рабочем месте, 57% государственных служащих считают, что в их подразделении средне выражена неопределенность в работе, а для 36% испытуемых – низкая неопределенность (шкала «Неопределенность в работе»).

На основе вышеизложенного, опишем портрет организации с благоприятной для эффективной работы организационной культурой. По мнению государственных служащих, в этой организации удовлетворяется потребность в творческой и напряженной работе, реализуется потребность в простой работе, созданы хорошие условия труда, налажено материальное и финансовое обеспечение труда, реализуется потребность в хороших взаимоотношениях между сотрудниками организации, высокая сплоченность коллектива, у каждого сотрудника привлекательной организации сформирована потребность в ее успехах, реализуется потребность в планировании и рациональной организации труда.

На среднем уровне удовлетворены потребности в признании компетентности и профессионализма, а также сформированного личного авторитета сотрудников.

Допустимо, чтобы недостаточно внимания уделялось трудовой мотивации работника, привлечению персонала к управлению компанией, а также существовала некоторая неопределенность в работе.

Портрет организационной культуры аппарата администрации Алтайского края, в котором работают наши испытуемые, несколько отличается от идеального. В их подразделении удовлетворяется потребность в творческой и напряженной работе, налажено материальное и финансовое обеспечение труда, реализуется потребность в хороших взаимоотношениях в коллективе, коллектив сплоченный, удовлетворяется потребность в успехах организации.

На среднем уровне удовлетворяется потребность в простой работе, не требующей физического и психологического перенапряжения, созданы приемлемые условия труда, уделено внимание формированию трудовой мотивации работника, на среднем уровне удовлетворена потребность в определенности организации труда.

Госслужащие отмечают, что в их работе недостаточно удовлетворяется потребность в признании и личном авторитете, персонал мало привлекается к управлению организацией, присутствует неопределенность в работе.

Анализируя степень удовлетворенности организационной культурой, сформированной в аппарате администрации Алтайского края, необходимо указать, что в целом испытуемым свойственна некоторая неудовлетворенность теми или иными аспектами корпоративной культуры. Особенную неудовлетворенность вызывают аспекты, касающиеся необходимости признания компетентности и профессионализма работников, а также личного авторитета сотрудников, условий труда в государственном учреждении и определенности в организации труда, неудовлетворенности потребности в простой работе и успехах организации.

Причем более привлекательными аспектами культуры труда в государственной службе являются: возможность творческой и напряженной работы, материальное и финансовое обеспечение труда, формирование трудовой мотивации работника.

Необходимо отметить, что существует высокая значимая и положительная корреляция между профилем организационной культуры идеальной организации и профилем реальной корпоративной культуры, сформированной в государственном учреждении, что говорит об их согласованности в восприятии внутреннего имиджа организации.

РЕЗЮМЕ

ПСИХОТЕРАПИЯ, ЦЕНТРИРОВАННАЯ НА ПСИХОТЕРАПЕВТЕ (ОПЫТ СОЗДАНИЯ ИНТЕГРАТИВНОЙ МОДЕЛИ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ)

С.В.Петрушин

Для рассмотрения нами предлагается интегративная модель психотерапевтической помощи, которая условно обозначается как «резонансное консультирование (р-консультирование)». Основное отличие этого метода заключается в том, что психотерапевт выступает не в отстраненной исследовательской позиции (как, например, в психоанализе), не в диалоге двух личностей – психолога и клиента (гуманистический подход), а становится «частью» личности клиента. Поэтому, наблюдая за собой, психотерапевт получает всю необходимую информацию о клиенте. Для этого психотерапевт должен уметь вступать в особые резонансные взаимоотношения.

ОБЩАЯ МЕТОДОЛОГИЯ ИНТЕГРАТИВНО-РАЗВИВАЮЩЕЙ, ДВУХУРОВНЕВОЙ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПАВ

В.В.Титова

Предлагаемая методика индивидуальной психотерапии зависимых от ПАВ основана на оригинальной концепции интегративно-развивающей психотерапии, концепции психологического здоровья – антинаркотической устойчивости, концепции необилитации. В статье рассматриваются глубинные уровни взаимодействия между психотерапевтом и клиентом, компоненты психологического здоровья, основные задачи психотерапии, семиурровневая модель инсайтов у пациентов и психотерапевтов.

ИНТЕГРАТИВНАЯ ТЕОРИЯ ГИПНОЗА И ГИПНОТЕРАПИИ В КОНТЕКСТЕ СОВРЕМЕННОЙ ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ ГИПНОЛОГИИ

Р.Д.Тукаев

Нами разработана интегративная теория гипноза, включающая нейрофизиологический, психологический и биологический компоненты. Гипнотизация основана на первичной или вторично-символической ситуации невозможности принятия или реализации решения. Переход от бодрствования в гипноз определяется переходом активирующей системы мозга с регуляции на активацию. Потенциал активирующей системы мозга при углублении гипноза возрастает. При развитии гипнотического состояния левое полушарие переходит на правополушарный режим функционирования, т.е. наблюдается процесс, обратный специализации полушарий в онтогенезе. Это проявляется как физиологически, так и психологически. Гипнотический регресс восприятия актуализирует механизмы атрибутивной проекции. Биологические эффекты гипнотерапии определяются реакцией эустресса, порождаемой развитием состояния гипноза. Внушение регулирует интенсивность гипногенного стресса. Гипнотерапия есть процесс адаптации к коротким гипнотическим эустрессам.

МУЛЬТИМОДАЛЬНОСТЬ И ИНТЕГРАТИВНОСТЬ В КОНТЕКСТЕ РОССИЙСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Р.Д.Тукаев

Более года тому назад в преддверие Международного Конгресса «Психотерапия Европы - Психотерапия Азии» прошел базовый семинар по проблемам мультиmodalной российской психотерапии, затронувший ряд существенных проблем российской психотерапии.

ЭРИКСОНОВСКИЙ ГИПНОЗ КАК МОДЕЛИРОВАНИЕ СУБЪЕКТИВНОЙ РЕАЛЬНОСТИ

А.Н.Ушаков

С точки зрения предлагаемой гипотезы возникновения девиантных вариантов поведения, эриксоновский гипноз позволяет реконструировать реальность пациента в соответствии с социально принятой нормой. Предложенный М. Эриксоном метод позволяет уйти от термина болезнь и лечение к более адекватным с позиций современной психотерапии – неадаптивное поведение и моделирование субъективной реальности.

«ОГРАНИЧЕННАЯ» ВМЕНЯЕМОСТЬ В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

А.Т.Бабыкпаева

Одной из приоритетных задач Казахстанской судебной психиатрии является разработка критериев оценки психических расстройств, к которым может быть применена ст. 17 УК РК. На основании этих критериев могут быть предложены более четкие формулировки в ст. 17 УК РК.

МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕНИЯМИ В УМСТВЕННОМ И ФИЗИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ

М.Б.Байкенов, А.Ж.Кадырова, Н.А.Жаксылыков

Осуществление основных направлений учебно-воспитательного процесса в школах различных типов невозможно без учета психического здоровья школьников. Состояние психического здоровья детей дошкольного и школьного возраста вызывает особую тревогу, так как неврозы и психозы получили значительное распространение среди детей. Статистика показывает возрастание психоневрологических нарушений у детей Павлодарской области за 2001, 2002, 2003 годы.

И ЭТО ВСЕ О НЕМ... ГРАНДАКСИН ГЛАЗАМИ ПСИХИАТРОВ И ИНТЕРНИСТОВ

Г.Т.Бектаева, О.Н.Комарова

В рамках VI Российского национального конгресса «Человек и лекарство» состоялась дискуссия за «круглым столом», посвященная применению препарата грандаксин (тофизопам) в общемедицинской практике. Представительство венгерского фармацевтического завода «ЭГИС» в России пригласило на эту встречу ведущих специалистов в различных областях медицины, в результате чего присутствующие получили редкую возможность узнать оценку действенности грандаксина не только от психиатров и невропатологов, но и от интернистов.

ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОТДЕЛЬНЫХ КЛАССОВ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ (БЕЗ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ) ПО КАЗАХСТАНУ ПО ДАННЫМ ОФИЦИАЛЬНОЙ СТАТИСТИКИ ЗА ПЕРИОД 1992-2002 Г.Г.

Б.Б.Джарбусынова

В статье Б.Б.Джарбусыновой «Динамика распространенности отдельных классов психических и поведенческих расстройств (без психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ) по Казахстану по данным официальной статистики за период 1992-2002 г.г.» приводятся данные динамики

распространения психических и поведенческих расстройств среди населения Республики Казахстан и отдельных его групп (детское, подростковое население РК) по основным классам психических заболеваний, выделяемых в МКБ-10 за период 1992-2002 г.г. Анализируется динамика показателей первичной и общей заболеваемости по Республике в целом. Делаются выводы о росте распространения психической патологии среди населения РК по отдельным классам психических заболеваний, а также об активности служб психического здоровья в плане выявляемости истинного уровня психических расстройств.

ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ (БЕЗ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ) ПО КАЗАХСТАНУ ПО ОФИЦИАЛЬНЫМ ДАННЫМ ПЕРИОДА 1992-2002 Г.Г.

Б.Б.Джарбусынова

В статье Б.Б.Джарбусыновой «Динамика распространения психических и поведенческих расстройств (без психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ) по Казахстану по официальным данным периода 1992-2002 г.г.» приводятся данные динамики распространения психических и поведенческих расстройств среди населения Республики Казахстан и отдельных его групп (детское, подростковое население РК) за период 1992-2002 г.г. Анализируется динамика показателей первичной и общей заболеваемости как по Республике в целом, так и по регионам РК. Делаются выводы о росте распространения психической патологии среди населения РК, а также об активности служб психического здоровья в плане выявляемости истинного уровня психических расстройств.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ВЫСОКИХ, СРЕДНИХ И НИЗКИХ УРОВНЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО И ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СРЕДИ ГЕНДЕРНЫХ И ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ РК ПО ДАННЫМ 2001 ГОДА

Б.Б.Джарбусынова

В статье Б.Б.Джарбусыновой «Сравнительные характеристики распределения высоких, средних и низких уровней психологического и психического здоровья среди гендерных и возрастных групп населения РК по данным 2001 года» анализируются параллельные различия в распределении высоких, средних и низких уровней психологического и психического здоровья среди исследуемых групп населения РК по данным 2001 года.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОСНОВНЫХ ГРУПП ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ (ВЫСОКИЙ И НИЗКИЙ УРОВЕНЬ) НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ПО СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ ПАРАМЕТРАМ (ДАННЫЕ 2001 ГОДА)

Б.Б.Джарбусынова

В статье Б.Б.Джарбусыновой «Сравнительные характеристики основных групп психологического здоровья (высокий и низкий уровень) населения Республики Казахстан по социально-психологическим параметрам (2001 года)» проводится анализ социально-психологических характеристик различных групп населения РК, выделяемых по принципу принадлежности к высокому и низкому уровню психологического здоровья. Проиллюстрирована существенная разница практически по всем изучаемым параметрам. Аргументируется необходимость установления достоверной разницы по каждому параметру между исследуемыми группами населения РК. Делается вывод о целесообразности распределения населения по основным группам психологического здоровья.

УСТАНОВОЧНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОСНОВНЫХ ГРУПП ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ПО ДАННЫМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 2001 Г.

Б.Б.Джарбусынова, А.Л.Катков

В статье Б.Б.Джарбусыновой, А.Л.Каткова Установочные характеристики основных групп психического здоровья населения Республики Казахстан по данным эпидемиологического исследования 2001 г. проводится анализ социально-демографических и социально-психологических характеристик различных групп населения РК, выделяемых по принципу принадлежности к высокому, среднему, низкому уровням психического здоровья. Показано истинное распределение населения РК по основным уровням психического здоровья. Проиллюстрирована существенная разница между исследуемыми группами практически по всем изучаемым параметрам. Аргументируется необходимость установления достоверной разницы по каждому параметру между исследуемыми группами населения РК. Делается вывод о целесообразности распределения населения по основным группам психического здоровья.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОСНОВНЫХ ГРУПП ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ (ВЫСОКИЙ И СРЕДНИЙ УРОВЕНЬ) ПО СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИМ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ ПАРАМЕТРАМ

А.Л.Катков, Б.Б.Джарбусынова

В статье А.Л.Каткова, Б.Б.Джарбусыновой Сравнительные характеристики основных групп психического здоровья (высокий и средний уровень) по социально-демографическим и социально-психологическим параметрам проводится сравнительный анализ социально-демографических и социально-психологических характеристик различных групп населения РК, выделяемых по принципу принадлежности к высокому и среднему уровням психического здоровья. Проиллюстрирована существенная разница между исследуемыми группами практически по всем изучаемым параметрам. Делаются выводы о взаимозависимости изучаемых параметров с высоким или средним уровнями психического здоровья населения, а также о значимости полученных результатах в психогигиеническом и психопрофилактическом аспектах.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОСНОВНЫХ ГРУПП ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ (ВЫСОКИЙ И НИЗКИЙ УРОВЕНЬ) ПО СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИМ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ ПАРАМЕТРАМ

А.Л.Катков, Б.Б.Джарбусынова

В статье А.Л.Каткова, Б.Б.Джарбусыновой «Сравнительные характеристики основных групп психического здоровья (высокий и низкий уровень) по социально-демографическим и социально-психологическим параметрам» проводится сравнительный анализ социально-демографических и социально-психологических характеристик различных групп населения РК, выделяемых по принципу принадлежности к высокому и низкому уровням психического здоровья. Проиллюстрирована существенная разница между исследуемыми группами практически по всем изучаемым параметрам. Делаются выводы о взаимозависимости изучаемых параметров с высоким или низким уровнями психического здоровья населения, а также о значимости полученных результатах в психогигиеническом и психопрофилактическом аспектах.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОСНОВНЫХ ГРУПП ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ (ВЫСОКИЙ И НИЗКИЙ УРОВЕНЬ) НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ПО СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИМ ПАРАМЕТРАМ (ДАННЫЕ 2001 ГОДА)

А.Л.Катков, Б.Б.Джарбусынова

В статье А.Л.Каткова, Б.Б.Джарбусыновой «Сравнительные характеристики основных групп психологического здоровья (высокий и низкий уровень) населения Республики Казахстан по социально-демографическим параметрам (данные 2001 года)» проводится анализ социально-демографических различных групп населения РК, выделяемых по принципу принадлежности к высокому и низкому уровню психологического здоровья. Проиллюстрирована существенная разница практически по всем изучаемым параметрам. Аргументируется необходимость установления достоверной разницы по каждому параметру между исследуемыми группами населения РК. Делается вывод о целесообразности распределения населения по основным группам психологического здоровья.

КОМПЛЕКСНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПСИХИЧЕСКОГО И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РК ПО ДАННЫМ 2001 ГОДА

А.Л.Катков, Б.Б.Джарбусынова

В статье А.Л.Каткова, Б.Б.Джарбусыновой «Комплексные характеристики психического и психологического здоровья населения РК по данным 2001 года», выводятся обобщенные характеристики категорий психического и психологического здоровья.

РОЛЬ ЛИЧНОСТНЫХ И СИТУАЦИОННЫХ МЕХАНИЗМОВ, ОБУСЛОВЛИВАЮЩИХ ВОЗНИКНОВЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ПСИХОГЕННЫХ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ В СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ

Н.В.Мартемьянов, С.Б.Бисеналиев

В данной работе достаточно хорошо и глубоко представлен клинико-катамнестический анализ случаев возникновения психогенных депрессивных состояний. Изучено 172 больных, как имеющих психотические расстройства эндогенного уровня, так и считавшихся до совершения правонарушения психически здоровыми.

Отмечены различия форм депрессивного аффекта и степень дезорганизации психической деятельности у испытуемых.

Очевидна сложность диагностической и экспертной оценки психического статуса испытуемых, имеющих в структуре психопатологического состояния депрессивное расстройство.

КРИМИНОГЕННОСТЬ СРЕДИ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ И ПРОФИЛАКТИКА ОБЩЕСТВЕННО-ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ

К.Ж.Нургазин, М.Х.Мукушов, Т.Т.Камиев, Г.М.Темиралова, Р.У.Доланбаева

Нами обследованы 98 психически больных, совершивших уголовные правонарушения, из них 64,3% впервые выявлены во время освидетельствования на СПЭК, а из них 10,9% признаны невменяемыми и направлены на принудительное лечение, это свидетельствует о том, что больным не была оказана своевременная психиатрическая помощь. 23,5% состоящих на «Д» учете больных признаны невменяемыми. Этот показатель свидетельствует о недостаточности лечебно-социальных мероприятий.

В целом, из 98 больных лиц 15,5% признаны невменяемыми, одним из факторов несвоевременного оказания психиатрической помощи является принцип добровольной госпитализации больных. Но при этом категория больных без критики не получают своевременную психиатрическую помощь; болезненный процесс прогрессирует и проводит к ООД. В связи с этим мы считаем, что с целью профилактики

ООД, во-первых, необходимо расширить показания для недобровольной госпитализации психически больных лиц.

Во-вторых, для приближения медицинской психиатрической помощи населению нужно организовать прием психиатров в поликлиниках общего типа, в-третьих, необходимо в практике поддерживающей терапии чаще применять пролонгированные формы препарата.

Кроме того, профилактика ООД среди психически больных должна включать и социальную реабилитацию больного, восстановление нарушенных болезнью психических функций. Для части больных шизофренией, олигофренией, а также больных с дementными состояниями необходимо установление группы инвалидности, опеки или помещение в специализированные дома-интернаты для психохронников. Используя для этого пустующее или недостроенные здания, с предварительным их ремонтом, где предусмотрено как медицинское обслуживание, так и наличие пункта сотрудников УВД для обеспечения порядка проживания психически больных.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ДЕМОНСТРАТИВНО-ШАНТАЖНЫХ АУТОАГРЕССИВНЫХ ДЕЙСТВИЙ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Н.И.Распопова

Автоагрессивное поведение психически больных представляет собой интегративный результат сложного взаимодействия психопатологических, личностных и ситуационных факторов, доля участия которых в каждом конкретном случае неодинакова. Аутоагрессивное поведение в рамках психических заболеваний, согласно современным научным данным, рассматривается как вариант социально-психологической дезадаптации личности на патологическом уровне в условиях, как правило, неразрешённого внешнего и внутреннего конфликта. Когда экстремальные нагрузки падают на конституционально изменённую почву, имеет место трансформация приспособительного процесса с появлением патологических форм адаптации. Психотические же расстройства представляют в своей основе срыв всех направлений адаптации, то есть глобальную дезадаптацию с переходом на качественно новый регистр патологического реагирования.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНВАЛИДИЗАЦИИ ПО ПСИХИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ

Н.Л.Рудич, П.А.Рудич

Целью настоящего сообщения является попытка подтвердить это состоянием трудовой экспертизы за последние 3 года. На примере одного из общепсихиатрических женских отделений КОПБ нами исследованы некоторые параметры трудовой экспертизы психически больных.

ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЕ (ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЕ) ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Н.Л.Рудич, П.А.Рудич

Целью настоящего исследования является попытка выявить механизмы корреляции между длительностью и частотой ремиссии, с одной стороны, и характером примененной поддерживающей (противорецидивной) терапии с другой.

Нами катамнестически изучено 30 больных, выписанных из стационара и переведенных на амбулаторное поддерживающее лечение. Сроки катамнестического наблюдения – от одного года до трех лет.

**ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ЖИЗНЕННОГО СЦЕНАРИЯ У ДЕТЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ
ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА (НА ПРИМЕРЕ ОПЫТА ПРОВЕДЕНИЯ МЕТОДИКИ
«ДИАГНОСТИКА РАННЕГО ЖИЗНЕННОГО СЦЕНАРИЯ»)**

А.А.Марашева

Нами было проведено исследование с целью диагностики жизненных сценариев у детей 7-11 лет. Были сформированы две группы детей. Основная группа, в которую вошли 60 детей в возрасте от 7 до 11 лет, употребляющих психоактивные вещества более года и со сформированной зависимостью к ним. Степень зависимости определялась на основании МКБ-10, соответствуют ей и снабжены кодом. В контрольную группу входили дети неупотребляющие психоактивные вещества в составе 100 человек.

Использовалась методика проективного опроса.

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ В НАРКОТИЗАЦИИ ДЕТЕЙ
МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

А.А.Марашева

Нами было проведено исследование с целью изучения клинико-эпидемиологического аспекта в наркотизации детей, употребляющих психоактивные вещества младшего школьного возраста. Целью исследования является изучение психопатологической отягощенности наследственности, желанность беременности у матери, наличие психодезадаптационных эпизодов у ребенка, характеристику процессов обучения у детей, употребляющих психоактивные вещества в младшем школьном возрасте. Всего выявленных «случаев» употребления психоактивных веществ в возрасте 7-11 лет составило 60 детей (100%). Группа детей была сформирована при обследовании детским врачом психиатром-наркологом на основании данных о психических и поведенческих расстройствах в результате употребления психоактивных веществ. А также критерием включения в данную группу был уровень интеллектуального развития, который соответствует возрастным нормам.

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГРАФИЧЕСКОЙ МЕТОДИКИ «ЧЕЛОВЕК ПОД ДОЖДЁМ»
ПРИ ДИАГНОСТИКЕ КОПИНГ-РЕСУРСОВ И ОСОБЕННОСТЕЙ ЗАЩИТНЫХ
МЕХАНИЗМОВ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ
ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА**

А.А.Марашева, Н.Г.Владимирова

Важным аспектом психологических исследований копинг-поведения в наркологии является изучение социальной поддержки как фактора, уменьшающего стресс. Авторами исследовалась значимость социальной поддержки в совладании с проблемой, изучалось восприятие социальной поддержки больными алкоголизмом и наркоманиями. Н.А.Сиротой установлено, что в детском возрасте развиваются как базисные, так и ситуационно-специфические копинг-стратегии, определяющие формирование индивидуального копинг-поведения, которое по мере возрастания становится основой жизненного стиля личности. Для диагностики данного феномена в детском возрасте нами была применена методика «человек под дождем». Объектом исследования являются дети в возрасте от 7 до 11 лет, употребляющие и не употребляющие психоактивные вещества – 160 детей. Всего выявленных «случаев» употребления психоактивных веществ в возрасте 7-11 лет составило 60 детей (100%).

О РОЛИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЗ ГРУППЫ «ИРРИТИРУЮЩЕЙ ТРИАДЫ» В ГЕНЕЗЕ ПОГРАНИЧНОЙ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Е.К.Данияров, М.Т.Касимова, В.И.Шушкевич, Г.З.Уразгалиева

В статье проанализирована эффективность комплексного подхода в терапии неврозов у взрослого населения г. Рудного (100 человек) за период 1999 – 2002 г.г. с сопутствующим шейным вертебральным синдромом.

Сделан вывод, что наличие у пациентов хотя бы одного заболевания из группы ирритирующей триады (шейный вертебральный синдром, хронический тонзиллит, хронический холецистит) необходимо рассматривать как соматогенный фактор развития невротической патологии.

ПРИВЛЕКАТЕЛЬНОСТЬ РАБОТЫ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ – КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ВНУТРЕННЕГО ИМИДЖА ОРГАНИЗАЦИИ

И.А.Панарин

Рубеж XX и XXI веков в России ознаменовался возникновением нового подхода к проблемам государственной службы, поиском более гибких и открытых ее моделей, способных адекватно реагировать на стремительно меняющиеся ситуации не только внутри страны, но и в международном сообществе. Впервые за многолетнюю историю развития нашего общества, проблеме кадрового потенциала государственной службы уделено столь пристальное внимание наряду с традиционно возникающими вопросами юридического, экономического и структурного порядка. Личность госслужащего, ее социально-психологические особенности, внутренний и внешний имидж учреждений государственной службы, специфика построения кадровой работы, учитывающие характерологическое своеобразие личности чиновника – вот тот неполный перечень вопросов, на которые пытаются по-новому взглянуть идеологи реформирования.

SUMMARIES

PSYCHOTHERAPY, CENTERED ON PSYCHOTHERAPIST (EXPERIENCE OF CREATION OF INTEGRATIVE MODEL OF CONSULTATION)

S.V.Petrushin

For consideration the integrative model of a psychotherapeutic aid which is conditionally designated as “resonant consultation (r-consultation)” is offered. The basic difference of this method consists that psychotherapist acts not in the discharged research stand (as, for example, in a psychoanalysis), not in dialogue of two persons - the psychologist and the client (the humanistic approach), and becomes «part» of the person of the client. Therefore, observing of himself, psychotherapist receives all necessary information about the client. For this purpose psychotherapist should be able to enter in special resonant mutual relation.

GENERAL METHODOLOGY OF INTEGRATIVE - DEVELOPED, TWO-LEVEL INDIVIDUAL PSYCHOTHERAPY DEPENDENT FROM PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

V.V.Titova

The offered technique of individual psychotherapy dependent from psychoactive substances is based on the original concept integrative-developed psychotherapy, the concept of psychological health - antinarcotic resistance, the concept of neohabilitation. In the article deep levels of interaction between psychotherapist and the client, multipliers of psychological health, primary goals of psychotherapy, seven-level insight model at patients and psychotherapists are considered.

THE INTEGRATIVE THEORY OF HYPNOSIS AND HYPNOTHERAPY IN THE LIGHT OF MODERN THEORETICAL HYPNOLOGY

R.D.Tukaev

We develop integrative theory of hypnosis, which is based on neurophysiological, psychological and biological components. Hypnotization happens owing to primary, or secondary-symbolical, communicative hypnogenic situation of inability of decision-making or its implementation in movement. The transition from awaking to hypnotic state relies on transition of brain activation system from regulation of activation on its generation. The activation system's potential increases according as hypnosis depth increase. During hypnotic state development, the left hemisphere reverses to the right hemisphere function mode by ontogenetic inversion mechanisms. The hypnotic regressive reorganization of brain functioning to prepuberties stage envelops physiological and psychological levels. The hypnotic regress of subject's perception actualizes mechanisms of attributive projection. Hypnotherapy's biological effects are determined by eustress reaction, activating by hypnotic state development. Psychological suggestions act as regulator of hypnogenic stress intensity. The hypnotherapy is the process of adaptation to short hypnotic eustresses.

MULTIMODALITY AND INTEGRATION IN A CONTEXT OF THE RUSSIAN PSYCHOTHERAPY

R.D.Tukaev

More one than year ago in a threshold of the International Congress «Psychotherapy of Europe - Psychotherapy of Asia» has passed a base seminar on problems of the multimodal Russian psychotherapy, mentioned number of vital issues of the Russian psychotherapy.

ERICKSON'S HYPNOSIS AS MODELING OF A SUBJECTIVE REALITY

A.N.Ushakov

From the point of view of an offered hypothesis of occurrence of deviant variants of behavior, Erickson's hypnosis allows to reconstruct a reality of the patient according to socially accepted norm. The method offered by M. Erickson allows leaving from the term illness and treatment to more adequate from stands of modern psychotherapy - not adaptive behavior and modeling of a subjective reality.

THE «LIMITED» SANITY IN JUDICIAL-PSYCHIATRIC PRACTICE

A.T.Babykpaeva

One of priority problems of the Kazakhstan judicial psychiatry is development of criteria of an estimation of mental disorders to which the item 17 of criminal code of RK can be applied. On the basis of these criteria more precise formulations in an item of criminal code of RK can be offered.

MEDICAL-PEDAGOGICAL CORRECTIONAL SUPPORT OF CHILDREN WITH INTELLECTUAL AND PHYSICAL DEVELOPMENT LIMITATION

M.B.Baikenov, A.Z.Kadyrova, N.A.Zhaksylykov

Realization of the basic directions of teaching and educational process at schools of various types is impossible without taking into account mental health of schoolchildren. The condition of mental health of children of preschool and school age causes special alarm as neuroses and psychoses have received significant distribution among children. The statistics shows increase of psychoneurological disturbances at children of the Pavlodar region for 2001, 2002, 2003.

IT IS ALL ABOUT IT... GRANDAXIN EYES OF PSYCHIATRISTS AND INTERNISTS

G.T.Bektaeva, O.N.Komarova

Within the framework of VI Russian national congress «Person and medicine» round-table discussion was held, devoted to application of Grandaxin in medical practice. The representation of Hungarian pharmaceutical factory in Russia has invited to this meeting of leading experts in various regions of medicine therefore present have received a rare opportunity to find out an estimation of Grandaxin effectiveness not only from psychiatrists and neuropathologists, but also from internists points of view.

DYNAMICS OF PREVALENCE OF SEPARATE CLASSES OF MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS (WITHOUT MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS OWING TO THE USE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES) OVER KAZAKHSTAN ACCORDING TO OFFICIAL STATISTICS FOR THE PERIOD 1992-2002

B.B.Dzharbusynova

In B.B.Dzharbusynova's article «Dynamics of prevalence of separate classes of mental and behavioral disorders (without mental and behavioral disorders owing to the use of psychoactive substances) over Kazakhstan according to official statistics for the period 1992-2002» the data of dynamics of distribution of mental and behavioral disorders among the population of Republic of Kazakhstan and its different groups (children, adolescents) on the basic

classes of the mental diseases selected in the ICD-10 for the period 1992-2002 are cited. Dynamics of parameters of initial and general disease on Republic as a whole is analyzed. Conclusions on growth of distribution of a mental pathology among population on different classes of mental diseases, and also about activity of services of mental health by way of detectability of a true level of mental frustration are made.

DYNAMICS OF DISTRIBUTION OF MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS (WITHOUT MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS OWING TO THE USE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES) OVER KAZAKHSTAN ON THE OFFICIAL DATA OF THE PERIOD 1992-2002

B.B.Dzharbusynova

In B.B.Dzharbusynova's article «Dynamics of distribution of mental and behavioral disorders (without mental and behavioral disorders owing to the use of psychoactive substances) over Kazakhstan on the official data of the period 1992-2002» the data of dynamics of distribution of mental and behavioral disorders among the population of Republic of Kazakhstan and its different groups (children, adolescents) for the period 1992-2002 are cited. Dynamics of parameters of initial and general disease both on Republic as a whole, and on regions of RK is analyzed. Conclusions on growth of distribution of a mental pathology among population of RK, and also about activity of services of mental health by way of detectability of a true level of mental disorders are made.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF DISTRIBUTION OF HIGH, AVERAGE AND LOW LEVELS OF PSYCHOLOGICAL AND MENTAL HEALTH AMONG GENDER AND AGE GROUPS OF POPULATION OF RK ACCORDING TO 2001

B.B.Dzharbusynova

In B.B.Dzharbusynova's article «Comparative characteristics of distribution of high, average and low levels of psychological and mental health among gender and age groups of population of RK according to 2001» parallel distinctions in distribution of high, average and low levels of psychological and mental health among researched groups of population of RK according to 2001 are analyzed.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF THE BASIC GROUPS OF PSYCHOLOGICAL HEALTH (HIGH AND LOW LEVEL) OF THE POPULATION OF REPUBLIC OF KAZAKHSTAN ON SOCIAL-PSYCHOLOGICAL PARAMETERS (THE DATA OF 2001)

B.B.Dzharbusynova

In B.B.Dzharbusynova's article «Comparative characteristics of the basic groups of psychological health (a high and low level) the population of Republic of Kazakhstan on social-psychological parameters (2001)» the analysis of social-psychological characteristics of various groups of population of RK selected by a principle of a belonging to high and low level of psychological health are carried out. The essential difference practically on all investigated parameters is illustrated. Necessity of an establishment of an authentic difference on each parameter between researched groups of population of RK is given reason. It is judged expediency of distribution of the population on the basic groups of psychological health.

**ADJUSTING CHARACTERISTICS OF THE BASIC GROUPS OF MENTAL HEALTH
OF THE POPULATION OF REPUBLIC OF KAZAKHSTAN ACCORDING TO
EPIDEMIOLOGICAL RESEARCH OF 2001**

B.B.Dzharbusynova, A.L.Katkov

In B.B.Dzharbusynova's, A.L.Katkova's article "Adjusting characteristics of the basic groups of mental health of the population of Republic of Kazakhstan according to epidemiological research of 2001" the analysis of social-demographic and social-psychological characteristics of various groups of population of RK selected by a principle of a belonging to high, average, low levels of mental health are carried out. True distribution of population of RK on the basic levels of mental health is shown. The essential difference between researched groups practically on all investigated parameters is illustrated. Necessity of an establishment of an authentic difference on each parameter between researched groups of population of RK is given reason. It is judged expediency of distribution of the population on the basic groups of mental health.

**COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF THE BASIC GROUPS OF MENTAL HEALTH
(HIGH AND AN AVERAGE LEVEL) ON SOCIAL-DEMOGRAPHIC AND
SOCIAL-PSYCHOLOGICAL PARAMETERS**

A.L.Katkov, B.B.Dzharbusynova

In A.L.Katkova's, B.B.Dzharbusynova's article "Comparative characteristics of the basic groups of mental health (high and the average level) on social-demographic and social-psychological parameters" the comparative analysis of social-demographic and social-psychological characteristics of various groups of population of RK selected by a principle of a belonging to high and average levels of mental health are carried out. The essential difference between researched groups practically on all investigated parameters is illustrated. Conclusions on interdependence of investigated parameters with high or average levels of mental health of the population, and also about the importance the received results in psychohygienic and psychoprophylactic aspects are made.

**COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF THE BASIC GROUPS OF MENTAL HEALTH
(HIGH AND LOW LEVEL) ON SOCIAL-DEMOGRAPHIC AND
SOCIAL-PSYCHOLOGICAL PARAMETERS**

A.L.Katkov, B.B.Dzharbusynova

In A.L.Katkova's, B.B.Dzharbusynova's article «Comparative characteristics of the basic groups of mental health (a high and low level) on social - demographic and social - psychological parameters» the comparative analysis of social-demographic and social-psychological characteristics of various groups of population of RK selected by a principle of a belonging to high and low levels of mental health are carried out. The essential difference between researched groups practically on all investigated parameters is illustrated. Conclusions on interdependence of investigated parameters with high or low levels of mental health of the population, and also about the importance the received results in psychohygienic and psychoprophylactic aspects are made.

**COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF THE BASIC GROUPS OF PSYCHOLOGICAL
HEALTH (HIGH AND LOW LEVEL) OF THE POPULATION OF REPUBLIC OF KAZAKHSTAN
ON SOCIAL-DEMOGRAPHIC PARAMETERS (THE DATA OF 2001)**

A.L.Katkov, B.B.Dzharbusynova

In A.L.Katkova's, B.B.Dzharbusynova's article «Comparative characteristics of the basic groups of psychological health (a high and low level) of the population of Republic of Kazakhstan on social-demographic parameters (the data of 2001)» the analysis of social-demographic various groups of population of RK selected by a principle of a

belonging to a high and low level of psychological health are carried out. The essential difference practically on all investigated parameters is illustrated. Necessity of an establishment of an authentic difference on each parameter between researched groups of population of RK is given reason. It is judged expediency of distribution of the population on the basic groups of psychological health.

COMPLEX CHARACTERISTICS OF MENTAL AND PSYCHOLOGICAL HEALTH OF POPULATION OF REPUBLIC OF KAZAKHSTAN ON THE DATA OF 2001

A.L.Katkov, B.B.Dzharbusynova

In A.L.Katkova's, B.B.Dzharbusynova's article «Complex characteristics of mental and psychological health of population PK according to 2001», the generalized characteristics of categories of mental and psychological health are deduced.

ROLE OF THE PERSONAL AND SITUATIONAL MECHANISMS CAUSING OCCURRENCE AND DEVELOPMENT OF PSYCHOGENIC DEPRESSIONS IN JUDICIAL PSYCHIATRY

N.V.Martem'yanov, S.B.Bisenaliev

In the given work it is good enough and deeply submitted clinico catamnesis analysis of cases of occurrence of psychogenic depressions. It is investigated 172 patients, both having psychotic disorders of endogenous level, and considered before fulfilment of an offence mentally healthy.

Distinctions of forms of depressive affect and a degree of disorganization of mental activity at examinees are marked.

Complexity of a diagnostic and expert estimation of the mental status of the examinees having in structure of a psychopathological condition depressive frustration is obvious.

CRIMINOGENIC AMONG MENTALLY ILL PATIENTS AND PREVENTION OF SOCIAL-DANGEROUS ACTS

K.Z.Nurgazin, M.H.Mukushov, T.T.Kamiev, G.M.Temiralova, R.U.Dolanbaeva

98 mentally ill patients who have made criminal offences are surveyed, from them of 64,3 % for the first time are revealed during survey on forensic medical examination, and from them of 10,9 % are recognized deranged and directed on compulsory treatment, it testifies that the patient did not render a duly psychiatric aid. 23,5 % consisting on "D" the account of patients are recognized deranged. This parameter testifies to insufficiency of medical-social actions.

As a whole, from 98 ill persons 15,5 % are recognized deranged, one of factors of delayed rendering a psychiatric aid is the principle of voluntary hospitalization of patients. But thus a category of patients without criticism do not receive a duly psychiatric aid; disease process progresses and will lead to SDA. In this connection we count, that with the purpose of prevention of SDA, first, it is necessary to expand indications for not voluntary hospitalization mentally ill persons. Second, for approach of a medical psychiatric aid the population needs to organize reception of psychiatrists in polyclinics of the general type, thirdly, it is necessary to apply prolonged forms of a preparation in practice of supporting therapy more often.

Besides prevention of SDA among mentally ill patients should include and social rehabilitation of the patient, restoration of the mental functions broken by illness. For a part of patients with schizophrenia, oligophrenia, and also patients with demented conditions the establishment of group of physical inability, trusteeship or a room in the specialized houses-boarding schools for psychochronics is necessary. Using for this purpose empty or the unfinished buildings, with their preliminary repair where it is stipulated as health services, and presence of point of employees of the Department of Internal Affairs for maintenance about residing mentally patients.

PSYCHOPATHOLOGICAL MECHANISMS OF DEMONSTRATIVE-SQUEEZED AUTOAGGRESSIVE ACTIONS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

N.I.Raspopova

Autoaggressive behavior of mentally ill patients is represented with integrative result of complex interaction of psychopathological, personal and situational factors, which share of participation in each concrete case is not the same. Autoaggressive behavior within the framework of mental diseases, according to the modern scientific data, is considered as variant of a social-psychological desadaptation of the person at a pathological level in conditions, as a rule, the non-authorized external and internal conflict. When extreme loadings fall on constitutionally changed ground, transformation of adaptive process with occurrence of pathological forms of adaptation takes place. Psychotic disorders represent in the basis failure of all directions of adaptation that is a global desadaptation with transition to qualitatively new register of pathological reaction.

DYNAMICS OF PARAMETERS OF INCAPACITY ON MENTAL DISEASES

N.L.Rudich, P.A.Rudich

The purpose of the present message is attempt to confirm it a condition of labor examination for last 3 years. On an example of one of psychiatric female branches we investigate some parameters of labor examination of mentally ill patients.

SUPPORTING (ANTIRECURRENT) TREATMENT OF MENTAL DISEASES IN OUT-PATIENT CONDITIONS

N.L.Rudich, P.A.Rudich

The purpose of the present research is attempt to reveal mechanisms of correlation between duration and frequency of remission, on the one hand, and character applied supporting (antirecurrent) therapies with another.

It is investigated 30 patients discharged from hospital and transferred to out-patient supporting treatment. Terms of catamnesis observations are from one year till three years.

STUDYING OF FEATURES OF THE VITAL SCRIPT AT CHILDREN USING PSYCHOACTIVE SUBSTANCES (ON AN EXAMPLE OF EXPERIENCE OF REALIZATION OF THE TECHNIQUE «DIAGNOSTICS OF THE EARLY VITAL SCRIPT»)

A.A.Marasheva

We carried out research with the purpose of diagnostics of vital scripts at children of 7-11 years. Two groups of children were generated. The basic group is 60 children in the age of from 7 till 11 years using psychoactive substances more of year and with generated dependence from them. The degree of dependence was defined on the basis of the ICD-10, correspond to it and are supplied with a code. The control group 100 person included children not using psychoactive substances. The technique of projective interrogation was used.

CLINIC-EPIDEMIOLOGICAL ASPECT IN A NARCOTIZATION OF CHILDREN OF YOUNGER SCHOOL AGE

A.A.Marashova

We carried out research with the purpose of studying clinic-epidemiological aspect in a narcotization of children using psychoactive substances of younger school age. The purpose of research is studying psychopathological compromised of heredities, desired pregnancy at mother, presence of psychodisadaptative episodes at the child, the characteristic of processes of training at children using psychoactive substances at younger school age. In total revealed «cases» of the use psychoactive substances in the age of 7-11 years have made 60 children (100%). The group of children was generated at inspection by the children's doctor by the psychiatrist on the basis of the data on mental and behavioral disorders as a result of the use psychoactive substances. And also criterion of inclusion in the given group was the level of intellectual development which corresponds to age norms.

EXPERIENCE OF APPLICATION OF A GRAPHIC TECHNIQUE «PERSON UNDER RAIN» AT DIAGNOSTICS OF COPING-RESOURCES AND FEATURES OF PROTECTIVE MECHANISMS AT CHILDREN OF YOUNGER SCHOOL AGE USING PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

A.A.Marashova, N.G.Vladimirova

Prominent aspect of psychological researches of coping-behavior in a narcology is studying social support as the factor reducing stress. Authors investigated the importance of social support in coping with problem; the perception of social support by patients with addictions was studied. For diagnostics of the given phenomenon at children's age we applied a technique «person under rain». Object of research are children in the age of from 7 till 11 years, using and not using psychoactive substances - 160 children. In total revealed «cases» of the use psychoactive substances in the age of 7-11 years have made 60 children (100%).

ABOUT A ROLE OF DISEASES FROM GROUP «IRRITATION TRIADS» IN GENESIS OF BOUNDARY PSYCHOLOGICAL PATHOLOGY

E.K.Daniyarov, M.T.Kasimova, V.I.Shushkevich, G.Z.Urazgalieva

In the article efficiency of the complex approach in therapy of neuroses at adult population of Rudnyi town (100 people) for the period 1999 - 2002 with accompanying cervical vertebral syndrome is analyzed.

The conclusion is made, that presence at patients even one disease from group irritational (cervical vertebral syndrome, chronic tonsillitis, chronic cholecystitis) is necessary for considering triads as the somatogenic factor of development of a neurotic pathology.

APPEAL OF WORK IN ESTABLISHMENTS OF PUBLIC SERVICE - AS THE FACTOR OF FORMATION OF INTERNAL IMAGE OF THE ORGANIZATION

I.A.Panarin

The boundary XX and XXI centuries in Russia was marked by occurrence of the new approach to problems of public service, search of more flexible and open models, capable adequately to react to promptly varying situations not only inside the country, but also in the international community. For the first time for a long-term history of development of our society, so steadfast attention alongside with traditionally arising questions of the legal, economic and structural order is given to a problem of personnel potential of public service. The person of the state employee, its social-psychological features, internal and external image of establishments of public service, specificity of construction of the personnel work, taking into account distinctive originality of the person of the official - that incomplete list of questions at which ideologists of reforming in a new fashion try to look.