

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

**ВОПРОСЫ  
МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ  
И ЭКОЛОГИИ**

**Том VII  
№ 4  
2001**

**Москва-Павлодар**

---

---

### **РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:**

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

### **РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

**М. Асимов (Алматы); Н.А. Бохан (Томск); М.Е. Бурно (Москва); М.Х. Гонопольский (Хайфа); Ж.А. Доскалиев (Астана); В.Ю. Завьялов (Новосибирск); Р.Г. Илешева (Алматы); Н.А. Корнетов (Томск); Р. Кочунас (Вильнюс); Г.М. Кудьярова (Алматы); И.Е.Куприянова (Томск); С.Р. Мусинов (Астана); Х. Пезешкиан (Висбаден); В.В. Со-ложенкин (Бишкек); Л.А. Степанова (Томск); М.З. Таргакова (Алматы).**

**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) 45-00-56**

**E-mail: neovitae@nursat.kz**

---

---

---

---

# ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

## СОДЕРЖАНИЕ

### ПСИХОТЕРАПИЯ

#### УЧРЕДИТЕЛИ:

**Профессиональная  
Психотерапевтическая  
Лига**

**РГКП  
«Республиканский  
научно-  
практический центр  
медицинско-социальных  
проблем  
наркомании»**

**Том VII  
№ 4  
2001 год**

**выходит  
4 раза в год**

<i>Пезешиан Х.</i>		
Транскультуральная психотерапия и мультикультуральная консультация	7-10	
<i>Пезешиан Х.</i>		
Подходы к позитивной концепции семьи в 21 веке	10-18	
<i>Суатбаев Н.Р.</i>		
Опыт компьютеризации психологической диагностики	18-20	
<i>Тутер Н.В.</i>		
Панические атаки - проблема интрапсихических конфликтов и психоанализ	20-24	
<i>Файдыш Е.А.</i>		
К возможности использования (компьютерных) виртуальных технологий в трансперсональной психотерапии	24-29	
<i>Чернышева С.</i>		
Бессознательные аспекты виртуального общения	30-32	
<i>Шурупов Н.Н.</i>		
Историческое и этиопатогенетическое обоснование применения психоаналитического подхода в психотерапии больных тревожными фобическими расстройствами	32-43	
<i>Шурупов Н.Н.</i>		
Соотношение суггестивных и психоаналитических методик в психотерапии больных тревожными фобическими расстройствами	43-46	

### ПСИХИАТРИЯ

<i>Айдельдяев Б.С.</i>		
Особенности психопатологических механизмов общественно опасных действий психически больных в Республике Казахстан	47-50	
<i>Айдельдяев Б.С.</i>		
Социально-демографические особенности психически больных, совершивших общественно опасные действия	50-60	
<i>Миронов В.В.</i>		
Опыт использования компьютерной техники для нейрофизиологической диагностики в условиях психоневрологической больницы	61-63	
<i>Нуркатов Е.М.</i>		
Этнокультуральные особенности клиники псевдогаллюцинаторного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо	63-64	
<i>М.Р. Юнусов, В.В. Миронов</i>		
Клинико-социальная характеристика криминальных действий больных олигофренией по данным СПЭК Костанайской областной психиатрической больницы	65-66	

---

---

## НАРКОЛОГИЯ

*Алтынбеков С.А., Бутенко П.В.*

Оценка уровня распространения и типичные характеристики лиц с алкогольной зависимостью в Республике Казахстан 67-70

*Алтынбеков С.А., Денисова Е.В.*

Исследование распространенности наркоманий и типичные характеристики наркозависимых в Республике Казахстан 70-83

*Жаксылыкова М.Х., Красникова В.С.*

Исследование распространенности и типичные характеристики респондентов с зависимостью от табака 84-88

*Жолдасова Ж.*

Характеристика осведомленности населения РК о проблеме наркотизма 88-93

*Идрисова А.М., Джарбусынова Б.Б.*

Оценка личного отношения населения РК к проблеме наркомании 93-103

*Каражанова А.С.*

Оценка уровня осведомленности населения о проблеме наркотизма в Республике Казахстан в зависимости от возраста и уровня вовлеченности в орбиту наркотизма 103-109

*Молчанов С.Н., Красникова В.С.*

Представление населения о степени ответственности различных институтов и субъектов в отношении решения проблемы распространения наркозависимости в Республике Казахстан 110-115

*Нургазина А.З., Красникова В.С.*

Оценка уровня осведомленности населения Республики Казахстан о проблемах наркотизма в зависимости от распределения по уровням соматического, психического, психологического и социального здоровья 115-119

*Пак Т.В., Джарбусынова Б.Б.*

Оценка потенциального личного вклада населения РК в решение проблемы наркомании 120-124

*Тамтишева Д.Р., Джарбусынова Б.Б.*

Исследование предполагаемого уровня ответственности в отношении проблемы наркозависимости среди населения Республики Казахстан 125-130

*Системный указатель и библиография, опубликованных статей в журнале «Вопросы ментальной медицины и экологии» в 2001 году*

131-134

*Резюме*

135-145

---

---

# 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 VII  
№ 4  
2001  
Published 4 times  
in a year**

### PSYCHOTHERAPY

<i>Peseshkian H.</i>	
Transcultural psychotherapy and multicultural counseling	7-10
<i>Peseshkian H.</i>	
Approaches to the positive concept of family in 21 century	10-18
<i>Suatbaev N.R.</i>	
Experience of a computerization of psychological diagnostics	18-20
<i>Tuter N.V.</i>	
Panic attacks - a problem of intrapsychic conflicts and psychoanalysis	20-24
<i>Faidysh E.A.</i>	
To an opportunity of use of virtual technologies in transpersonal psychotherapy	24-29
<i>Chernyshova S.</i>	
Unconscious aspects of a virtual intercourse	30-32
<i>Shurupov N.N.</i>	
Historical and etiopathogenetic substantiation of application of the psychoanalytic approach in psychotherapy of patients with phobic disorders	32-43
<i>Shurupov N.N.</i>	
Ratio of suggestive and psychoanalytic techniques in psychotherapy of patients with disturbed phobic disorders	43-46

### PSYCHIATRY

<i>Aidel'dyaev B.S.</i>	
Features of psychopathological mechanisms of socially dangerous acts of mentally ill patients in Kazakhstan	47-50
<i>Aidel'dyaev B.S.</i>	
Social - demographic features of mentally ill patients, which have made socially dangerous acts	50-60
<i>Mironov V.V.</i>	
Experience of use of computerized technology for neurophysiological diagnostics in conditions of psychoneurological hospital	61-63
<i>Nurkatov E.M.</i>	
Ethnocultural features of clinic pseudohallucinatory variant of Kandinskiy-Clerambault syndrome	63-64
<i>Junusov M.R., Mironov V.V.</i>	
The clinic-social characteristic of criminal actions of oligophrenic person on data of forensic psychiatric examination in Kostanay regional psychiatric hospital	65-66

---

---

## NARCOLOGY

<i>Altynbekov S.A., Butenko P.V.</i>	
Estimation of a level of distribution and the typical characteristic of persons with alcoholic dependence in Kazakhstan	67-70
<i>Altynbekov S.A., Denisova E.V.</i>	
Research of prevalence of an addiction and typical characteristics of narcodependents in Kazakhstan	70-83
<i>Zhaksylykova M.H., Krasnikova V.S.</i>	
Research of prevalence and typical characteristics of respondents with tobacco dependence	84-88
<i>Zholdasova Zh.</i>	
The characteristic of awareness of the population of Kazakhstan about a problem of narcotism	88-93
<i>Idrisova A.M., Dzharbusynova B.B.</i>	
Estimation of the personal attitude of the population of Kazakhstan to a problem of an addiction	93-103
<i>Karazhanova A.S.</i>	
Estimation of a level of awareness of the population about a problem of narcotism in Kazakhstan depending on age and a level of involvement in an orbit of narcotism	103-109
<i>Molchanov S.N., Krasnikova V.S.</i>	
Representation of the population about a degree of the responsibility of various institutes and subjects concerning the decision of a problem of narcotism distribution in Kazakhstan	110-115
<i>Nurgazina A.Z., Krasnikova V.S.</i>	
Estimation of a level of awareness of the population of Kazakhstan about problems of narcotism depending on distribution on levels of somatic, mental, psychological and social health	115-119
<i>Pak T.V., Dzharbusynova B.B.</i>	
Estimation of the potential personal contribution of population of Kazakhstan in the decision of a problem of an addiction	120-124
<i>Tampisheva D.R., Dzharbusynova B.B.</i>	
Research of a prospective level of responsibility concerning a problem of narcotism among the population of Kazakhstan	125-130
<i>System index and bibliography of published articles in journal «Voprosy mental'noy medetsiny i ekologii» in 2001</i>	131-134
<i>Summaries</i>	135-145

---

---

## ПСИХОТЕРАПИЯ

### ТРАНСКУЛЬТУРАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И МУЛЬТИКУЛЬТУРАЛЬНАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

/Новый курс повышения квалификации и последипломного образования/

Х.Пезешкиан

г. Висбаден, Германия

“Проблемы, существующие в мире,  
нельзя решить тем же способом мышления,  
который послужил их возникновению”

Альберт Эйнштейн

#### I. Введение

Наш мир и наши пациенты изменились. Вследствие увеличивающейся глобализации с одной стороны и возникновения мультикультуральных обществ с другой, мы стоим перед необходимостью, а также требованием все больше и больше включать культуральные аспекты в нашу работу. Принятие во внимание фактора культуры в медицине и психотерапии требует, конечно, переосмысления –mono- к мультикультуральному подходу. Рамки, в которых происходит “терапевтическая встреча” между терапевтом и пациентом, изменились, так что сегодня мы можем уже говорить о закате эры monoculturalной психотерапии (Х.Пезешкиан, 1998). До этого культуральные факторы были все же мало принятыми в психотерапии (ср. DSM-III и DSM-III-R). Эта недостающая “культуральная чувствительность” (Кляйнманн, 1996) привела не только к неправильным диагнозам у этнических меньшинств, но и огласила призыв к культурально ориентированной психотерапии и психиатрии. С тех пор как были проведены первые исследования Эмилем Крепелином в 1904 на о. Ява по вопросу “сравнительной психиатрии”, стало медленно развиваться в психиатрии и психотерапии направление, которое занимается культуральными аспектами возникновения, частотностью, формами и терапией психических заболеваний в различных культурах (ср. Н.Пезешкиан, 1991; Пфейфер, 1994; Триаднис, 1995).

С 90-х годов, прежде всего в США, возникло движение, представители которого (в том числе Понтеротто, 1995) исходили из того, что помимо трех основных направлений психоанализа, бихевиоризма и гуманистической психологии должно быть рассмотрено “multicultural counseling” в качестве “четвертой силы” в психологии [fourth force] (Перерсен, 1991). По мнению американских ученых “...больше нельзя соглашаться с тем, что доценты и преподаватели... игнорируют ответственность за развитие мультикультуральной компетенции”. Кро-

ме того, “...мультикультуральная компетенция должна занимать такое же центральное место в сфере психотерапии [Counseling], как эмпатия и другие основополагающие коммуникационные способности” (Рейнолдс, 1995)

На практике реальность выглядит, к сожалению, все еще по-другому: Как показал недавно опубликованный обзор о транскультуральной образовательной программе в англоязычных медицинских университетах (Loudon et al., 1999), только дюжина ВУЗов предлагает по большей части лишь ограниченную несколькими часами программу.

Висбаденская Академия Психотерапии (WIAP) и присоединенные к ней образовательные учреждения занимаются с 1972 года повышением квалификации врачей в области психотерапии. Висбаденский круг последипломного образования психотерапии и семейной терапии (WIPF) уполномочен врачебной палатой земли Гессен проводить полное врачебное последипломное обучение в области психотерапии, а Висбаденская академия уполномочена Гессенским контрольным ведомством по врачебно-медицинским профессиям проводить полное психотерапевтическое обучение психологов и детских и юношеских психотерапевтов. Вот уже 30 лет наше учреждение занимается транскультуральной постановкой вопросов в психотерапии. В рамках нашей последипломной деятельности и научных исследований более 20 доцентов принимали участие в научных и учебных экспедициях более чем в 60 стран мира.

Висбаденский круг последипломного образования под руководством доктора Носсрата Пезешкиана провел высококачественное и эффективное исследование Позитивной Психотерапии, которое было удостоено в 1997 премии Ричарда Мертена.

На основе возрастающего терапевтического интереса к транскультуральным постановкам вопросов Висбаденская Академия Психотерапии разра-

---

ботала специальный курс обучения для последипломного образования в области транскультуральной психотерапии и мультикультуральной консультации (Counseling), который Вы найдете далее в кратком изложении. Этот курс повышения квалификации предназначен как для врачей и психологов стационарных отделений психиатрии и психотерапии соответственно психосоматической медицины и психотерапии, так и для официально допущенных частнопрактикующих врачей. С транскультуральной точки зрения особое внимание стоит обратить на 12 областей применения психотерапии у взрослых, составленные с Научным советом психотерапии федеральной врачебной палаты (2000).

**II. Транскультуральная проблематика** в частной жизни, на работе и в политике приобретает сегодня все большее значение. В намечающейся линии развития можно ожидать, что транскультуральная проблематика станет одной из существенных задач в будущем.

Поэтому мы отдельно рассматриваем транскультуральный метод, т.к. транскультуральная точка зрения дает материал для понимания индивидуальных конфликтов. Из этого следует, что этот аспект имеет чрезвычайно большое социальное значение: проблема иностранных рабочих, проблема помощи развивающимся странам, сложности, возникающие в общении с членами других культуральных систем, проблемы транскультуральных браков, предрассудки и их преодоление, альтернативные модели, происходящие из других культуральных рамок. В связи с этим могут быть затронуты также политические темы, которые вытекают из другой транскультуральной ситуации.

Занимаясь элементарными человеческими способностями, транскультуральная психотерапия способна общаться с людьми всех языков и социальных слоев, и эффективно перерабатывать транскультуральные проблемы. Этот метод предусматривает ответ на оба основных вопроса: Что общего имеют люди? Чем они различаются?

Так, с содержательной стороны конкретизируются такие динамические понятия как: потеря объекта, регрессия, страх расставания, нарциссизм. К наиболее ярким эпигенетическим готовностям к конфликтам и структурам переживаний прибавляется содержательный аспект, посредством которого в психотерапию добавляются социально психологические, общественные и культуральные факторы. Исходя из этих транскультуральных размышлений и этого представления, что различные индивидуальные идеи во многих отношениях соответствуют транскультуральным концепциям, мы можем также различным образом объяснять болезни и расстройства.

Достаточно часто мы видим, что на трудные жизненные ситуации люди реагируют болезнями.

Врачи и терапевты оказываются зачастую перед проблемой. Они не знают языка страны, не знают традиций и обычая пациентов, его семейную ситуацию и определяемый религией его жизненный ритм; часто они не знают также масштаб экономической нужды и боли, которую принесло с собой расставание с родиной. За этим фоном симптомы могут оказываться совсем по-другому, чем у немецкого пациента. Следствие этого - беспомощность врачей и терапевтов, которых отделяет от пациентов культуральная пропасть.

Вновь становится ясным, что ни одна из этих культуральных систем не является "хорошей". Их качество определяется только тем, как ониказываются на людях, которые в них живут, и насколько допускают их правила игры конструктивное рассмотрение других социокультуральных систем и их представителей. Так останется то, чему представители разных культуральных систем могли бы получится друг у друга, и так бы было, если они учились понимать друг друга.

Цель психотерапии состоит в отказе от своих культуральных, группспецифических, семейных и личных особенностей. Очень важно как раз проявление индивидуальной и культуральной неповторимости, если с другой стороны существует возможность перерабатывать возникающие конфликты. Проще говоря: Важно, чтобы каждый сохранил выученный язык, но также он должен уметь говорить на другом языке, с помощью которого он мог бы объясняться с остальными. Таким "языком" пытается овладеть транскультуральная психотерапия в качестве метакоммуникации, коммуникации для разрешения конфликтов.

### **III. Курс: Транскультуральная психотерапия и мультикультуральная консультация**

(Copyright: Wiesbadener Akademie für Psychotherapie GmbH, 2000)

Учебные цели:

- Развитие собственной культуральной чувствительности, терпимости и приемлемости культуральных различий (мультикультуральное сознание)
- Развитие транскультуральной компетенции, прежде всего, в психиатрическо-психотерапевтической работе с пациентами других культур
- Безопасность в обращении с транскультуральными конфликтами на уровне партнерства и семьи
- Понимание культуральных форм выражения здоровья и болезни (транскультуральная психосоматика)

Содержание семинаров (основные задачи):

1. Теория транскультуральной психотерапии, психиатрии и психосоматики

- 
- История и развитие транскультуральной психотерапии
  - Транскультуральные аспекты здоровья, болезни и лечения
    - Человеческий образ и культура
    - Картины болезни с транскультуральной точки зрения (в том числе страх, депрессия, суициальность, мания, психозы и психосоматические жалобы)
    - Психотерапия в различных культурах (в особенности в России, Восточной Европе, на Ближнем Востоке)
    - Традиционное искусство лечения и предотвращение
    - Научные выводы и положение науки в области транскультуральной психотерапии
    - Транскультуральная психосоматика

*2. Вербальное вмешательство при помощи специальных приемов для проведения первого транскультурального интервью и мультикультуральная психотерапия*

- Мультикультуральная и интеркультуральная настройка
  - Первое транскультуральное психотерапевтическое интервью
  - Глубокая психология, поведенческая терапия и гуманистическая психотерапия с транскультуральной точки зрения
  - Транскультуральная одиночная и семейная терапия
    - Вербальные и невербальные методы
    - Гарантия качества в рамках транскультуральной психотерапии
    - Психотерапия иммигрантов и меньшинств
    - “Культуральная проверка” психотерапевтических методов и приемов
    - Истории и сказки различных культур в рамках визуализации

*3. Транскультуральный самостоятельный опыт в собственной и чужой культуре*

- Знакомство со смертью и похоронной церемонией различных культур
  - Семьи и культура
  - Языковые барьеры между пациентами и терапевтом
  - Транскультуральный психотерапевт – человеческий образ и навыки
    - Транскультуральный вопросник и тест
    - Религия и психотерапия с транскультуральной точки зрения
    - Транскультуральные ошибки, в особенности в партнерстве
    - Социо-политическое измерение транскультурального сознания
  - Групповая цель: Курс направлен на психиат-

ров, психотерапевтов, психологов, сотрудников клиник и врачей.

- Длительность: Общий объем курса составляет 100 часов в течение 5 выходных (суббота-воскресенье). Каждый уикенд состоит из 18 часов практического и теоретического обучения. Заключительный семинар (с беседой) длится более 4 дней.

- Настройка (Дидактика последипломного образования): Обучение проводится в форме семинаров, практических примеров, показа видеоматериалов, маленьких групп, групповых дискуссий, знакомства с пациентами, Балиновы группы, семинары, психодрам и ролевых игр. Изучение англо- и немецкоязычной литературы по транскультуральной психотерапии (домашнее задание) помогут углубить полученные знания.

**История к введению в Транскультуральную Психотерапию: Один сад на крыше и два мира**

В саду на крыше одного дома спала одной летней ночью семья. Полная негодования смотрела мать на то, как ее невестка и сын спали вместе, тесно прижавшись друг к другу. Она не могла видеть эту картину и разбудила обоих, крикнув: “Как можно спать в такую жару, прижавшись друг к другу. Это же вредно для здоровья”. В другом углу сада спали ее дочь и уважаемый зять. Оба спали на некотором расстоянии друг от друга, почти на один шаг. Мать заботливо разбудила их и прошептала: “Мои любимые, как вы можете спать в такой холод так далеко друг от друга вместо того, чтобы согревать друг друга своим теплом?” Это услышала невестка. Она поднялась и громким голосом произнесла словно молитву: “Боже всемогущий. Сад – один, а климат такой разный”.

(из: Н. Пезешкиан, Купец и попугай. Восточные истории в Позитивной Психотерапии)

*Литература:*

1. Bundesärztekammer – Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2000) Anwendungsbereiche von Psychotherapie bei Erwachsenen. Deutsches Ärzteblatt 97, Heft 1-2 vom 10.1.2000, A-59.
2. Kleinman, A. (1996) How Is Culture Important for DSM-IV? In: J.E. Mezzich, A. Kleinman, H. Fabrega, D.L. Parron (eds.) Culture and Psychiatric Diagnosis – A DSM-IV Perspective. American Psychiatric Press, Washington, D.C.
3. Loudon, R.F., P.M. Anderson, P.S. Gill, S.M. Greenfield (1999) Educating Medical Students for Work in Culturally Diverse Societies. JAMA, Vol. 282, No.9, 875-880
4. Palmer, S., P. Laungani (eds.) (1999) Counselling in a multicultural society. Sage Publications, London.
5. Pedersen, P.B. (Ed.) (1991). Multiculturalism

as a fourth force in counselling [Special issue]. Journal of Counseling and Development, 70(1).

6. Peseschkian, H. (1998) Die Positive

Psychotherapie als transkultureller Ansatz in der russischen Psychotherapie. Habilitationsschrift (Dr.Med.Sc.) im Fachgebiet Psychiatrie und



medizinische Psychologie. Psychoneurologisches Forschungsinstitut Bechterew, St. Petersburg, Russland.

7. Peseschkian, N. (1991) Psychosomatik und Positive Psychotherapie. 40 Krankheitsbilder unter dem transkulturellen und interdisziplinären Gesichtspunkt. Springer, Heidelberg.

8. Pfeiffer, W.M. (1994) Transkulturelle

Psychiatrie, 2. Aufl., Thieme, Stuttgart

9. Reynolds, A.L. (1995) Challenges and Strategies for Teaching Multicultural Counseling Courses. In: J.G. Ponterotto et al. (eds.): Handbook of Multicultural Counseling. Sage Publications, Thousand Oaks (USA)

10. Triandis, H.C. (1995) Individualism and Collectivism. Westview Press, Boulder (USA)

## ПОДХОДЫ К ПОЗИТИВНОЙ КОНЦЕПЦИИ СЕМЬИ В 21 ВЕКЕ

Х.Пезешкиан

г. Висбаден, Германия

„Если ты думаешь об одном году, то посей зерно. Если ты думаешь о десятилетии, посади дерево. Если ты думаешь о столетии, воспитай человека“

*Восточная мудрость*

Введение: о сегодняшней ситуации

До наступления третьего тысячелетия нашей эры всего нескольких лет, и наше многонациональное глобальное сообщество пребывает в глубочайшем всеохватывающем кризисе. Имеется в виду многоуровневый кризис, грани которого затрагивают все аспекты нашей жизни – наше здоровье и наш образ жизни, состояние окружающей среды и наши общественные отношения, нашу экономику, технологии и политику. Это кризис на эмоциональном, интеллектуальном, моральном и духовном уровнях, всеохватывающий и всепроникающий, примеров

которому еще не было в истории человечества. Президент Всемирного центра по исследованиям тенденций Виллиам фан Дузен Висхард, высказал эту идею на отчете перед членами американского Конгресса (10.09.1993) в следующих словах: “Если мы взглянем на мир, то увидим, что вокруг происходит огромное количество событий в самых разных областях, а также то, что и у нас больше нет системы ценности, через которую можно было бы понять значение нынешнего времени...”<sup>1</sup>.

Как и весь мир, семья переживает сейчас пере-

1 Из: Reinventing the Condition of a Civilized Life, in: Vital speeches of the day.

ходный период и изменяется. Этот кризис в особенности влияет на личность и на семью. Во многих культурах семьи распадаются по причине моральных и политических проблем, институт семьи становится слабее вследствие морального и духовного вакуума. Кризис страшен не только своими последствиями для всего общества и отдельных его членов, но, прежде всего, тем, что он проникает внутрь нас – на уровень отношений. “Огромной проблемой в личной жизни людей нашей эпохи являются партнерские взаимоотношения”, говорит профессор психологии, Эва Егги. Это размежевание, распад больших групп на отдельно существующие единицы, встречающиеся время от времени с другими единицами. Этот процесс сопровождает культурный перелом, который выводит из строя высокоразвитые общества по всему земному шару, и в этом едины почти все специалисты. Поскольку семья представляет собой основу общества, без возрождения или обновления подобного фундаментального института вся цивилизация подвергается опасности.

Прямые последствия сегодняшнего кризиса и изменений в человеческих взаимоотношениях проявляются следующим образом. Поскольку многие факты известны, я позволил себе ограничиться лишь некоторыми из них (кроме тех, где это отдельно упомянуто, все сведения взяты мною из “Отчета Федерального Ведомства по статистике за 1994 год”<sup>2</sup> и опираются на данные по Федеративной Республике Германия). Однако приведенные здесь данные имеют своей целью показать, что в глубоком кризисе сегодня действительно находится каждый аспект человеческих взаимоотношений, и показателем этому служит не только часто приводимый высокий процент разводов (приведение данных по другим странам выявляет мировое значение этой проблемы).

С нашей точки зрения, распад семьи и структур взаимоотношений имеет следующие тенденции:

- *Увеличение количества разводов:* в Германии этот процесс составляет 35%, в США – около 50%, в России – 67% и в Москве – 75%<sup>3</sup>. Только в Германии более 100000 малолетних детей ежегодно страдают от развода родителей. Не следует забывать и о высоком проценте хронических семейных конфликтов, разлук и “внутренних разводов” (когда на эмоциональном уровне супруги расстаются, но продолжают совместно жить по каким-либо, как правило, материально-социальным причинам), хотя статистика не учитывает этого. Интересно, что обе “великие державы” лидируют и в этой области.

2 Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Datenreport 1994, Bonn, 1994.

3 Последние данные из: The Moscow Times, от 31.10.96.

4 U.Seeger, in: M. Nellessen, U. Seger (Hrsg): Trennung - Scheidung – Lösung? Vortragsband der ersten Tagung der Arbeitsgruppe „Familientherapie und Familiendynamik der DAGG, 10.6.89.

5 F.C. Schröder, in: „Schutzlos vor Bedrohung“. Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 19.11.1990.

6 R.T. Michael et al.: Sex in America. A definitive survey. Little, Brown and Company, Boston, 1994

7 Psychologie Heute, November 1995

- *Уменьшение количества детей в семье и снижение рождаемости:* Уже много лет в Германии умирает больше, чем рождается. На каждую пару в среднем приходится по 1,7 ребенку, при этом воспитание детей воспринимается как тяжкое бремя.

- *Сокращение числа заключения браков:* С 1990 по 1991 год в Германии наблюдалось сокращение количества заключаемых браков на 50%. Все большее количество людей выбирает для себя совместное проживание без “бумажки”.

- *Возрастающее отчуждение между поколениями со склонностью к малочисленной семье или одиночеству:* В 1990 году совместно вели хозяйства семьи из 5 или более человек, что составляло 44%; в 1992 году эта группа насчитывала только 5%. В 1992 году более 10 миллионов немцев в Западной Германии проживали отдельно.

- *Самоубийства:* За 80% попыток самоубийства стоят личные проблемы<sup>4</sup>.

- *Покушения на убийство:* почти половина всех убийств совершаются на фоне семейных конфликтов.<sup>5</sup>

- *Раннее начало половой жизни:* К примеру, в США афро-американские мужчины в среднем (!) начинают половую жизнь в 15 лет.<sup>6</sup>

- *Увеличение психосоматического и психического характера жалоб и заболеваний,* таких как страхи, депрессии, проблемы люмбального межпозвоночного диска и нарушение сна: в соответствии с недавно опубликованными исследованиями Всемирной Организации Здоровья (WHO) каждый четвертый пациент врача – общего терапевта страдает психическим заболеванием, требующим вмешательства психотерапевта.<sup>7</sup>

- *Возрастающее количество физического, эмоционального или душевного насилия внутри семьи, увеличение внебрачных отношений и неверности в браке, позднее вступление в брак, недостаточное общение внутри семьи, угнетение женщин и девочек, неуверенность в распределении ролей между полами* – это следующие проблемы, которые возникают в этой связи.

Кризис, который можно было бы обозначить как “длительное эмоциональное землетрясение”, затрагивает каждого из нас, независимо от того, живем ли мы в семье, выросли ли в ней, стремимся к ней или просто допускаем возможность создания. Этот кризис привел к тому, что сегодня ставится под сомнение вековая идея о семье как о неотделимой и необходимой составляющей для благополучия всего общества и каждого его члена. Любопытно также и то, что данный кризис быстро набирает темпы

---

не только на Западе, но и во всех мировых культурах, так что уже можно говорить о всеобъемлющей проблеме. Но в противоположность с другими мировыми проблемами, например, с засухой, голодом или гонкой вооружений, этот вопрос не решается с помощью одних научных докладов, а лишь благодаря осознанным действиям и полной трансформации наших взглядов.

## ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ СЕГОДНЯШНЕГО КРИЗИСА

В качестве причин сегодняшнего кризиса брачных отношений и неприятия брака обсуждаются самые разнообразные предпосылки, на некоторых из которых следует остановиться поподробнее. Вообще же причины разводов остаются непроясненными, по крайней мере, в имеющейся у автора литературе. Социологические исследования часто указывают на всеобщую растерянность.<sup>8</sup> Просматривая литературу по этому вопросу, бросается в глаза тот факт, что большинство исследователей и авторов ограничиваются анализом сегодняшнего кризиса, едва ли упоминая при этом повлекшие его причины или предлагая конструктивные пути решения (ср. например, обзор в<sup>9</sup>). Однако, возможно, именно это молчание говорит само за себя и отражает глубину кризиса. Говоря о кризисе взаимоотношений, мы можем отталкиваться не только от моноэтиологического подхода. Интро- и интер-психические, а также общественные процессы, которые, в конце концов, приводят к конфликтам вплоть до развода, слишком сложны, чтобы объяснить их с помощью поисков хотя бы какой-нибудь причины. В данном анализе предлагаются также и подходы для будущих исследований (подробная исследовательская работа автора по вопросу подготовки к браку и выбора партнера находится на стадии разработки<sup>10</sup>).

- *Отсутствие или недостаток подготовки к браку:* с грустью и удивлением приходится в очередной раз признать, как мало времени мы отводим на принятие важнейшего решения нашей личной жизни – выбору партнера (брачного) – по сравнению с годами, потраченными на учебу, или временем, затраченным на прочие решения, в основном связанные с профессиональной деятельностью. В этой связи можно было употреблено понятие “брак-конференция”: находясь на семинаре или заседании, человек принимает решение о совместной

жизни с кем-либо<sup>11</sup>. Недостаточное образование в области партнерства, общения и воспитания детей – все это также и одни из главных причин разрушения отношений. Трудно представить себе, что может произойти в профессиональной сфере, если люди будут работать врачами, водителями автобусов или пилотами, архитекторами без соответствующего образования. Однако именно этим мы и занимаемся в личной жизни: без какой-либо подготовки, не говоря уже об образовании, мы заключаем брак, заводим детей и пытаемся их воспитывать.

- *Недостаток примеров:* нам не хватает примеров хорошего брака не только в кругу собственной семьи и друзей, но и во всем обществе: семья больше не играет прежней роли в обществе. На ум приходит только реклама, где изображаются, в основном, молодые, симпатичные, здоровые и самостоятельные живущие люди. В то же время формируется ложное представление о роли полов, которое с трудом поддается изменению, несмотря на то, что оно весьма далеко от реальности.

- *Возрастающая индивидуализация:* По одному из недавно проведенных транскультуральных исследований<sup>12</sup> было установлено, что любви при решении вопросов брака и отношений большее значение придается в индивидуалистических культурах, чем коллективистских обществах. В тех культурах, где любовь важнее, присутствует также, помимо экономического процветания, возрастающий процент заключения браков, большее количество разводов и низкая рождаемость. С точки зрения психотерапевта, в обществах, сконцентрированных вокруг индивида, явно возрастают личностные нарушения, или заболевания, связанные с трудностями самоидентификации. Пограничный синдром имеет такое же значение для духовного здоровья, как СПИД – для физического. Такие эксперты, как скончавшийся психиатр Гюнтер Аммон, исходят из цифры 60% в Германии.<sup>13</sup> Пограничный синдром употребляется для обозначения личностных затруднений, причина которых кроется в сложных хронических эмоциональных кризисных ситуациях первых 3-х лет жизни (например, потери, плохое обращение, эмоциональное пренебрежение), которые потом проявляются в виде смены настроений, страхов, склонности к алкоголизму, наркомании и суициду, проблем с едой, сильных выражений чувств и прочих симптомов<sup>14</sup>. Индивидуализм приводит к нереалистичным ожиданиям от партнера, что недавно было весьма выразительно изображено в эссе

---

8 G.Scheller: “Zum Gegenwartige Stand der Scheidungsorschung”. In: Soziale Welt, Verlag Otto Schwarz, Jahrgang 42, 1991, Heft 3  
9 H.J.Schups „Dauerhaft ist nur die Trennung“. In: Der Spiegel 2/1991

10 H.Peseschkian, I love him, but I don't like him – Wege zu einer bewussteren Ehevorbereitung und Partnerswahl. Готовится к выходу  
11 H.Peseschkian, доклад „Bewusste Partnerswahl“, Bahá'i-Jugendwinterschule 1989, Traben-Trarbach. Доклад о „Marriage Preparation“, международный симпозиум „Family beyond the year 2000“, Москва, 19-21.9.1994.

12 R.Levine et al.: Love and Marriage in II Cultures. Journal of Cross-Cultural Psychology, Vol.26, No.5, September 1995

13 Цитата из Taunus-Zeitung от 23.3.89.

14 Ch. Rhode-Dachser, „Das Borderline-Syndrom“, Verlag Hans Huber, Stuttgart

---

из журнала “Тайм”: “... Сегодня, однако, наш избранник должен быть не только одним из кормильцев семьи и супругом, но и родителем, финансовым партнером, объектом романтической любви, лучшим другом, личным тренером, домашним слесарем и искрящимся весельем компаньоном в унылый воскресный день. Резонно отметить, что это несколько больше, чем может предложить один избранник...”<sup>15</sup>

- *Придание слишком большой роли сексу:* Одно из первых крупнейших исследований в области секса в США<sup>16</sup> начинается словами: “В Америке есть своя определенная установка о сексе. Каждый, кто смотрит кино, читает журналы или включает телевизор, видел эту установку. Она гласит: “у всех, кроме тебя, секс бесконечен, потрясающ и разнообразен”. Но, как показали наши исследования, представления о сексе в Америке не имеют ничего общего с реальностью”. Результаты еще одного общеизвестного исследования, проведенного в Университете Висконсина (США), выявили, что пары, живущие совместно еще до брака, имеют процент разводов на 40% выше, чем у пар, не живших до этого совместно<sup>17</sup>. Таким образом, не подтвердился тот факт, что сексуальный опыт до брака или физическая совместимость способствуют счастливому браку. Это можно расценивать как результат сексуальной свободы.

- *Увеличение кризисов, связанных со смыслом жизни:* Для все большего количества людей удовлетворение в партнерских отношениях становится важнейшим источником смысла жизни. От любви партнера ожидается не только интенсивность этого чувства, слияние, желание, радость и новое качество жизни – от любви мы ждем исцеления. Такие авторы, как Ханс Йеллошек,<sup>18</sup> говорят о партнерской любви как о заместителе религии, религиозном стремлении, которое теперь направлено не на “иной мир”, а на наше окружение, на партнера. То, что в этом перенесении духовно-религиозного стремления на любовь к партнеру может корениться причина сегодняшних нестабильных отношений, ранее недооценивалось. К неутешительным прогнозам приводит порой почти мессианское ожидание счастья и радости, отсутствие которых приводит к тому, что отношения объявляются несостоятельными. Поэтому нашла такой отклик часто цитируемая фраза “Жизнь сложна”, открывающая бестселлер док-

тора М. Скотт Пека “Нехоженая дорожка”<sup>19</sup>. Уже один тот факт, что жизнь может (или должна) быть сложна, что счастье, а в особенности семейное счастье, является результатом вложенных усилий, выглядит сегодня как новое откровение. Из курса мы снова и снова узнаем, как низок стал сегодня порог для развода, и как быстро мы начинаем думать о расставании и подыскивать адвоката.

## ДИЛЕММА

Эксперты, те, кого затрагивает этот кризис, и прочие находятся в процессе поиска новых путей решения. Канадский профессор психиатрии Х. Данеш ограничился тремя вопросами: Должно ли еще быть в силе понятие семьи? Можем ли мы жить без семьи? Есть ли альтернатива семье?<sup>20</sup> В данной работе мы затронем лишь некоторые аспекты.

В целом мнения по этому вопросу делятся на два направления:

### 1- “Брак мертв”

Заштитники этой теории (или направления) объяляют институт семьи устаревшим и изжившим себя, более того, они говорят о его смерти, требуют отмены семьи и разрабатывают способы жизни вне семьи. Необычайно высокий процент разводов заставляет не только специалистов задуматься о том, не лучше ли избавиться от семьи в том виде, в котором она сейчас существует. Другие пропагандируют новые альтернативы совместного проживания людей, такие как, например, концепцию “партнера на период времени”<sup>21</sup>, гомосексуальный “брак” (который, кстати, в некоторых странах официально признан), банки спермы для женщин, желающих завести детей без вступления при этом в какие-либо (в т.ч. и в брачные) отношения, “открытый брак” как путь преодоления традиционной концепции семьи, концепцию “жизни отдельно-и-вместе” (как называют американцы прочные отношения, при которых партнеры живут порознь<sup>22</sup>) – и это только отдельные примеры “экспериментальных отношений”. Даже брачные договоры<sup>23</sup> и разнообразные страховки от разводов и экзамены по браку не могут остановить разразившийся кризис семьи. Если мы сегодня посмотрим на большинство семей и их внутриличностные структуры отношений, нам станет ясно, что институт семьи часто использовался и используется в качестве средства контроля, дур-

---

15 B. Ehrenreich, в Time, 20.9.93

16 R.T. Michael et al.: Sex in America. A definite survey. Little, Brown and Company, Boston, 1994

17 L. Bumpaj, J. Sweet, Der Spiegel, 27/1989

18 Von der Kunst, als Paar zu leben. Sieben Versuche ьber die Liebe. Kreuz Verlag, 1992

19 M. Scott Peck, The Road less Traveled, Simon and Schuster, New York, 1978

20 H.B. Danesh: “The Violence-Free Family: Building Block of Peaceful Civilization”. Baha’i Studies Publikations, Ottawa, Canada 1995

21 S.Lermer, H.C. Meiser: Lebensabschnittspartner. Die neue Form der Zweizamkeit. Kriger Verlag 1991

22 „Dauerhaft ist nur die Trennung“. Der Spiegel, 2/1991

23 см. например, „Rhein technisch – ohne Moral“, Der Spiegel, 14/1990. Ср. также G.Langenfeld: „Handbuch der Ehevertrdge und Scheidungsvereinbarungen“. Beck, Mnchen

ного обращения и насилия над более слабыми членами семьи, прежде всего, над женщинами и девочками. Небольшие возможности для саморазвития женщины и недостаточное равноправие полов являются одной из причин сегодняшнего кризиса и отрицания института семьи. В этой связи на вопрос о том, избавиться ли от семьи в том виде, в котором она существует сегодня, мы можем ответить утвердительно. Семье, державшейся ранее на авторитете и власти (*power-based family*), больше нет места в сегодняшнем мире. Однако формы общественного устройства систематически использовали семью для продвижения своей собственной идеологии, благодаря чему с семьей обращались плохо и, в конце концов, разрушили ее как на Западе, так и на Востоке.

Но возможно ли вообще избавиться от семьи или ее полностью заменить? Здесь мне хотелось бы отметить два аспекта: воспитание детей и личные отношения. Психотерапевтический опыт показывает, что круг “здоровой” семьи предоставляет пространство для зрелого эмоционального развития. Так, необходимые примеры роли женщины и мужчины, которые к нам перешли от наших родителей и обязательны для нашего самовосприятия, и дальнейшего построения отношений, чувство и развитие изначального доверия (Erikson) – все это может быть в полной мере передано только в семье. В то же время, только стабильность семьи может дать человеку чувство уверенности, верности, доверия и защищенности, которые ему нужны для того, чтобы посвятить себя (в моральном и эмоциональном плане) своему партнеру. Страх (постоянный) потерять партнера препятствует полной открытости из-за боязни подставить себя под удар. Уже только поэтому концепция “партнер на период времени” представляется эмоционально неосуществимой, как бы интересно, многообещающе и рационально она не выглядела. Профессор социологии из Цюриха, Ханс-Йоаким Хоффманн-Новотны пишет по этому поводу: “...Если мы предположим, что человек является социальным существом, то это будет означать, что, исходя из этой антропологической системы, нам указано на несколько более продолжительные отношения, чтобы оставаться психически здоровыми”<sup>24</sup>. Вот, пожалуй, и все на тему “партнера на период времени”.

## 2 - Новая семья

Мы не столько стремимся найти новые альтернативы институту семьи, поскольку они показывают себя как недостаточные, или иногда как деструктивные. То, что нас интересует в гораздо большей мере – это новые мировые масштабы и прин-

ципы семьи. Иными словами, *речь не об альтернативах семьи, а об альтернативных моделях семьи, о новой концепции семьи*. Чтобы двигаться в этом направлении, требуются мужество, новые ориентиры и новое понимание человеческой сущности. Возникает также вопрос о необходимости образа человека для новой концепции семьи.

## ПОЗИТИВНЫЙ ОБРАЗ ЧЕЛОВЕКА

Перед тем, как мы перейдем к новой концепции семьи, нам следует заняться определением образа человека, который лежит в основу семьи. Вопрос об образе человека, или модели человека,<sup>25</sup> в настоящее время стал основополагающим в психологии, психотерапии и психиатрии. Причем, речь здесь идет не только о природе, своеобразии, сущности и устремлении человека, но скорее о высказываниях по поводу ответственности, свободы, способности принимать решения, воли и прочих ценных высказываниях. Также здесь говорится о предположении по поводу способности человека меняться, о его ориентированности на смысл, об “идее человека как активного строителя собственного существования”<sup>26</sup>. Объем статьи резко бы увеличился, стоило нам подробнее остановиться на значении образа человека, однако, обобщив, мне хотелось бы отметить, что общество и отдельные его члены страдают сегодня от недостающего или негативного образа человека. Все теории о врожденной агрессивности человека, о его животных потребностях, о зле в нем и даже о первородном грехе, о котором удивительнейшим образом даже Христос не сказал ни слова – все эти теории уже никому не нужны (если они вообще когда-либо были нужными), и теперь следует сделать ставку на новый, позитивный образ человека. Далее, с психотерапевтически-религиозной точки зрения, будет разработана рамочная модель семьи будущего.

Мы исходим из того, что каждый человек от природы обладает двумя основными способностями: любовью и познанием. Способность к любви, представленная правым полушарием мозга, отвечает за способность любить и быть любимым. Она также представляет собой эмоциональность, творчество, интуицию и духовность человека. Способность к познанию, представленная левым полушарием, отвечает за способность учиться и обучать. Она отвечает за науку, ум, логику и порядок. Поскольку все без исключения обладают этими двумя качествами от рождения, мы исходим из того, что человек *по своему существу предрасположен к добру*. Вера Бахай идет несколько дальше и понимает человека

24 „Dauerhaft ist nur die Trennung“. Der Spiegel, 2/1991

25 H. Hageholzmann: „Begriff und Funktion von Menschenbildern in Psychologie und Psychotherapie“, in: H. Petzhold (Hrgs.) Wege zum Menschen. Methoden und Persönlichkeiten moderner Psychotherapie. Band 1, Jungermann-Verlag, Paderborn, 1987

26 Ch. Bühler und M. Allen, Einführung in die Humanistische Psychologie. Klett, Stuttgart, 1973

не только как изначально хорошего, но и говорит словами своего основателя Бахауллы, что человек должен рассматриваться “как рудник, полный драгоценных камней непостижимого достоинства”<sup>27</sup>.

Такой образ человека подобен революции в подлинном смысле этого слова. Он не только открывает совершенно новые перспективы, но и освобождает человека от ярма злобы. Не стоит удивляться, что именно религия формулирует подобный революционный образ человека. Не является ли каждое религиозное откровение революцией? Не было ли это задачей всех великих пророков, таких как Будда, Христос, Мохаммед и других, выражать и учить новому образу человека? И каждый раз нужны были мужественные женщины и мужчины для того, чтобы воспринять этот новый образ и применить его к своей жизни. Может быть, действительно пришло время прислушаться к великим духовным учителям или попробовать найти их? Отмечено, что защита и продвижение позитивного образа человека удается намного сложнее, чем защита старых, механистических моделей. Прошло уже 150 лет с момента основания веры Бахаи, и ее новый образ человека оказал сильное влияние на разнообразные области нашей жизни. К ним относятся воспитание, педагогика, психотерапия, медицина и многие другие. Примером влияния этого нового образа человека является метод Позитивной Психотерапии. Данный метод причислен к гуманистической психотерапии, он официально признан и включен в программу обучения в Германии. На сегодняшний день этот метод уже был представлен более чем в 60 государствах на семинарах и конгрессах.<sup>28</sup>

## ПРИНЦИПЫ НОВОЙ ПОЗИТИВНОЙ КОНЦЕПЦИИ СЕМЬИ

Отталкиваясь от “драгоценных камней”, новая концепция семьи основывается на трех столпах: *на традиционных ценностях, на прогрессивных принципах и практических инструментах*.<sup>29</sup> Далее мы подробнее остановимся на некоторых принципах и коротко объясним их с психотерапевтической точки зрения. Некоторые из них могут показаться весьма доступными, если не банальными. Опыт, однако, показывает, что ни один из этих принципов не принимается универсально. Вот тому примеры:

- На Всемирной конференции ООН, открывающей международный год семьи (1993) в Мальте,

принимавшие участие эксперты не могли сойтись в едином мнении по поводу того, что семья состоит из двух родителей и детей. Конечно же, сегодня имеются другие формулы семьи, официально признанные, однако, несмотря на это, их нельзя приравнивать к “здравой норме” семьи<sup>30</sup>.

- 12 июля 1996 года в США Палата Представителей приняла закон (The Defense of Marriage Act), по которому брак определялся как отношение между мужчиной и женщиной, а брачный партнер определяет лишь как личность противоположного пола.<sup>31</sup>

- Российская Дума в ноябре 1996 планирует проект закона о введении полигамии, так как “это единственный путь спасти российский народ от вымирания”<sup>32</sup>.

Каждый, кто *действительно* озабочен сегодняшней ситуацией в семье, будь то простой обыватель, терапевт, политик или духовное лицо, должен иметь мужество и откровенность, чтобы беспристрастно работать с новыми подходами, поскольку с “новым вином в старых межах” мы уже ничего не добьемся, а лишь принесем вред. Приведенная далее терапевтическая история показывает сложность, но также и необходимость новой системы взглядов:

*Бабочка залетела в комнату и заблудилась там. Безустанно она билась крыльями об оконное стекло, снова и снова, пока в изнеможении не опустилась на подоконник. Спустя короткое время она снова вспорхнула и, поскольку предыдущий опыт ее ничему не научил, заново начала биться головой о стекло. Снова и снова. При этом она не замечала, что совсем рядом было открытое окно.*<sup>33</sup>

## ТРИ СТОЛПА ПОЗИТИВНОЙ КОНЦЕПЦИИ СЕМЬИ

### 1 – Традиционные ценности и знания:

“Традиционные” – это понятие было выбрано не случайно, ведь наш отрыв от (разумных) традиций частично также привел к сегодняшней утрате системы ценностей, и, в первую очередь, определение “традиционный” означает, что семья всегда представляла собой *основу общества*, и хотя мы сегодня признаем это, но поступаем подобным образом редко. Общество должно снова повернуться лицом к семье и ориентироваться на нее. Конечно

27 Zur Einführung in die Positive Psychotherapie, см. : Nossrat Peseschkian, Positive Familientherapie, S. Fischer, Frankfurt am Main, 1980; Positive Psychotherapie, S. Fischer, 1977

28 Из: Dhrenlese aus den Schriften Baha'u'llas. Kapitel 122. Baha'i Verlag, Hofheim, 3. Auflage, 1980

29 „The Family and The World Community“. A Statement by the Baha'i International Community, New York, 1994

30 личные наблюдения автора

31 The Moscow Times от 16.7.96

32 The Moscow Times от 25.10.96

33 По рассказу Эрики Грубе, взято из: N. Peseschkian, Das Geheimnis des Samenkorns – Positive Stressbewältigung. Springer Heidelberg 1996

же, простое повышение дотации на воспитание детей не спасет положение. На следующем этапе мы отталкиваемся от того, что брак – между мужчиной и вышедшей за него замуж женщиной – представляет собой основу для семьи. Сюда же относится признание брака “вечным союзом”, то есть единства партнеров даже после физической смерти одного из них. Брак – это божественный институт, который всегда был и существует по сей день. “Знай, что закон брака вечен. Он никогда не изменится. Он является божественным созданием, и существует лишь небольшая возможность переменить или изменить это божественное создание”<sup>34</sup>. Брак базируется на любви и верности партнеров и обладает также одним существенным социальным аспектом, а именно – это рождение и воспитание детей. И здесь мы встречаем интересные культурные различия: западный, более индивидуалистический брак, чье существование определяется отношениями двоих; и восточный, более коллективистский брак, где в центре перед прочими личными потребностями находятся дети. Обе концепции сегодня недееспособны. Затем важное значение берет на себя распределение ролей в семье. Мать считается главным воспитателем детей, однако, не единственным. Отец, в первую очередь, отвечает за финансовое обеспечение семьи, однако, эта роль не обязательна исключительно его. Чтобы сделать такое распределение возможным, необходимо общественное признание работы по дому и воспитания детей, с тем, чтобы преодолеть синдром “женщина – это только мать и воспитатель детей”.

Итак, не только в религии присутствуют традиционные ценности. Для критиков традиционных отношений нами процитированы здесь итоги уже проведенного американцами исследования сексуальности. При определении частоты сексуальных контактов, исследователи приходят к следующему выводу: «...Наши результаты могут быть показателем того, как ортодоксальный взгляд на любовь, ухаживание и сексуальность (может быть это взгляды вашей матери) является единственным путем к счастью и сексуальному удовлетворению... Мы находимся, что американское общество построено так, чтобы поощрять играющих по правилам брака... Так что, если в нашем исследовании что-то может показаться волшебным ответом на вопрос о сексуальном счастье, не удивляйтесь...»<sup>35</sup> Анализируя, психолог Ирма Филипп-Пирсон приходит к заключению, что “... брак может быть только тогда удачным, когда признано стремление к обязательной солидарности и лояльности, и пара живет по этим принципам... Нерушимая клятва верности и взаимная поддержка должны быть принципиальными,

если мы хотим вместе преодолеть все трудности жизненного пути”<sup>36</sup>.

Многие из этих идей представляют собой традиционные ценности: все великие религии, в общем, проповедуют похожие высказывания о значении и цели семьи. Тем не менее, в современном мире эти ценности попали под всеобщий обстрел. А нужно всего лишь соответствие с прогрессивными принципами, которые будут способствовать гармонии и согласию в семье в наше новое время.

## 2 – Прогрессивные принципы:

К ним относятся среди прочих: моногамия, поощрение заключения браков, вместо обязанности жениться, добровольное согласие обоих партнеров к браку (даже в Германии это не всегда происходит из-за социального или родительского давления), возможность развестись (однако только после, так называемого, “года терпения” в случае, если примирение невозможно и антипатия возросла), подготовка к браку в семьях и школах (в некоторых государствах семейное воспитание приравнено к школьному предмету), согласие родителей на брак, а также духовно-религиозный аспект отношений. Согласие родителей на брак трудно для понимания западного человека, однако, опыт в восточных культурах и в особенности совместные курсы терапии показывают, насколько важна роль родителей при выборе партнера и позднее их поддержка в семейной жизни. Лишь немногим парам удалось выстоять против негативного давления родителей и сохранить брак. Согласие родителей упомянуто здесь рядом с другими прогрессивными принципами, поскольку, в противоположность к традиционному ритуалу, согласие пары имеет первостепенное значение.

Следующий из новых подходов гласит, что единство между партнерами и в семье стоит на первом месте и важнее всего прочего. В соответствии с этим, основное стремление после заключения брака должно состоять в том, чтобы защитить это единство и всячески ему способствовать. Прочие интересы и обязанности должны быть подчинены этому принципу. Сегодня эту приоритетную позицию часто занимает профессиональная деятельность (мужчины). Принцип единства представляет собой центральное понятие в вере Бахаи и отражается не только на трансцендентальном уровне, но начинается в семье. Единство семьи, опять же, начинается с брака. Для Бахаи это – важнейший принцип, относящийся к единству семьи, признанию *полного равенства и равноправия женщины и мужчины*. Равноправие, однако, не означает унифицированности. Хотя мужчина и женщина имеют одинаковые

34 Абдул-Бах, из „Liebe und Ehe“, Baha’i Verlag, Hofheim 1981

35 R.T. Michael et al.: Sex in America. A definitive survey. Little, Brown and Company, Boston, 1994

36 „Woran Ehen heute zerbrechen“. Die Heilkunst, 1/91

---

права, у них, тем не менее, различные задания, функции и роли – понимание этого может противостоять деструктивным сторонам современных тенденций. В то время как женщины поощряются в профессиональной карьере, а мужчины в ведении домашнего хозяйства и воспитании детей, мать все же считается основным воспитателем детей.

В отношении воспитания детей прогрессивным считается, когда ребенок получает образование в школе, однако его характер и духовные представления формируется дома, иными словами образованием занимаются в школе, а воспитанием дома. Воспитание должно охватывать все четыре составляющие человека, то есть нам нужно физическое, умственное, эмоциональное и духовное воспитание (холистический подход к воспитанию). В духовном воспитании детей особая ответственность возложена на родителей, которая не может быть возложена на школу или другие воспитательные учреждения. В Вере Бахаи идут по этому пути даже дальше, настаивая на том, чтобы при финансовых затруднениях родителей предпочтение в воспитании и образовании отдавалось дочери, так как она – мать и воспитатель завтра.

В общих же чертах „прогрессивный“ означает, что брачный партнер должен стараться поддерживать отношения на всех уровнях: на физическом, интеллектуальном, эмоционально-социальном и духовно-религиозном. Позитивный образ человека означает поэтому, что, как во мне, так и в моем партнере заложено много способностей, что наши отношения должны быть „физическими и духовными“ с целью „дополнять друг друга в (нашей) духовной жизни“<sup>37</sup> и „быть хранителем постоянно стремящейся вперед культуры“<sup>38</sup>

### 3 - Практические инструменты и средства

“Ключом” к тому, чтобы эти новые отношения сложились, являются добросердечные и открытые консультации по всем вопросам. В их основе лежит положительный образ человека, любовь в семье и равенство всех членов семьи, по которому мнения всех членов семьи равны, то есть все имеют равные шансы быть услышанными. Весьма практическим способом решения проблем и вопросов в семье являются подобные консультации среди членов семьи на семейном совете (на семейном собрании). В этой связи можно сослаться на концепцию - Zwiegespräch<sup>39</sup> профессора Михаэля Лукаса Мёллера<sup>40</sup> из Франкфурта. Основная идея семейного совета состоит в том, что люди, живущие под одной крышей, собираются раз в неделю вместе и советуются по разным вопросам. И хотя Совет в принципе не новое явление, если вспомнить деревен-

кий Совет или Совет Старейшин, сегодня Совет часто остается в тени. Социологические исследования выявили, что после 7 лет совместной жизни супруги общаются друг с другом лишь около 5 минут в день. По этому поводу многие психологи говорят о нарушении коммуникации со временем и относят это явление к основным причинам разрыва отношений. С помощью же семейного совета организуется не только регулярный диалог между членами семьи, но и обсуждение какого-либо вопроса не происходит лишь по воле случая. Из этого мы можем сделать вывод, что участие в подобных консультациях, в особенности для детей, является наилучшей подготовкой для последующей жизни в обществе. Здесь ребенок учится не только чувству социального равенства, так как его мнение и мнения родителей равноправны, но он непосредственно познает, что он – существо самоценное и достойное любви. Одновременно он испытывает участие родителей, которое в идеальном случае будет являться примером для последующих партнерских отношений ребенка.

Еще одна потребность во введении позитивной концепции семьи заключается в том, что она является осознанной подготовкой к браку и выбору партнера. Подготовка к будущей семейной жизни должна начинаться дома, однако она только тогда будет воспринята повсеместно, когда найдет поддержку и в школе, и в университете в качестве полноценного предмета, наряду с естествознанием и иностранными языками. „Международный Центр Позитивной Психотерапии“ (штаб-квартира в Висбадене) уже несколько лет проводит подобные подготовительные курсы для молодых людей в Германии и других государствах.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

В начале статьи мы говорили о семье в процессе перемен. Теперь нам хотелось бы от перемен перейти к трансформации (Х.Данеш). С представленной новой концепцией семьи связаны традиционные ценности, потребности, отвечающие времени, и научные знания. Только через равенство моральных ценностей, которые всегда были основой долговременной семейной жизни, и прогрессивных, современных принципов, которые соответствуют духу времени “глобального сообщества”, возможно противостоять “благополучием” против сил дезинтеграции и построить новое пространство для развития сильной семьи сегодня. Как “прагматичные идеалисты”, Бахаисты не строят воздушных замков – внедрение подобных принципов возможно лишь в рамках длительного процесса и предъяв-

---

37 Абдул-Баха, „Liebe und Ehe“, Bahá’í-Verlag, Hofheim 1981

38 Абдул-Баха, „Das Geheimnis göttlicher Kultur“, Bahá’í-Verlag, Oberkahlbach 1973

39 Zwiegespräch – „Разговор по душам, тет-а-тет“, точного перевода на русский язык не существует (прим. пер.)

40 Die Wahrheit beginnt zu zweit. Das Paar im Gespräch. Rowohlt Verlag

---

---

ляет ко всем нам повышенные требования. “Разоружение” в семье, несомненно, ничуть не проще, чем в армии. Вышеназванные принципы применяются по всему миру в более чем 1700 местных об-

щинах Бахаи с целью сделать свой вклад в дело единения человечества<sup>41</sup>. Потому что зависимость и отношения между семьей, нацией и будущей цивилизацией становятся все четче:

“Сравни нации мира с членами семьи.  
Семья – это маленькая нация. Расшири круг до  
машнего очага,  
И ты получишь нацию. Увеличь круг нации,  
И у тебя будет все человечество”

*Абдул-Баха*

## ОПЫТ КОМПЬЮТЕРИЗАЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

Н.Р.Суатбаев

г. Усть-Каменогорск

Компьютеризация многих видов деятельности не миновала и психоdiagностику. Психологическое тестирование в данном контексте может рассматриваться как частный случай распознавания образов, т.е. задачи построения алгоритма, позволяющего на основе анализа набора признаков данного объекта отнести его к определенному классу [3]. Наиболее очевидный, лежащий на поверхности, способ использования компьютера в психоdiagностике – разработка компьютерных программ на основе уже существующих тестов, т.е. автоматизация методики. Преимущества автоматизации очевидны: это освобождение специалиста от рутинных операций, стандартизация условий обследования, быстрота и точность обработки данных (при ручной обработке, по некоторым данным [15], возможно до 20% (!) ошибок). Использование компьютера открывает и принципиально новые возможности: адаптивное тестирование; анализ данных с типологизацией объектов тестирования не по заранее заданным на основе теоретических представлений классам, а на основе эмпирических, выявляемых в ходе исследования закономерностей; использование временных параметров; использование мультимедийных стимулов, средств виртуальной реальности, игровой мотивации; создание баз данных и систем управления ими (СУБД); создание экспертных и обучающих систем [3, 4]; самоконтроль поведенческого реагирования в условиях стресса повседневной жизни [12].

В ходе разработки и внедрения компьютерных методик возникают проблемы как чисто «технические» [3,4], так и психологические. Появление между исследуемым и специалистом нового звена – компьютерной программы (олицетворяемой в обыден-

ном сознании в образе «компьютера») – ведет к возникновению новых отношений: обследуемый – компьютер, специалист – компьютер, что изменяет и взаимоотношения между исследуемым и психологом. Причем диалогичность взаимодействия с компьютером ведет к атрибуции ему субъектности, его персонификации, что придает отношениям с ним субъект - субъектный характер [17]. Эти отношения имеют культурально обусловленные различия: например, испытуемые в США склонны выражать недоверие к компьютерам (вероятно, в связи с широким использованием компьютеров в различных системах контроля, воспринимаемого как «контроль над личностью»), в СНГ наблюдается выраженный противоположный эффект [3]. Также отличается отношение к компьютерному тестированию в различных социальных группах [16]. Этот феномен, в частности, приводит к тому, что при использовании «ручного» и компьютерного вариантов одной и той же методики испытуемые могут использовать различные стратегии [1, 6]. Например, при исследовании уровня притязаний в случае проведения тестирования человеком испытуемый ведет себя более «осторожно», а при взаимодействии с компьютером – более «рискованно» и «раскованно» [1]. Последствия этих явлений могут быть как положительными, так и отрицательными. В некоторых случаях они могут влиять на валидность методик и требовать их рестандартизации. Отношение к компьютеру психологов-диагностов также имеет свои особенности, изменяясь в диапазоне от «сверхдоверия» до «психологического барьера» [15]. Так, несмотря на доступность, в США только половина клинических психологов и психологов-консультантов использует компьютер (Farrell, 1989 - 12). Возможно, это

---

41 См. следующие тексты из писаний Бахаи на нем.: „Liebe und Ehe“, Baha'i Verlag, Hofheim 1981; „Einheit der Familie“, Baha'i Verlag, 1983; „Frauen“, Baha'i Verlag, 1986.

связано с вышеописанными культуральными особенностями.

В странах СНГ компьютерная диагностика широко развивается. В публикациях освещается как разработка отдельных программ [15, 11 и др.], так и «фундаментальные» вопросы [3, 4]. Чаще всего программы являются автоматизированными вариантами уже существовавших психодиагностических методик. Попадается множество откровенно любительских разработок (особенно «повезло» в этом отношении тесту Люшера), но встречаются и программы, написанные известными программистами с участием профессиональных психологов с неприменимо низким уровнем. Причина этого, очевидно, в очень сложной проблеме «перевода» плохо структурированных, рыхлых, интуитивных знаний психолога на строго логичный, алгоритмичный язык программиста: «...только как исключение, а не как правило, человек может объяснить то, что он знает» (Минский, цит. по 3, с.94). Диалогичность взаимодействия с компьютером делает особенно важным для психологических программ разработку интерфейса (средств взаимодействия с пользователем), который должен быть не только дружественным, но и достаточно «дуракоустойчивым» (т.е. программа должна корректно предупреждать и исправлять неверные действия неподготовленного пользователя, а не «виснуть» или, указав на ошибку периода исполнения, завершать работу). В этом обзоре приводятся лишь некоторые из сложных проблем, с которыми приходится сталкиваться разработчикам компьютерного инструментария для психологической диагностики.

Со всей этой проблематикой нам пришлось столкнуться при разработке автоматизированного рабочего места медицинского психолога. Основа этой системы – ряд разработанных нами программ на основе наиболее часто используемых психодиагностических тестов. Компьютеризация именно этих методик наиболее выгодна в отношении экономии времени.

Первая из методик – патохарактерологический диагностический опросник для подростков А.Е.Личко, Н.Я.Иванова [5, 8, 9]. Программа, как и другие наши разработки, защищена от нелегального копирования, поддерживает и клавиатуру, и «мышь» (пользователи, в связи с особенностями психомоторики, могут предпочитать тот или иной способ ввода), снабжена подробным описанием; выполняется полный цикл исследования: ввод паспортных данных, инструктаж исследуемого, тестирование (заполнение опросника либо самим исследуемым, либо ввод данных ручного исследования психологом), полная обработка данных с вычислением всех показателей, построением наглядного графика и текстового заключения, их распечатка на принтере, либо сохранение в файле для последующего редактирования и включения в полное заключение, со-

хранение результатов в базе данных со средствами поиска. Важные особенности интерфейса данной программы: в режиме тестирования на экране монитора испытуемый видит одновременно все утверждения из данной таблицы, программа указывает на некорректный ввод (например, если не отмечено ни одно из утверждений, либо отмечены лишние), в связи с длительностью исследования его можно выполнять в несколько этапов с сохранением промежуточных данных. Широко используется при обследовании подростков, призывников, учащихся, при поведенческих нарушениях. Использование программы не вызывает затруднений ни у пациентов, ни у исследователей. Может использоваться медицинскими и школьными психологами, педагогами, подростковыми психиатрами и психотерапевтами, наркологами.

Следующая наиболее часто используемая программа основана на тесте М.Люшера. Как уже говорилось, существует множество не только любительских, но и профессиональных программных разработок на основе данной методики. Тем не менее, мы вынуждены были разработать, и используем собственную программу. Причина этого в том, что только в нашей программе корректно реализован трудно формализуемый алгоритм разбиения на группы и выделения функций на основании 2 выборов, описанный автором методики и в ее адаптациях [14, 10]. В заключении приводятся схема выделения групп и функций и их текстовая интерпретация, причем по желанию пользователя может использоваться как интерпретация по Собчик Л.Н. [14], так и по М.Люшеру, также пользователь легко может подключить к программе собственные варианты интерпретации. Обычно программа используется для обработки результатов ручного исследования (отслеживаются возможные ошибки при вводе данных), но возможно и проведение прямого тестирования. При этом строго выдерживаются стандартные условия процедуры: цветопередача (при необходимости возможна подстройка цветов в пределах более чем 250000 оттенков на обычном видеoadаптере VGA, известные нам аналогичные программы поддерживают не более 256 оттенков), цветовые таблицы имеют форму стандартного размера 28 x 28 мм квадратов на белом фоне, между 1-м и 2-м выбором делается минутная пауза и т.д. Программа может использоваться для психодиагностики в любой сфере деятельности.

Кроме того, разработаны программы, основанные на опроснике депрессивных состояний Бессельяко И.Г. [2] – для диагностики депрессивных расстройств и их характера – невротического, либо эндогенного; на методике экспресс-диагностики характерологических особенностей Матолина Т.В. [13] – для выдачи рекомендаций по коррекционной и воспитательной работе; на личностном опроснике FPI-B [7], используемом для экспресс-диагнос-

тиki. Так же используются программы других разработчиков: в первую очередь, личностные опросники MMPI, Cattell, Eysenck, тесты интеллекта Cattell, Raven, некоторые другие. Для поддержания базы данных заключений психологического исследования нами разработана программа «Монитор». Наличие принтера позволяет самостоятельно распечатывать всевозможные бланки, тексты опросников, архивные заключения и т.д.

Разработка программ консультировалась опытным медицинским психологом Новиковой М.Ю., что позволило успешно преодолеть проблему перевода с «языка психологов» на «язык программистов». В ходе внедрения программ удалось наблюдать описанные в обзоре литературы психологические феномены: от явного недоверия наиболее опытных психологов до некритичного «сверхдоверия» у начинающих и необоснованного энтузиазма разработчика. Надежная и корректная работа программ со временем формирует у пользователей разумную рабочую степень доверия к ним с одной стороны, критичность и понимание границ применимости – с другой. Наличие в диспансере всего двух компьютеров на рабочих местах психологов ограничивает использование компьютеризированных рабочих мест, поэтому они чаще используются для обработки данных, полученных в ручном исследовании. Тем не менее, в год выполняется более 2000 тестирований, система дополняется новыми программами. Компьютеризированные рабочие места и отдельные программы, разработанные нами, используются также в других психоiagnosticsких лабораториях г. Усть-Каменогорска и других городов Восточно-Казахстанской области.

Таким образом, разработанное нами компьютеризированное рабочее место психолога позволяет значительно экономить время, особенно при большом потоке исследуемых (например, обследование призывников), освобождая специалиста от рутинной работы. Может использоваться в психоiagnosticsкой работе в клинике, в школе.

#### Литература:

1. Арестова О.Н. // Психолог. журн. - 1990. - №6. с. 86-93.

2. Беспалько И.Г. Опросник для психологической диагностики депрессивных состояний. Методические рекомендации. - СПб, 1995 - 23с.
3. Вассерман Л.И., Дюк В.А., Иовлев Б.В., Червинская К.Р. Психологическая диагностика и новые информационные технологии. - СПб.: ООО «СЛП», 1997 – 203 с.
4. Дюк В.А. Компьютерная психодиагностика. СПб.: изд-во «Братство», 1994 – 364 с.
5. Иванов Н.Я., Личко А.Е. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков. Методика исследования. - СПб, 1992 – 38 с.
6. Корнилова Т.В., Чудина Т.В. // Психолог. журн. - 1990 - № 4 - с. 32-37.
7. Крылов А.А., Ронгинская Т.И. Исследование личности с помощью модифицированной формы В опросника FPI. // Практикум по экспериментальной и прикладной психологии. Под ред. Крылова А.А. Л.: Изд-во ЛГУ, 1990 - с. 51-60.
8. Личко А.Е., Иванов Н.Я. // Патохарактерологические исследования у подростков. Под ред. Личко А.Е., Иванова Н.Я. - Сб. тр. Лен. НИПНИ им. В.М.Бехтерева, т. XCVI - Л., 1981.
9. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология: Руководство. - Л.: Медицина, 1991 - с. 84-92.
10. Люшер М. Цвет вашего характера. - Пер. с англ. - М.: «Рипол классик», «Вече», 1997 – 236 с.
11. Оганезов А.С., Суменко О.В. // Вопр. психологии. - 1990. - № 1 - с. 154-157.
12. Перре М. // Соц. и клинич. психиатрия. - 1996 № 1 - с. 45-53.
13. Райгородский Д.Я. (ред. - составитель). Практическая психоiagnosticsика. Методики и тесты. Уч. пособие. - Самара: Изд. Дом «БАХРАХ», 1998 - с. 511-528.
14. Собчик Л.Н. Метод цветовых выборов. Модифицированный цветовой тест Люшера. Методическое руководство. - М., 1990.
15. Тихомиров О.К., Собчик Л.Н., Гурьева Л.П., Гарбер И.Е. и др. // Вопр. психологии. - 1990 - № 2. - с. 136-143.
16. Тихомиров О.К., Собчик Л.Н., Гурьева Л.П., Гарбер И.Е. // Там же. - 1991 - № 5. - с. 114-122.
17. Ходош А.М. // Там же. - 1991 - № 6. - с. 149-154.

## ПАНИЧЕСКИЕ АТАКИ - ПРОБЛЕМА ИНТРАПСИХИЧЕСКИХ КОНФЛИКТОВ И ПСИХОАНАЛИЗ

к.м.н. Н.В.Тутер

Соматические проявления, обусловленные, в основном, вегетативной симптоматикой, такие как: пульсация, сердцебиение, учащенный пульс, потли-

вость, озноб, трепор, чувство нехватки воздуха, одышка, ощущение кома в горле, боль и дискомфорт в левой половине грудной клетки, затруднение дыха-

хания, удушье, тошнота и абдоминальный дискомфорт, ощущение головокружения, неустойчивость, лёгкость в голове, предобморочное состояние, чувство дереализации, деперсонализации, страх сойти с ума или совершить неконтролируемый поступок, страх смерти, ощущение онемения или покалывания (парестезии), волны жара и холода, полиурия и сопровождающиеся тревогой, называются ПА, согласно классификации DSM - IV. ПА развивается внезапно, включает 4 или более выше перечисленных симптома и достигает своего пика в течение 10 минут. Подобное состояние З.Фрейд в 1895 г. назвал неврозом тревоги. Современное название этого состояния "панические расстройства". При неврозе тревоги неспецифичные, воспринимаемые лишь бессознательно сигналы опасности способны "запустить" приступы тревоги, благодаря особой предрасположенности субъекта к тревожным ощущениям, сформировавшимся в результате особых переживаний. Таким образом, возникновение ПА связано с последней каплей внутренних переживаний.

Нами обследовано 28 человек с ПА из них: 23 женщины и 5 мужчин. По индексу типичности ПА распределились следующим образом: 8 человек - типичные ПА (ит 1-0,7); 14 - атипичные ПА (0,6-0,5); 5 человек демонстративные припадки (меньше 0,5).

Суточное распределение ПА было следующим: 26 случаев – ПА бодрствования, 2 случая – ПА сон - бодрствование

Имели место следующие коморбидные состояния:

Головные боли напряжения – 4 случая

Боли в спине - 6 случаев

Боли в животе - 2 случая

Клаустрофобия - 8 случаев

Агорафобия - 5 случаев

Полиурия - 3 случая

Тошнота, рвота - 4 случая

Постоянная тревога – 7 случаев

В задачи исследования входило:

1. Выявление глубинных конфликтов и соотнесение их с клиническими проявлениями.

2. Выявление и анализ путей патологической адаптации при наличии внутренних конфликтов.

3. Анализ и соотнесение психологических проявлений и глубинных психологических проблем.

4. Проведение комплексной терапии (психоанализа, элементов рациональной психотерапии, релаксирующей гипнотерапии), для устранения клинических проявлений, осознания внутренних психологических проблем и формирования новых путей адаптации у больных с ПА.

В работе были использованы следующие методы:

1. Клинико-неврологическое исследование с применением вегетативной анкеты, структурного

опросника описания ПВП (Г.М.Дюкова, О.В.Воробьёва, Э.П.Шепелева).

2. Клинический анализ профиля личности методом MMPI в модификации Ф.Б.Березина.

3. Анализ личностных качеств с использованием 16-ти факторного личностного теста Кеттелла.

4. Изучение глубинных психологических проблем и путей их адаптации (тест Л.Сонди в модификации Л.Н.Собчик).

5. Выявление и исследование внутренних психологических конфликтов, приведших к возникновению ПА и ДП с использованием рисуночных тестов (Б.Е.Егоров, О.Ф.Потёмкина).

6. Проведение психоаналитически ориентированной психотерапии с целью осознания внутренних проблем и формирования новых путей адаптации.

В результате исследований выявлено, что у пациентов с типичными ПА: по тесту МИЛ – высокая свободно плавающая тревога; по тесту Кеттелла у больных с тПА интеллект ниже, чем в других группах; по тесту Сонди для больных с тПА характерно (вектор Н+), т.е., любовь к конкретным людям, нежность, податливость, мягкость характера. S+ - указывает на садомазохистские тенденции в сексе и в других сферах жизни; садомазохистский дуалюнион с родителями.

Устранение акций влечения из осознанных потребностей (Р 0) посредством вытеснения или через навязчивости. Д+-; М0 – отсутствует тенденция к застrevанию. Личность не способна решить проблему контактов и остаётся амбитентной. Цепляние окрепло в результате амбивалентности в поиске, но прилипание и детское инцестуозное застrevание на старом объекте привязанности мешает реализовать поиски нового объекта. Сонди называет это состояние "стоянием на углу", т.к. оно не способствует дальнейшему развитию контактов с окружающими. Но формально межличностное общение у больных с тПА сохранено больше, чем в 2-х других группах (рисуночные тесты; признак Р 3). Это указывает на конфликт между формально сохранённым межличностным общением, инцестуозным застrevанием и невозможностью найти новый объект. Невозможность разрешения этого конфликта, исходная ипохондричность этих больных приводит к тПа.

У больных с аПА меньше, чем в других группах представлена демонстративность. Интеллект по тесту Кеттелла в этой группе достоверно выше, чем у больных с тПА. Для них, так же как для 1-й группы характерно недоверие, подозрительность (Н0; С0), такая позиция вектора говорит о перманентном удовлетворении эрос – потребности в профессиональной или духовной деятельности, т.е. о социализации влечения, сублимации. Отсутствие, как наступательной активности позиции, так и мягкой, пассивной, т.е. нет потребности, как в мужествен-

ном, так и в женственном поведении, как в садизме, так и в мазохизме. В центре переживания во всех 3-х группах стоят этико-моральные проблемы. Акции влечений устраняются из осознанных потребностей через навязчивости ( К+; Р ), как в гр. с тПА. Пролонгированная связь с одним из родителей, проявляющаяся инцестуозной любовью или ненавистью. В связи с этим бессознательный эмоциональный возраст – инфантильный. Имеет место, как и в остальных группах, нарушение базовой и социальной половой идентификации. Замещать родительскую связь может приверженность идеи, гуманистическая направленность. Межличностное общение у больных с аПА затруднено в определённых значимых ситуациях. По данным корреляционного анализа, чем лучше контакт с окружающими, тем большая удовлетворённость от секса, человек больше устремлён в дом, семью, доброжелательнее, взрослеет. Чем больше признаётся нужность половых отношений, тем старше бессознательный эмоциональный возраст и чем выше личностная самооценка, тем лучше бессознательная окраска настроения и перспектива.

Для группы ДП было достоверно получено: выраженность демонстративных черт (70 Т по 3-й шкале МИЛ), самый высокий интеллект (8, 3 по шкале В в тесте Кеттелла). Значение Н+ - в тесте Сонди указывает на потребность в личной и коллективной нежности, иногда – на сексуальную недифференцированность. S – говорит о мазохизме, но без отказа от персональной любви, самопожертвовании. Вектор пароксимального влечения ( Е+; Ну+ ) указывает на экгибиционизм, демонстративность окружающим стремления к добру. Р+ говорит об инфляции, безмерном расширении Я, мании величия. Вектор контактного влечения указывает на двойственность в сфере контактов (верность борется с неверностью, коммуникабельность с замкнутостью). По результатам рисуночного теста межличностное общение в группе с ДП достоверно хуже. Имеет место постоянная привязка половых отношений к требованиям к партнёру. Личностная самооценка – выше среднего. По данным корреляционного анализа, чем лучше больной ДП понимает себя, свои проблемы, окружающих, тем хуже у него межличностное общение, тем больше секс используется как метод влияния на партнёра; чем лучше межличностный контакт, тем хуже бессознательная окраска настроения.

Таким образом, у больных с тПА и аПА конфликты формируются в прегенитальный период развития личности, поэтому при неблагоприятных обстоятельствах они регressируют до более ранних стадий развития. И в том и в другом случае имеет место неразрешённый Эдипов комплекс. У больных с аПА за счёт высокого интеллекта идёт сублимация за счёт работы, интересных интеллектуальных занятий, тогда как у больных с тПА происходит

ипохондризация и соматизация неразрешённых внутренних конфликтов.

У больных с ДП конфликт формируется позднее, в генитальную фазу развития. Он лежит на поверхности и больше доступен осознанию. Поэтому цель истерического поведения – вовремя распознать опасность и уйти от осознания конфликта. Таким образом, общим для типичных и атипичных панических атак является:

1. Дистармоничность психосексуального развития на прегенитальном уровне.
2. Инфантильный бессознательный возраст.
3. Неразрешённый Эдипов комплекс.
4. Нарушение полоролевой идентификации базовые или базовые и социальные.
5. Нарушение межличностного и социального общения.
6. Основной тип психологической защиты – вытеснение.

Особенности:

Типичные панические атаки

1. Средний интеллект
2. Ипохондричность, соматизация
3. Высокая тревожность

Атипичные панические атаки

1. Высокий интеллект
2. Широкая возможность сублимации (социализация влечений)

Конверсионные расстройства:

1. Демонстративность
2. Психосексуальные нарушения на генитальной фазе
3. Бессознательный возраст старше реального.
4. Высокий интеллект на фоне демонстративного поведения.
5. Использование сексуальных отношений для манипуляции партнёром.
6. Нарушение социальной половой адаптации.

Результаты исследования выявили наличие бессознательных конфликтов у исследованных пациентов и показали необходимость применения психоаналитической психотерапии у этих больных с учётом выявленных особенностей.

В силу сложности и неоднородности психологических конфликтов больные находятся на разных этапах лечения и статистическая обработка результатов лечения пока невозможна. Поэтому результат применения психоаналитической психотерапии мы покажем на примере 1-го клинического случая.

Пациентка 33-х лет, образование высшее, страдает ПВП в течение 3-х лет. Индекс типичности - 0,5. Больную беспокоили пароксизмы общей слабости, несистемного головокружения, боли в эпигастриальной области, тревоги.

Родители развелись, когда больной было 3 года, мать осталась с двумя девочками – близнецами.

Мать крикливая, истеричная, давящая женщина. Отец регулярно приезжал к детям, после развода между родителями установились хорошие отношения. Девочки росли дикими, нелюдимыми. Особенно терялись, если в гости приходил незнакомый мужчина. Отношения между сёстрами были агрессивными, они несколько смягчились в 13 лет, после заболевания сестры сахарным диабетом. Объединяла сестёр борьба против матери. С детства наша пациентка была лидером, инициатором всех затей. Пассивная, безвольная сестра воспринималась её как факт, с которым надо мириться. Мама к сестре относилась мягче, щадила её, объясняя это болезнью сестры. Девочки хорошо учились. Закончили институты: наша больная - Ин-яз, сестра - медицинский (психиатр). После окончания института пациентка, обучившись в США, стала специалистом по инвестициям и смогла содержать всех членов своей семьи: мать, сестру, отца и его новую семью. Сестра, проработав непродолжительное время по специальности, родила вне брака ребёнка и "впала в анабиоз". Сахарный диабет был компенсирован и не являлся причиной ухода с работы. Наша пациентка всех опекала, чувствовала себя ответственной за всех. Личная жизнь у пациентки не устроена. Своей семьи или каких-то стабильных отношений нет. На этом фоне возникли выше описанные ПВП.

Клинические проявления ПВП прекратились после 10-го сеанса.

До лечения по тесту МИЛ высокие показатели были по шкале К (70Т), 1(60Т), 3(75Т) (конверсионная пятёрка), 6(65Т), 9(60Т). Через 5 месяцев лечения шкала К (60Т), 1(50Т), 3 (63Т), 6 (45Т). Последнее исследование – ещё через 5 месяцев показало дальнейшее снижение К (56Т), 1 (43Т), 3 (52Т), 6 (35Т). Уменьшились ипохондрические и демонстративные проявления, аффективная ригидность.

По тесту Кеттела повысилась самодостаточность - значения по шкале Q2 (с 2-х до 5), самоконтроль - Q3 (с 2-х до 4-х), понизилась напряжённость, фрустрированность - шкала Q4 (с 8 до 5).

Фактор Н-Эрос до лечения был направлен на стремление к идеальной любви к человечеству, либидозная персональная нежность вытеснялась или подавлялась. Последующие исследования показали изменение направления Эрос-фактора в сторону персональной любви и нежности.

Снизилась демонстративность (Ну), вместо присвоения мужской позиции (К+,Р+), появилась более мягкая тенденция к приспособлению (К-,Р-). Сначала вектор контактного влечения (Д0, М0) указывал на невозможность позитивных перемен в межличностном общении, т.к. дальнейшая связь с матерью уже невозможна, а передоверие к объектам мира – отсутствует потому, что всё, что не мать воспринимается как чужое. В процессе лечения проявились более глубинные проблемы негативно-

го Эдипова комплекса – пролонгированное застравание к матери.

По результатам рисуночных тестов было получено: улучшение межличностного общения, хотя остаются сложности в определённых значимых ситуациях. Повысилась значимость половой функции, но остаётся страх интимного общения. У женщины появился шантажный пояс использования секса для манипулирования партнером. У мужчины-космонавта нет шантажного пояса, т.к. ему всё позволено и, он может использовать секс по назначению. В процессе терапии проявилась мужская идентификация, т.к. пациентка вынуждена была взять на себя роль мужчины в семье. Скафандр указывает на отсутствие реального ощущения своего тела. Усталость от отсутствия тела объясняется тем, что больная не получает сексуальной разрядки. Бессознательный эмоциональный возраст указывает сначала на усталость от той функции, которую она была вынуждена выполнять - глава семьи. Инфантильный возраст показывает постепенный уход от этой тяжёлой роли и переход к своему реальному возрасту. Половая идентификация восстановилась не сразу, а через инфантильный возраст - 11 лет, который является необходимым переходным этапом терапии. В 3-м рисунке, хотя половая идентификация формально восстановлена, но помимо страха интимных отношений, остаются отзвуки той мужской фигуры (вытянутые ступни у женщины) и явный фаллический символ – торшер в "Я-тести", что и является на данный момент основой конфликта, который мы дорабатываем.

На рисунках "Семья" постепенно появляются детали, указывающие на восстановление межличностных отношений в семье. На 1-м рисунке больная себя не нарисовала, девочка - это её сестра-близнец. Между родителями отсутствует понимание, интимное общение, они только ругаются. На 2-м рисунке появляется она в виде 2-х такс. Это отражает её функции в семье – она охраняет, сторожит дом. На этом этапе лечения существует ещё выраженная усталость от семьи (дом 100, 50 лет). На последнем рисунке ещё остаётся также структура семьи, но уже восстановилось её нормальное восприятие, что подготавливает больную к снятию с себя той обременительной функции и созданию своей собственной семьи.

Таким образом, ещё остаются:

1. Конфликт между женской и мужской половой идентификацией
2. Остаётся мужская позиция "главы семьи"
3. Психосексуальные нарушения
4. Неразрешённый негативный Эдипов комплекс
5. Сложности межличностного общения
6. Конфликт с сестрой?..

*Результаты рисуночных тестов:*

- 
1. Снижена интеллектуальная и личностная самооценка
  2. Имеют место психосексуальные расстройства, даже при формальном признании нужности половой жизни
  3. Нарушение половой идентификации
  4. Нарушение эмоциональных межличностных отношений, усталость от семьи.

*Результаты теста Сонди:*

1. Наличие психосексуальных расстройств во всех группах, но у больных с паническими атаками они имеют более раннее происхождение
2. Наличие проблем Эдипова комплекса, выраженное в застравлении на одном из родителей (более выраженное у больных с ТПА)
3. Нарушение межличностного социального общения во всех группах.
4. Выраженная демонстративность у больных с ДП.

## К ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ (КОМПЬЮТЕРНЫХ) ВИРТУАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ТРАНСПЕРСОНАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Е.А.Файдыш

Работа с образами глубинного бессознательного, архетипической символикой играет очень большую роль во многих школах современной психотерапии и психологии. Однако архетипическую информацию обычно очень трудно выразить в привычном нам виде, описать словами, нарисовать, даже людям, владеющим пером и кистью. Что же говорить об обычных пациентах. Все это сильно усложняет психотерапевтический процесс, зачастую снижает его эффективность. В этом отношении большие перспективы имеет использование современных компьютерных технологий, виртуальной реальности. Особенно в сочетании с новыми концепциями квантовой механики о взаимодействии сознания человека с физической реальностью.

Подавляющее большинство современных устройств для изучения и объективизации биологических полей построены по традиционной технологии последовательной обработки сигнала. В этом случае сначала специальный чувствительный элемент (датчик) воспринимает сигнал, затем он анализируется, перерабатывается и распознается. Иными словами используется атомистская парадигма “сначала расчленить, а затем собрать заново”. Такой подход неплохо работает в привычной нам технике, однако, плохо применим к сложным неравновесным системам, живым существам. Представьте себе, что Вы получите, если сначала разрежете живое существо на мелкие кусочки, а потом попытаетесь его “собрать заново”.

Особенность всего живого и других неравновесных систем в их целостности, принципиальной “нерасчленимости”. Соответственно предполагаемые методики объективизации информационных полей построены на холистических принципах и базируются на современных концепциях квантовой механики и синергетики. В этом случае невозможно выделить отдельные функциональные элементы (датчики, анализаторы и т.д.). Они как бы “размазаны”

по всей системе в целом, не находятся в каком-то конкретном месте, так же как на голограмме не возможно указать где находится какой-то конкретный элемент изображения.

Такой “голографический” или, говоря более строго, фрактальный принцип организации характерен именно для живых объектов, сложных экологических и социальных систем. Лишь в последние десятилетия он начал проникать в современную технику, базируясь на качественно новой научной парадигме квантовой механики, синергетики, теории фрактальных множеств. Одним из примеров такого подхода могут служить уже широко используемые в современной технике нейрочипы и новая, бурно развивающаяся область квантовых компьютеров.

Чтобы понять, каким образом можно считывать информацию из прошлого и будущего, остановимся сначала на самой концепции времени, причинно-следственных связей. Мы рассмотрим модель времени, обобщающую представления современной физики и древние концепции тантрической философии.

В современной ортодоксальной науке распространена чрезвычайно примитивная модель времени. В ней прошлое, настоящее и будущее располагаются на, так называемой, оси времени, а будущее детерминируется причинами, лежащими в прошлом. Наиболее ярко такая модель времени выражена в Лапласовском детерминизме, где вселенная уподобляется огромному часовому организму и прошлое совершенно однозначно определяет будущее. Не говоря уж о том, что в такой концепции линейного, жестко детерминированного времени начисто отсутствует свобода воли, она полностью расходится с данными современной физики, в первую очередь, квантовой механики и термодинамики неравновесных систем. Тем не менее, в сознании обычного человека укоренилось именно такое представление о времени.

---

ление о настоящем, прошлом и будущем. Отсюда и огромная популярность фальсифицированной астрологии, где положения планет жестко детерминируют судьбу человека, и примитивных толкований кармы, как неотвратимой неизбежной судьбы, обусловленной прошлыми поступками.

При подобных представлениях и любое гадание воспринимается, как неизбежный и неотвратимый приговор. Если же мы обратимся к древним эзотерическим традициям и развитым в них гадательным системам, то мы увидим совершенно иную картину. В одной из самых совершенных гадательных систем, Китайской Книге Перемен, будущее воспринимается, как множество более или менее вероятных тенденций, реализация одной из которых определяется соответствующим поведением человека. То есть гадательный процесс определяет некий “коридор”, внутри которого Вы можете выбирать нужное направление. Иными словами причины, лежащие в прошлом, только создали некие предрасположенности, а не жестко предопределили будущее.

Очень глубоко развита концепция времени в индийской и тибетской тантрической традиции. Там время воспринимается как поток, движущийся из будущего и при взаимодействии с миром объектов рождающий настоящее, постоянно меняющее этот мир (в европейской традиции время движется из прошлого в будущее, отсюда и детерминизм причинно-следственных связей).

С этой точки зрения причинно-следственные связи являются скорее иллюзией, так как ни о какой жесткой предопределенности будущего прошлым уже не может быть и речи. Тут можно говорить только о спектре виртуальных (возможных) будущих.

В этом легко убедиться, проделав простой мысленный эксперимент. Представьте, что с Вами или Вашим знакомым произошли в будущем разные изменения судьбы. Вы разбогатели или обеднели, сделали карьеру или застряли на старой должности, переехали в другую страну или остались там же, где раньше. И любой из таких столь разных поворотов судьбы Вы легко сможете объяснить причинами, лежащими в прошлом. Отсюда ясно, что Ваше прошлое ничего не детерминирует в будущем, в лучшем случае лишь меняет вероятные тенденции.

Позиция современного человека похожа на водителя, который пытается управлять машиной, сидя спиной к дороге. Убегающий назад ландшафт и есть те самые причины, лежащие в прошлом. Если дорога без резких поворотов и встречного движения такой способ вождения может сойти. Однако любая неожиданность впереди приведет к катастрофе. В Тантре огромная роль отводится специальным методикам, позволяющим “поворнуться лицом к направлению движения”. Для них даже существует специальный термин Paravritti (оборачивание). Вла-

деющий ими человек получает возможность выбирать один из потоков времени, несущихся из будущего и осмысленно формировать свою судьбу. Но такой уровень достигается только после многолетней эзотерической практики.

В этом отношении использование гадательных систем намного проще. Продолжая аналогию с водителем, вы не оборачиваетесь лицом к движению, а используете маленькое зеркальце, чтобы иногда смотреть вперед.

К сожалению, объем статьи не позволяет подробнее остановиться на основных древних и современных представлениях о природе времени. Поэтому рассмотрим гипотетическую концепцию времени, разработанную автором на основе обобщения и синтеза современных физических моделей и эзотерических учений Тантры, Даосизма и Китайской Книги Перемен. Мы естественно не будем излагать ее в полном объеме, а остановимся только на тех аспектах, которые непосредственно связаны с процессом сканирования.

Основу модели составляет представление о виртуальном будущем, которого мы касались ранее. Иными словами каждый объект или процесс нашего мира имеет множество вариантов будущего, которые могут реализоваться с разной степенью вероятности. Естественно, чем дальше в будущее мы смотрим, тем шире спектр возможностей. Хотя возможен вариант и своеобразной самофокусировки, когда разные варианты судьбы часто в далеком будущем снова сходятся вместе. Такая возможность отражена в разнообразных древних и современных историях о роке, фатуме и т.д. Хорошей метафорой такого представления является движение вверх по дельте реки, состоящей из множества извилистых рукавов и протоков. Каждый из них и отображает один из вариантов судьбы. Ширина является аналогом вероятности выбора этого варианта развития событий.

В данной модели поток времени (виртуальное будущее) идет из будущего к настоящему, то есть, противоположен традиционной стреле времени. В свою очередь, поток виртуального будущего определяется взаимодействиями всех объектов и планов нашей вселенной, с высшими, надматериальными силами (божественное пророчество), флюктуациями пространственно-временного континуума (элементом спонтанности) и, возможно, другими факторами. Небольшая часть виртуального будущего, комплиментарная индивидуальным свойствам данного существа или неживого объекта формирует его личное виртуальное будущее.

Таким образом, традиционная причинность выступает как один из факторов, обуславливающих будущее. А свобода воли проявляется, как возможность выбора (повышения вероятности реализации) одного из вариантов виртуального будущего. Инструментами проявления свободы воли являются, как

---

способность предчувствования точек ветвления (моментов, когда возникает "развилка" с возможностью выбора нескольких вариантов будущего), вариантов судьбы, так и способность к волевой концентрации, "притягивающей" нужный вариант развития судьбы. Именно в последнем проявляется очень важное свойство временного континуума - возможность резонансных "дистанционных" взаимодействий между будущим и настоящим.

Именно это свойство лежит, как в основе большинства методов предсказания судьбы, так и магической коррекции будущего. В частности, это свойство проявляется в известном с глубокой древности феномене синхроничности. Чтобы лучше понять его природу, используем представления современной квантовой механики, развитые в работах М.Планка, А.Кестлера, Д.Бома.

Исходя из квантово-механических представлений о физической реальности, все объекты нашего мира рассматриваются как волновые пакеты, как бы "размазанные" по всему 4-х мерному пространственно-временному континууму.

Иными словами только часть физического объекта заключена внутри того, что мы называем его границами, поверхностью. Другая, хотя и значительно меньшая часть, задаваемая "хвостами" волновых функций составляющих его элементарных частиц, атомов, молекул находится в любой точке нашего физического пространства. То есть жесткая локализация неживых объектов и живых существ внутри границ их поверхности является иллюзией нашего восприятия. Очень интересно, что такая картина реальности, открытая нашей физикой во второй половине XX века, была известна в индийской Тантре уже в глубокой древности. И именно на ней базировались самые мощные мистические и магические практики древности (мантра-йога, янтры и мандалы, психотронные генераторы и резонаторы и т.д.).

Очень важным для нашего рассмотрения является полная справедливость вышесказанного и для временного измерения 4-х мерного пространства - времени. То есть каждый физический объект только частично находится в данном моменте времени, какая-то его часть лежит в прошлом, какая-то в будущем. Иными словами, и на временной оси объект описывается пакетом волновых функций.

Отсюда непосредственно следует, что в каждой точке настоящего присутствуют "хвосты" волновых функций объектов из далекого будущего. А правильнее сказать, из различных виртуальных будущих. Ну и естественно, чем выше тенденции и реализации данной возможности виртуального будущего, тем будет более выражена в настоящем его волновая функция.

#### *Синхроничность*

В такой картине реальности очень тесно могут

быть связаны физические объекты и процессы, внешне вроде бы никак не взаимодействующие и разнесенные как в пространстве, так и во времени. Подобная связь и известна с глубокой древности, как феномен синхроничности. На ней базировалось большинство магических техник взаимодействия с удаленными объектами и работы с будущим, прошлым. В качестве одного из примеров можно привести алхимию, где химическая реакция оказывается теснейшим образом связанный с процессами микро - и макрокосмоса. И определенные трансмутации (превращения) химических элементов, с одной стороны, отражали, а с другой - изменяли процессы как на уровне биосфера и ноосфера планеты, так и на уровне организма, психики человека.

Подобного рода взаимодействия были экспериментально подтверждены и в современных исследованиях. Так, в книге Р.Шелдрейка приводится пример с синтезом кристаллов безводного этилендиаминтартрата, который осуществлялся на нескольких заводах, расположенных в разных странах в удаленных друг от друга уголках нашей планеты. Когда на одном из заводов возник новый гидрат, испортивший поверхность кристалла, это явление тут же распространялось и на другие заводы.

Аналогичным является, так называемый, эффект "сотовой обезьяны". Если в животной популяции, например, среди обезьян данного региона, тот или иной навык усваивает определенное критическое число животных, он мгновенно распространяется по всем другим стадам, не имеющим непосредственного физического контакта (например, находящимся на другом острове). Это может быть мытье картофеля, открывание бутылок с молоком и т.д.

Во всех подобных случаях мы сталкиваемся как раз со взаимодействием через 4-х мерные волновые функции физических объектов или, с так называемым, нелокальным взаимодействием.

Таким образом, оракул или гадательный процесс позволяет проявить такое нелокальное взаимодействие волновых функций из будущего с настоящим. Рассмотрим теперь более подробно, как это происходит.

Мы уже говорили, что личное виртуальное будущее определяется взаимодействием потока виртуального будущего, идущего к настоящему, и личностных, кармических особенностей судьбы данного человека. Поэтому первый этап любого процесса определения будущего-прошлого или дистанционного съема нелокальной информации связан с приготовлением своеобразного алхимического "сплава" из волновых функций данного человека и "хвостов" волновых функций, идущих из различных вариантов виртуального будущего-прошлого, других точек нашего пространства.

В результате мы получаем распределение вариантов судьбы, личного виртуального будущего. Важнейшим элементом этого процесса является макси-

---

мально глубокая концентрация на тех аспектах будущего, которые требуется узнать (личная жизнь, карьера, тенденции политических процессов и т.д.). Это позволяет выделить из невообразимого множества вариантов виртуального будущего те, которые представляют для Вас максимальный интерес и усилить их проявление в настоящем, как бы “вытянуть” их из будущего.

Следующий аспект гадательного процесса связан с использованием специальных усилителей, позволяющих уловить очень слабые, подчас ничтожные проявления будущего в настоящем. К ним относятся различные психоэнергетические устройства, такие как магические зеркала, биорезонаторы, магические жезлы и т.д. В качестве такого усилителя может выступать человек, обладающий повышенной сенситивностью и прошедший соответствующее обучение (медиум). Кроме того, в различных эзотерических традициях весьма распространена практика использования оракула - тонкоматериальной сущности, духа, гораздо более чувствительного к ничтожнейшим проявлениям виртуального будущего в настоящем. Но, такой процесс проникновения в варианты будущего, пожалуй, наиболее сложен и требует погружения в глубокое трансовое состояние, нуждается в специально подготовленном медиуме, через которого происходит общение с духом.

#### *Детектор*

Третий существенный элемент сканирования - специальный детектор, физический или химический процесс, способный уловить и проявить информацию о возможных линиях виртуального будущего. Обычно, в таком детекторе обязательно присутствует какой-то случайный процесс. Говоря языком современной физики, процесс с ветвящимися бифуркациями - скачкообразными переходами в одно из нескольких возможных состояний. Важной особенностью таких бифуркаций является исчезающее малая физическая энергия, необходимая для перехода в одно из таких состояний. Это и определяет саму возможность считывания информации через ничтожные энергии, поступающие от “хвостов” волновых функций из виртуального будущего.

В качестве такого процесса может выступать выбрасывание монет или вытаскивание случайной комбинации палочек из пучка (Китайская Книга Перемен), выбор комбинации карт из колоды (Карты Таро и т.д.); фигуры и символы, возникающие при застывании расплавленного воска, растрескивание кости в огне (гадание на бараньей лопатке, панцире черепахи) и т.д. Различных примеров такого рода люди изобрели невероятное множество. Однако практически все они используют случайные процессы с ветвящимися бифуркациями.

Важно подчеркнуть, что смысл сканирования

случайному процессу придает именно концентрация над вопросом, проблемой. Именно она настраивает процесс на волновые функции из виртуального будущего. Ну и, конечно, успех сканирования во многом определяется используемыми усилителями. То есть, и человек, и усилитель, и детектор выступают, как единая система, которая только как целое способна уловить информацию из виртуального будущего.

Ну и, конечно, такая информация поступает обычно в виде образов, символов, правильная расшифровка которых, толкование применительно к конкретной ситуации и судьбе является очень не простой задачей. Тут-то и требуется очень высокий профессионализм.

#### *Новые технические системы*

Рассмотрим теперь, какие новые способы прогнозирования будущего открывают достижения современной науки и техники. Как мы помним, одним из важнейших условий гадательного процесса является наличие ветвящихся бифуркаций, превращающих его в чувствительный детектор потоков виртуального будущего. Открытия современной физики, в особенности синергетики и термодинамики неравновесных систем, позволили обнаружить множество физико-химических процессов, способных выступать в качестве подобных детекторов. Особого внимания заслуживают процессы, обладающие фрактальной структурой, остановимся на них более подробно.

#### *Фрактальные множества*

Одной из характерных особенностей фрактальных множеств является крайне высокая чувствительность результирующих траекторий к ничтожному изменению начальных условий. Особенно сильно эта особенность проявляется в области границы устойчивости решений. Именно это и делает фрактальные множества очень перспективными для использования в качестве чувствительных детекторов “хвостов” волновых функций, идущих из будущего.

Помимо этого, фрактальные множества обладают необычайно сложной структурой с удивительной гармонией и симметрией. Причем, уникальным является неограниченная сложность каждого мельчайшего элемента фрактала, при увеличении которого возникают все новые и новые геометрические формы, не менее сложные, чем исходная картина. Такая “вложенность” создает уникальную возможность поиска самых разнообразных форм и образов внутри одного и того же математического объекта. Как мы помним, таким удивительным разнообразием не обладает ни один традиционный гадательный процесс. То есть, использование фрактала от-

---

крывает ранее недоступные возможности настройки на самые разнообразные образы виртуального будущего.

К тому же фрактальные множества имеют свойство самоподобия. То есть, несмотря на удивительное разнообразие образов, скрывающихся внутри одного фрактала, все они несут и нечто общее, какой-то элемент, архетип формы, который повторяется в каждом из них. Иными словами, все части данного фрактала имеют общую преднастройку, что может резко повысить добротность резонанса с информационными потоками из виртуального будущего.

Все вышеперечисленное делает фракталы весьма перспективным кандидатом на роль оракула. Конечно, можно использовать физические или химические процессы, порождающие фрактальные множества, но гораздо удобнее фракталы, генерируемые компьютером. Их мы и будем рассматривать в дальнейшем.

В наших экспериментах мы использовали профессиональные программные пакеты, предназначенные для расчета фрактальных множеств. Главным образом, пакеты Fractint, Chaos и библиотеки фрактальных множеств на лазерном диске.

### *Процедура сканирования*

Процедура сканирования осуществлялась следующим образом. Вначале проводились подготовительные этапы, включающие:

1. психоэнергетическое очищение и защиту места сканирования и его участников (включая и компьютер).

2. формулировка вопроса или проблемы, на которую желательно получить ответ; вопрос должен быть сформулирован таким образом, чтобы ответ не был да-нет, а описывал тенденции развития личностной ситуации.

3. концентрация на вопросе (тут так же использовались специальные психоэнергетические устройства и аудиовизуальные средства).

После этого происходил выбор фрактального множества, несущего ответ на вопрос. При этом использовалось несколько методик. В простейшей выбор производился из каталога различных типов фракталов программного пакета или библиотеки заранее отобранных фрактальных множеств на лазерном диске. Для выбора применялось два основных способа:

- случайным нажатием клавиш курсор перемещался по элементам каталога и, в произвольный момент времени происходила остановка и выбор. При этом проводящий гадание оператор не видел положения курсора, так как видеомонитор закрывался экраном. Такой вариант гадания мог проводиться двумя людьми, если задаваемый вопрос касался обоих. При этом один из

них перемещал случайным образом курсор, а другой определял момент остановки. Если каталог имел иерархическую структуру, процедура выбор повторялась несколько раз, вплоть до определения конкретного фрактала; в другом варианте выбор осуществлялся по возникновению тепловых ощущений, пульсаций в пальцах, передвигаемых вдоль списка фракталов или иерархического каталога.

После того, как одним из перечисленных способов был выбран фрактал, наступал этап его интерпретации. При этом использовались методы выделения и толкования символов, известные в традиционных культурах Востока и Запада, в современной транспersonальной психологии. Кроме этого, для более глубокого проникновения в символику использовались последовательные увеличения отдельных элементов данного фрактального множества, разные программы динамического преобразования цветов изображения. Последние способы работы с символикой принадлежат к преимуществам использования фрактальных множеств и недоступны в традиционных гадательных системах.

Конечно, процесс интерпретации ответа является довольно сложным делом, требующим хорошего знания архетипической символики. Поэтому нами был разработан вариант совмещенного гадания, где в процессе выбора определялась одна из гексаграмм и-цзин и соответствующий ей фрактал. При этом фрактал выступал, как важная дополнительная информация, позволяющая углубить и расширить толкование гексаграммы. Важно подчеркнуть, что в процессе такого гадания отсутствовала жесткая связь гексаграмма - определенный фрактал. Она формулировалась каждый раз заново и определялась используемым алгоритмом с несколькими уровнями бифуркаций в точках ветвления.

### *Libretto*

Дальнейшим развитием данного подхода является методика и соответствующая компьютерная программа, позволяющая получать более сложные динамические (движущиеся, анимированные) образы. Она была инсталлирована на портативный компьютер (Libretto 50CT) и позволила сканировать формы информационных полей в различных точках земной поверхности (местах силы, древних культовых сооружениях), а также индивидуальные архетипические образы, связанные с личностными проблемами человека.

Принципы работы данной компьютерной программы также базируются на взаимодействии 4-х мерных волновых функций с процессором компьютера. В этом случае, роль чувствительного элемента играет каскад бифуркаций – программ-

---

---

но генерируемых случайных переходов, где в каждой точке ветвления имеется выбор из нескольких сотен или даже десятков тысяч возможностей. Детектирование информационных полей происходит за счет деформации идеальной кривой распределения случайного процесса. Причем, как было показано в исследованиях американских ученых, для этого требуются исчезающие малые энергии.

Огромная роль в этом процессе принадлежит психике человека. Именно концентрация на определенных аспектах окружения, ситуации, личностной проблемы позволяет выделить из бесконечного множества "хвостов" волновых функций те, которые имеют значение для сканируемого образа. При этом, как уже говорилось раньше, происходит нелокальное взаимодействие психики человека, компьютера и волновых функций окружающих объектов.

В использовавшейся версии программы построение сканируемого образа происходит из находящихся в памяти компьютера элементов сцен и объектов. В рабочей версии программы ими являлись: фоновое изображение, несколько 3-х мерных геометрических фигур (также могли меняться их размеры, цвет и текстура поверхности), траектории их вращения и траектории движения по экрану, закон изменения заданных траекторий во времени. Выбор каждого из этих элементов осуществлялся из сотен и тысяч возможных вариантов.

Результатом являлось изображение, состоящее из неподвижной фоновой картинки и движущихся по довольно сложным, связанным с друг другом траекториям 3-х мерных фигур (при этом они еще вращались, меняли цвета). Вероятность случайного появления одного из таких изображений была, примерно, один из нескольких миллионов. Естественно, на приводимых далее иллюстрациях показан лишь один из временных срезов каждого из таких движущихся и все время изменяющихся изображений. Однако, несмотря на движение, в каждом таком изображении присутствовал некий достаточно стабильный архетип, связанный со сканируемым объектом.

В данном случае механизм сканирования базировался на, так называемом, топологическом резонансе, когда в каждой точке бифуркации выбирался элемент сцены с максимально близкими очертаниями и динамическими паттернами к оригиналу (благодаря интерференции волновых функций оператора и сканируемых информационных полей в процессоре компьютера, деформация исходного случайного распределения происходи-

ла, именно, в этом направлении).

Примерно аналогичным образом возникает изображение и традиционных методик гадания, когда искомый образ проявляется в подтеках кофейной гущи, в воске или яйце выливаемом в теплую воду, в золе или во внутренностях жертвенного животного. Единственная разница в том, что в древних эзотерических методиках в качестве детектора (также нелокального) использовался физический или химический процесс, а тут информационный.

Правда применение ограниченного набора исходных элементов, из которых строится изображение (тезауруса), делает целесообразным, в дальнейшем, разработку специализированных тезаурусов для разных проблемных областей. Например, один набор для сканирования информационных полей Земли, другой для работы с личностными проблемами, третий для режима оракула (сканирования прошлого и будущего) и т.д.

#### *Виртуальный психоанализ*

Интересной сферой возможного применения данной методики и программы является трансформация исходной негативной или кризисной ситуации (проблемы), благодаря работе с архетипической символикой на компьютере. Эта наша методика (виртуальный психоанализ) является дальнейшим развитием идей К.Юнга, его духовной алхимии. В этом случае исходная архетипическая картинка, полученная при сканировании личностной проблемы на компьютере, начинает в процессе работы с психотерапевтом трансформироваться в желаемую сторону. При этом обсуждение исходных образов и их последующая трансформация базируются на алхимической символике, позволяют лучше понять глубинные корни проблемы, пути их решения.

В этом случае компьютерное сканирование позволяет проявить глубоко вытесненные, неосознаваемые корни психологической проблемы, а возможности виртуального пространства и символики - работать с визуальными, динамическими образами архетипов, осуществлять их трансформацию. В этом случае, традиционные сценарии алхимической трансмутации обретают ни с чем не сравнимую значимость и наглядность. Достаточно сказать, что при такой работе с личностными проблемами моих коллег в Шотландии, я несколько раз наблюдал сильнейший катарсис сразу же после появления первого сканируемого образа.

---

---

## БЕССОЗНАТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ВИРТУАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ

С.Чернышова

“Люди меня едва ли так обманывали, а письма всегда, причем и тут не чужие, а мои собственные...”

*Франц Кафка*

Тема “виртуального” общения была выбрана не случайно. Это касается, в первую очередь, интерактивного общения в сети Интернет, но не только этого. Чрезмерное увлечение общением в сети является частным проявлением тенденции ухода от реальности, от реального общения. В силу того, что за последние несколько лет такой способ общения стал очень распространенным явлением, хотелось бы рассмотреть его более детально.

Может показаться, что общение через “посредника” в качестве компьютера является совершенно новым явлением. Однако некоторую аналогию можно провести с общением посредством писем. В качестве примера хочется привести слова Франца Кафки, бывшего человеком робким и избегающим общения, однако в личных письмах он был предельно откровенен и свободен в выражении своих мыслей и чувств:

“Я убежден, что уже малейшая возможность писать письма, – рассуждая чисто теоретически, – принесла в мир ужасный душевный разброд. Это ведь общение с призраками, причем не только с призраком адресата, но и со своим собственным призраком, который разрастается у тебя под рукой, когда ты пишешь письмо, а уж тем более серию писем, где одно письмо подкрепляет другое и уже ссылается на него как на свидетеля”

В отличие от интерактивного общения, обмен письмами происходит без сиюминутного ответа на сообщение, что способствует большей углубленности в свои мысли, чувства и передачи их собственно адресату. В чате же сообщение может прочесть любой, поэтому той сокровенности общения не получается.

Если на пути реального общения стоит защитный механизм, сформировавшийся в связи с определенными условиями развития личности, то в общении с помощью компьютера, когда собеседник фактически не присутствует, а также в условиях анонимности автора, защитные механизмы ослабляются. Это происходит в силу того, что тревога, обычно связанная с общением, значительно уменьшается, контроль “Эго” за импульсами ослабевает, что позволяет в какой-то степени реализовать запретные желания и фантазии.

Можно предположить, что такой способ общения дает лишь частичную, временную компенсатор-

ную разрядку, но при этом не происходит искомого удовлетворения потребности в общении, близости.

Анонимность участников предоставляет возможности для перенесения на собеседников различных сознательных и бессознательных паттернов восприятия. При таком общении в воображении человека возникает образ собеседника, который наделяется определенными внешними и внутренними качествами какого-либо человека из прошлого опыта, либо происходит перенесение идеализированных представлений, либо проецирование собственных отвергнутых эмоций и чувств.

В любом общении, особенно в его начале, имеет место перенесение прошлого опыта в восприятии определенной категории людей. Имеет значение пол, возраст, конституциональные особенности, тип лица, манера поведения, голос, одежда, профессия, социальное положение и т.д. В непосредственном общении эти перенесения и проекции могут подкрепляться или уступать место новому опыту. Однако в виртуальном общении этого не происходит. Происходит углубление процесса перенесения и проекций, тем более что неизвестно, насколько они реальны для данного конкретного участника интерактивного диалога. Именно отсутствие зрительного, слухового и др. восприятия собеседников, т.е. проверки имеющихся представлений о человеке реальным наблюдением его реакций на сообщение, приводят к активизации бессознательных моделей взаимодействия и восприятия.

Интерактивное общение дает большие возможности для реализации различных фантазий, связанных с презентацией своей личности. Элемент игры, присутствующий в таком варианте общения, позволяет легко представляться под разными именами, шутить, обижать, флиртовать, быть откровенным, лживым, веселым, грустным и т.д. То есть предоставляется возможность менять маски, играть роли или быть самим собой. Причем немаловажным фактором является отсутствие ответственности и каких-либо последствий.

Процесс интерактивного общения происходит в “переходной зоне” (термин Винникота Д.В.) между внутренней и внешней реальностью.

“Мы предполагаем, что принятие реальности – это задача, которая, в принципе, не может быть окончательно разрешена, и никакое человеческое существо

ство не свободно от необходимости устанавливать отношения между внутренней и внешней реальностью. А также то, что напряжение может быть ослаблено, благодаря неоспоримому существованию переходной зоны опыта; эта переходная зона является продолжением игровой деятельности ребенка, который с “головой уходит в игру”.

Затрагивая тему переходной зоны, нужно отметить, что переходным объектом для ребенка может являться какой-либо предмет, игрушка. Ребенок, достигший способности разделения “Я” и “не Я”; определения места объекта – снаружи, внутри, на границе; возможности творить, думать, воображать, устанавливает с игрушкой эмоционально нагруженные отношения любви или ненависти. Ребенок, с помощью переходного объекта, “отыгрывает” различные ситуации. При этом происходит некоторое уменьшение всемогущества, однако, не до такой степени, как при общении с реальными людьми. Игрушки, так или иначе, исполняют волю играющего, его желания, реализуют его представления, они могут быть оставлены на время, или совсем забыты, перестав быть интересными. Наблюдая за игрой ребенка без труда можно понять, что его волнует, как он воспринимает взрослых, себя, какие фантазии он имеет. Задачей переходного объекта является обучение установлению объектных отношений, следствием чего является переход к общению с реальными людьми.

О человеке, участвующем в интерактивном диалоге, нельзя сказать, что он находится полностью во внутренней реальности, т.к. читает и отвечает на сообщения, посланные другими людьми. Невозможно также утверждать, что он полностью находится во внешней реальности, так как фактически он сидит дома перед компьютером, производя различные операции с помощью знаков - букв.

В случае интерактивного общения обмен сообщениями происходит между реальными людьми, но с помощью предмета – компьютера. Происходит игра в общение, в которой имеет место представление о том, что собеседник “как бы” реальный человек. С ним можно “поиграть”, и можно прекратить диалог, выйдя из чата по своему желанию, т.е. по аналогии - поиграть с игрушкой, представляя, что она живая, затем бросить или положить на полку. Следующий этап “игровой деятельности” заключается в обращении к реальным людям и ситуациям. Реальность зачастую не удовлетворяет требованиям индивидуума, что приводит к возвращению в мир игры.

С другой стороны, такое общение имеет положительные моменты в качестве безопасного проигрывания различных ролей, что может привести к уменьшению тревоги в реальных отношениях.

Рассмотрим пример из практики, когда чрезмерное увлечение интерактивным общением привело к возникновению бредового состояния у пациент-

ки Н. 24-х лет. После нормализации состояния, Н. рассказала, что у нее было ощущение, что решается судьба мира, картины страшного суда разворачивались в реальности, и она воспринимала окружающих через призму этих представлений.

Н. с раннего детства чувствовала “враждебное вмешательство мамы” во все свои дела. Она чувствовала, отчужденность, отсутствие контакта с матерью. К своему отцу Н. всегда испытывала симпатию и понимание. Н. росла в обстановке, насквозь пронизанной двусмысленностью и противоположно направленными посланиями: наказания и почти одновременной просьбы о прощении; требования уйти и одновременно с этим просьба остаться. В семье происходили постоянные конфликты, ссоры. Н. постоянно ставили перед выбором, на чьей стороне она находится. Безусловно, для ребенка объявление вслух, что она предпочитает одного из родителей, было невыносимым, поэтому она замыкалась в себе и старалась не проявлять каких-либо эмоций. При этом сформировалось глубочайшее бессознательное чувство вины и страх перед близкими отношениями; защитный механизм отрицания тревоги и реакции избегания контактов; неприятие своей женской роли, нежелание принимать ответственность.

Общение в чате давало ей ощущение безопасности и свободы, когда “всё как бы понарошку”. Это происходило до тех пор, пока она не начала испытывать любовные чувства к одному из участников чата. Чувства, которые не могли проявляться в реальной жизни, прорвали ослабленные защиты и буквально “затопили” Н. К тому же, объект ее чувств, продолжал “играть”, представляясь под разными именами. “Игра” становилась слишком опасной для Н., стали исчезать границы между внутренними и внешними реалиями. Начала формироваться бредовая концепция. Н. казалось, что некоторые из ее новых знакомых являются участниками чата, которые что-то знают про ее возлюбленного или являются им самим. В результате этого, у нее завязался бурный роман с одним из этих знакомых, который закончился бредовым состоянием и стационарным лечением. Через некоторое время, состояние пациентки нормализовалось. Сейчас Н. проходит курс психологической коррекции.

На этом примере ясно видно как бессознательные влечения могут проявляться в процессе виртуального общения. Ослабление защитных механизмов привело к активизации бессознательных аффектов и их прорыву. Н. испытывала страстные чувства к незнакомому человеку, которого она наделила необходимыми для любви качествами, природа этих чувств основывается на любви к отцу. Затем активизировалось мощное бессознательное чувство вины, и представление о неминуемом наказании, о чем говорят возникшие картины страшного суда. Это пациентки не в со-

стоянии было выдержать такого напора бессознательных переживаний и уступило место галлюцинаторным образам.

Выйдя из кризисного состояния, пациентка стала по иному осознавать себя, свои интересы, стала уступать некоторым своим желаниям. Спустя год после этих событий, она пошла учиться, нашла новую работу, сделала перестановку в своей квартире. Этот травматический опыт помог ей глубже понять себя, свои отношения с матерью и окружающими людьми, осознать свои чувства и психологические запреты, мешающие строить реальные близкие отношения с людьми.

Погружаясь в виртуальную реальность, человек все же находится в материальном мире, в котором имеются свои законы и который предъявляет определенные требования к индивидууму. Если в силу определенных психологических причин, человек не в состоянии справиться с реальными проблемами, то, получая частичное удовлетворение запретных импульсов в виртуальном мире, человек все глубже погружается в мир фантазий. Происходит разрыв между "Я" в виртуальном мире и "Я" в материальном. Это вызывает чувство неудовлетворенности реальным общением. Вместо того чтобы изменить себя, человек уходит из травмирующей реальности и находит новую, где получает гораздо больше возможностей для осуществления сознательных и бес-

сознательных представлений о собственной личности.

Хочется также отметить, что если ощущение "как бы" сохраняется при интерактивном общении, т.е. присутствует сознательная часть Эго, которая способна отслеживать границу между внутренней и внешней реальностью, то тотального погружения в бессознательные процессы не происходит. Такое общение может восприниматься и осуществляться как развлечение, игра, способ снятия напряжения, связанного с общением, как своего рода компромисс между потребностью в общении и возможностями ее осуществления.

#### Литература:

1. Ж. Лапланш, Ж.Б. Понталис *Словарь по психоанализу* – М., 1996 – с.с.112, 139, 140, 227-231, 379, 531.
2. Фрейд А. *Психология "Я" и защитные механизмы* – М.,1993 – с.с. 8-13, 35-44, 54-64.
3. Винникот Д.В. *О значении одной иллюзии*.
4. Нэнси Мак-Вильямс *Психоаналитическая диагностика* – М., 1998 – с.с. 130-155, 246-266.
5. Кафка Ф. *Реальность абсурда. Письма Миллене*. – Симферополь, 1999 – с. 505
6. Кафка Ф. *Дневники*. – М., 1998 – с.с. 123, 257, 309.

## ИСТОРИЧЕСКОЕ И ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОГО ПОДХОДА В ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ТРЕВОЖНЫМИ ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Н.Н.Шурупов

г. Тула

Актуальность проблемы лечения фобий не вызывает сомнений и объясняется частой и выраженной социальной дезадаптацией больных фобиями, что, в свою очередь, обусловлено клиническими особенностями заболевания, его значительной резистентностью к терапии и склонностью к затяжному течению.

Распространенность фобий достаточно высока. По данным отечественных авторов при неврозах фобии встречаются в 7,8-52% случаев. По данным Британских авторов навязчивые страхи занимают первое место в структуре абсолютивно-компульсивных расстройств и составляют 55% среди других феноменов (навязчивые мысли - 41%, сомнения - 22%, побуждения - 14%, убеждения - 13%), что составляет 0,33% от количества всех больных, обратившихся за помощью. По данным R.Noyes (1980) больные фобиями составляют 11,9% всех больных, наблюдающихся в общемедицинской сети, что равно 5% от всего населения. По его данным в обще-

медицинской сети наблюдается наибольшая часть больных фобиями, с чем не согласны другие исследователи, утверждающие, что значительная часть населения страдает фобиями, но многие из них не обращаются за помощью, так как им удается социально адаптироваться. Так, например, Pollard C.A. и Henderson I.G.(1988) при анонимном исследовании по телефону установили, что распространенность только социальных фобий равна 22,6% (фобии публичного выступления -20,6%, связанные с письмом перед другими - 2,8%, с едой в ресторане - 1,2%, с пользованием общественным туалетом - 0,2%), что превышало результаты их предыдущих исследований, проводимых в клинике. Разногласия в данных о распространенности фобий Карвасарский Б.Д. объясняет отсутствием общепринятых критериев их диагностики и единого определения самих фобий.

Не смотря на довольно большие различия в результатах исследований распространенности фо-

бий, клиника их достаточно изучена и не вызывает каких-либо существенных разногласий. Все авторы считают наиболее значимыми в плане прогноза следующие характерные для фобий особенности: больные понимают необоснованность своих страхов, но, одновременно, не осознают причин своего страдания; выраженность аффективных реакций; частая соматизация заболевания; склонность к затяжному течению. Данные особенности фобий, в основе которых лежит многоуровневость воздействия психических функций и глубокая вовлеченность личности индивидуума, являются причиной их высокой резистентности к терапии, а также причиной частой социальной дезадаптации больных. В ряде случаев затяжному течению заболевания способствует все еще, к сожалению, отмечавшееся преобладание симптоматических методов психотерапии над патогенетически обоснованным лечением. В настоящее время в российской психотерапии используется опыт множества мировых психотерапевтических школ, в частности, и в работе с больными фобиями. При обосновании применения того или иного направления или методики наблюдается тенденция ссылки на большой клинико-исторический опыт их становления и обязательно на этиопатогенетическую их направленность, что, видимо, связано с различным пониманием этиопатогенеза тревожных фобических расстройств.

При анализе истории изучения фобий прослеживается взаимосвязь динамики формирования взглядов на их феноменологию и этиопатогенез при достаточной стабильности взглядов на их принципиальные клинические признаки. Видоизменения клинической картины фобий прослеживаются только на интрасиндромальном уровне (появление новых видов фобулы страхов, например, спидофобии), что объясняется появлением новых психосоциальных факторов.

Изначально фобии рассматривали только в контексте навязчивых явлений, которые были описаны еще Plater в 1617 г. Во второй половине XX века фобии стали выделять в отдельный психопатологический синдром, что считали необходимым, в связи с задачами клинической практики. Так, фобии были обозначены отдельным диагностическим знаком в Международной классификации психических болезней в 1947 г., в номенклатуре американской психиатрической ассоциации в 1952 г., а также в Международной классификации болезней VIII пересмотра в 1965 г. и в МКБ-IX пересмотра, в которых в качестве самостоятельных форм рассматривались невроз навязчивости и фобический невроз. В МКБ-X фобии выделены в отдельную рубрику – F-40 – тревожные фобические расстройства. Международная классификация болезней является отражением основных мировых тенденций в области нозологии и, поэтому, выделение фобий в отдельную рубрику является результатом движения науч-

ной мысли по пути изучения их этиопатогенеза, хотя на этом пути было не мало разногласий, которые сохраняются и сейчас, их необходимо знать, чтобы понять причины различных взглядов на терапию фобий.

В начале XX века P.Janet (1903) навязчивые состояния были выделены в самостоятельное заболевание под названием “психастения”, он считал их основной причиной врожденной особенности нервной системы. В немецкой литературе в качестве синонима “психопатии” употреблялся термин “невроз навязчивых состояний” (Zwangsnurose). Понятие “nevroz” было введено в медицину в 1776 г. Cullen и в начале включало широкий круг страданий, не сопровождающихся локальным нарушением какого-либо органа. Лишь затем благодаря работам L.Strumpell (1878), C.Westphal (1880), J.Charcot (1888), P.Janet (1903), P.Dubois (1909) и др. утвердилось мнение о психогенной обусловленности неврозов, но до настоящего времени существуют разногласия в вопросах клинической самостоятельности неврозов и детерминантности эндогенных и психогенных факторов в их этиопатогенезе. Эти же тенденции прослеживаются и в отношении фобий.

E.Kraepelin помещал навязчивости в группу “конституциональных душевных заболеваний”. И позже были попытки выделить невроз навязчивых состояний в самостоятельное эндогенное заболевание (K.Kolle 1955).

Большинство авторов относят невроз навязчивых состояний к психогенезиям. Но известно, что фобии и навязчивости встречаются и при эндогенных заболеваниях. Поэтому разработаны дифференциально-диагностические критерии невротических фобий и навязчивостей от эндогенных. Однако существуют мнения, что навязчивости всегда эндогенны. Так, М.Е.Бурно подразделяет фобии на: 1) невротические, которые более обратимы, и 2) невроз навязчивости. Он считает, что навязчивости служат выражением более глубоких нарушений мозговой деятельности (ананкастическая почва, какой-либо процесс), чем объясняет их практическую неизлечимость.

Среди сторонников невротической этиологии фобий также наблюдаются разные позиции в отношении их нозологической принадлежности. Многие зарубежные и большинство отечественных авторов считают, что навязчивые страхи (фобии), мысли и действия тесно взаимосвязаны и являются проявлениями единого невроза навязчивых состояний. В связи с этим Свядощ А.М. пишет, что клинически неоправдано разграничение невроза навязчивости и фобического невроза, как это сделано в МКБ-IX. Другие же считают, что нозологическая принадлежность фобий в рамках неврозов чрезвычайно неопределенна, так как они встречаются при различных формах неврозов (Карандашева Э.А.,

Мурзенко В.А., 1972, Карвасарский Б.Д., 1980). По данным Карапашевой Э.А.(1976), при истерии наблюдалось 14 видов фобий, при неврозе навязчивых состояний - 13 и при неврастении - 4 вида. Не привязывать фобии к неврозу навязчивых состояний предлагал Каннабих Ю.В. еще в 1935 году, видя в них качественную разницу.

Началом систематического изучения фобий принято считать 1871 г., когда Westphal была описана агрофобия. К 1914 г. Hall указывал на 135 видов фобий. В настоящее время их насчитывается около 400. Клиническая необходимость подробного изучения каждого синдрома, в конце концов, получила отражение в МКБ-Х, которая построена по синдромальному принципу. Но в России после 1917 года фобии рассматривались только в контексте невроза навязчивых состояний, лишь, начиная с 80-х годов, имеются немногочисленные работы по изучению фобий как самостоятельного синдрома, основные же достижения в этом принадлежат зарубежным школам.

Социальные процессы, происходящие в России, оказали влияние на российскую психотерапию, являющуюся субкультурой общества и, в частности, на подходы к лечению фобий. Этап формирования взглядов на неврозы как на психогенез в России совпал с периодом нервизма, подпитываемого идеями коммунистического материализма, поэтому советская психиатрическая школа объясняла неврозы преимущественно с точки зрения теории И.С.Павлова о высшей нервной деятельности, согласно которой патофизиологической основой навязчивых состояний является патологическая инертность нервных процессов, а в основе фобий в одних случаях лежит патологическое инертное возбуждение (как при эретофобии), в других – при болезненной задержке какой-либо функции – механизм патологического застойного инертного торможения (при агрофобии и клаустрофобии). Почему развивается тот или иной невроз, Павлов объяснял существованием трех основных видов нервной деятельности: художественный, мыслительный и смешанный. Он считал, что невроз навязчивых состояний развивается у людей с мыслительным типом высшей нервной деятельности.

Затем в течение всего советского периода в российской литературе теория И.С.Павлова была базисной при объяснении этиопатогенеза неврозов. Даже если авторами рассматривались другие концепции, то поддерживались только те, которые подтверждали павловскую, а несоответствующие ей критиковались. Все авторы видели одной из причин неврозов генетическую предрасположенность, которую называли по-разному: тип высшей нервной деятельности, подготовленная почва, эндогенность, дефицитарность функциональных систем мозга, тип личности. До настоящего времени крайне широко проводятся исследования, направленные на поиск

биологических (биоэлектрических, биохимических) особенностей нервной деятельности больных неврозами. Были всесторонне изучены типы ЭЭГ при различных неврозах, а также с помощью ЭЭГ изучены корково-подкорковые и межполушарные взаимоотношения, с помощью чего было доказано, что в основе патогенеза неврозов лежит расстройство функций интегративных систем мозга. Но К.К.Монахов (1976) отмечал, что, в принципе, не может быть найдена нейрофизиологическая система, полностью исчерпывающая механизмы психической деятельности.

При биохимических исследованиях у больных неврозом навязчивых состояний обнаружен более высокий уровень 11-ОКС, серотонина, дофамина и адреналина, чем при других неврозах, что обычно используется при разработке психофармакологических препаратов.

Изобилует литература и данными о генетической предрасположенности к фобиям. Но еще в 1967 году научная группа ВОЗ пришла к заключению, что неврозы и психопатии трудны для генетических исследований, в первую очередь, потому, что в происхождении их внешние факторы оказываются особенно значимыми.

Мы не считаем возможным, в рамках данной статьи приводить данные, имеющиеся в большом количестве, ставящие под сомнение эндогенную природу тревожных фобических расстройств и подтверждающие значимость для их лечения психотерапии, так как нашей задачей является обоснование, какой набор психотерапевтических методик является наиболее оптимальным, исходя из этиопатогенеза фобий. В подтверждение важности психотерапии для лечения фобий приводим авторитетное мнение экспертов ВОЗ: "Биологические теории этиопатогенеза тревожно-фобических расстройств основаны на обнаружении биологических маркеров мозговых механизмов, коррелирующих с соответствующей симптоматикой. Ценность их пока относительна, поскольку до сих пор неизвестно, отражают ли эти маркеры действие причинных факторов расстройства или его последствия, а также являются ли эти биологические изменения признаком гиперстимуляции нормальной в остальных отношениях нервной системы или специфического патологического процесса".

Психогенными факторами в развитии неврозов И.С.Павлов считал психическую травму, под которой понимал раздражители, действующие продолжительно или большие по силе. В качестве психогенных факторов были перечислены все возможные социальные условия. Но понимание того, что для развития невроза важен не сам фактор, а его значимость для личности, привело к рождению концепции В.Н.Мясищева о личностных конфликтах, под которыми он понимал одновременное существование противоречивых личностных тенденций. Так,

глубинной причиной невроза навязчивых состояний В.Н.Мясищев считал конфликт желаемого и морально допустимого. Но имеются данные, ставящие под сомнение специфичность личностных конфликтов для каждого вида неврозов. Так, С.И.Быков показал, что у каждого больного неврозом в среднем выявляется 9,7 различных видов личностных конфликтов. Также и у больных с фобиями им был выявлен широкий спектр личностных конфликтов.

Представители практически всех психотерапевтических направлений едины во мнении о том, что центральное место в фобическом симптомокомплексе занимает тревога, которая является физиологически объяснимым эффектом, как проявление инстинктивной реакции на опасность, а также все согласны в том, что фобический синдром затрагивает все уровни психической деятельности (когнитивный, эмоциональный и поведенческий). Но разные школы предлагают разные объяснения механизма участия тревоги в этиопатогенезе фобий.

Психиатрическая школа, хотя и признающая значимость, как внутренних, так и внешних факторов в этиопатогенезе неврозов, считает, что развитие тревожных фобических расстройств происходит, как правило, у тревожно-мнительных личностей, то есть у тех, у кого с рождения заложена склонность к тревожному реагированию, а внешним факторам принадлежит роль лишь астенизации нервной системы и доведения тревоги до патологического уровня. Соответственно, таким взглядам на патогенез фобий в руководствах по психиатрии для их лечения рекомендуется применять транквилизаторы и гипнотерапию, как средства снятия тревоги, а также устранять астенизирующие факторы. Но по данным Э.А.Карандашевой и В.А.Мурзенко, при исследовании больных с невротическими фобиями профили их личности по MMPI характеризовались столь высокой вариативностью, что вряд ли можно говорить о какой-либо выраженности единобразия структуры личности, специфичной именно для фобий.

Немало авторов, считающих важным изучение локуса контроля, характеризующего склонность человека приписывать ответственность за результаты своей деятельности окружению (экстернальный), либо себе (интернальный).

Психоаналитические школы, имея между собой некоторые различия, в основе имеют единые взгляды на формирование тревожного реагирования, заключающиеся в том, что личностные особенности передаются не генетически, а формируются, начиная с самого рождения. Эндогенно передается только система моделей поведения, предназначенная для синхронизации внутреннего состояния, и, таким образом, состояние "адаптированности" новорожденного к окружающему не управляет непосредственно какой-то внутрипсихической структурой, а определяется биологическими потребностями и

сенсорной поддержкой со стороны окружения, а тревога является инстинктивной реакцией на изменения внутреннего состояния, выходящие за рамки генетических программ. Лишь затем происходит идентификация внутренних изменений с внешней стимуляцией, как физической, так и психической. Таким образом, формирование стереотипов реагирования зависит от эмоциональной поддержки окружения, то есть развитие личности имеет психогенный характер. Формирование фобического реагирования, таким образом, происходит не после начала воздействия внешних факторов (психо-социальных) на генетически обусловленную тревожно-мнительную личность, а с самого рождения под действием, главным образом, эмоциональных взаимоотношений с окружением, главным объектом которого сначала является мать, и на данном этапе аффективный сигнал матери является проводником последующего поведения ребенка, тогда самыми значимыми являются такие факторы, как присутствие значимой материнской фигуры, ее эмоциональная поддержка и любовь, которые становятся внутренними ресурсами ребенка, оказывая поддержку его саморегулирующим функциям и поощряя адаптивную деятельность. В ситуациях тревоги правильное вмешательство матери защищает ребенка от дезорганизующей паники и в то же самое время оптимизирует поступательное развитие его защитных механизмов и использование им сигнальной функции. При нарушении синхронии мать – ребенок (отсутствие матери, ее аффективная реакция, выражаящая безразличие, страх) в ситуации тревоги последний не получает эмоциональной поддержки или получает пример тревожного реагирования, что направляет его по пути фобического развития.

При изучении этиопатогенеза тревожных фобических расстройств всегда возникает вопрос о том, почему при них тревога имеет определенную фабулу. Как ни странно, ответ на этот вопрос все находят в рефлекторной теории, объясняя возникновение фобий в условиях, чем-либо напоминающих те, в которых когда-то впервые появилось чувство страха. Понятие "рефлекторный" в данном случае не всегда подразумевает павловскую рефлекторную нервную дугу, а скорее основано на понятии аффекта, который является целостной единицей психической деятельности, включающей неразрывно связанные составляющие: когнитивную, эмоциональную и поведенческую. При возникновении одной из составляющих тут же появляются другие.

На этом уровне все теоретические разработки примерно схожи. Но как объяснить то, что каждый человек в течение жизни, в том числе и в детстве, неоднократно попадает в ситуации испуга, но в дальнейшем не каждый в похожих ситуациях реагирует страхом и не у каждого "психотравмирующая ситуация приводит к фиксации

чувствами страха” (Святощ А.М.). Классическая психотерапевтическая школа объясняет это тем, что у тревожно-мнительной личности, имеющей очаги застойного торможения или возбуждения в коре головного мозга, под действием стрессовых факторов, значимость которых обусловлена личностным конфликтом, ослабляется устойчивость нервной системы к стрессовым воздействиям, и в ситуации, чем-то похожей на ситуацию испуга в детстве, всплывают из памяти и фиксируются механизмами застойного торможения или возбуждения фобические реакции. На знании роли детских страхов в патогенезе фобий основано применение в их психотерапии гипноанализа.

Но на практике, как правило, фабула фобии не совпадает с темой детских страхов, или до появления фобии страхов в анамнезе не удается обнаружить совсем.

Надо ли в таком случае искать смысл фобических страхов?

Некоторые психотерапевтические направления, например, НЛП, поведенческая психотерапия, не придают значения смыслу симптома, а работают на уровне рефлексов. Методы поведенческой психотерапии включают различные техники десенсибилизации в сочетании с мышечной релаксацией и способствуют снижению тревоги. Сторонники НЛП рассматривают фобии как неудачное научение с одной попытки. Но даже логические умозаключения позволяют усомниться в эффективности такой терапии. Как, например, парой прикосновений мастеру НЛП удается выработать новый рефлекс, причем более стойкий, чем тот, который подкреплялся всю предыдущую жизнь? И, действительно, на практике НЛП оказывает краткосрочное симптоматическое действие. Видимо, рефлекторная передача аффекта не является основным патогенетическим механизмом фобий.

Еще Н.А.Вырубов (1913) писал: “Ни что в психике не является случайным, все строго определено и каждое психологическое событие представляет последствия суммы психологических условий.” В настоящее время является аксиомой то, что полное излечение может быть достигнуто только при этиопатогенетической направленности терапии. В психотерапии главным условием этиопатогенетического лечения является осознание больным своих проблем на всех уровнях системы его отношений (когнитивном, эмоциональном и поведенческом), следовательно, недоучет каких-либо этиологических факторов может стать причиной неэффективности терапии, поэтому необходимо знание психологического смысла страхов при тревожных фобических расстройствах. Разные направления психотерапии вкладывают в фобии разный смысл. Представители логотерапии, опирающиеся на философию экзистенциализма, считают, что все страхи человека являются страхом перед небытием.

Основоположник rationalной психотерапии Dubois P. считал причиной неврозов неправильные представления больного о “внутренней картине” его болезни, создающие дополнительный источник эмоциональных переживаний. Для лечения фобий он предлагал: “1. Оставьте, прежде всего, всякий страх относительно самого болезненного состояния...; 2. Определите точно предмет вашей фобии и постарайтесь уяснить мне, насколько она неразумна и даже нелепа; 3. Наконец, старайтесь побороть в себе посредством самовоспитания недостатки характера, вызвавшие ваши страхи”. В настоящее время эти виды психотерапии не считаются патогенетическими, а используются в комплексе с другими психотерапевтическими методами.

При неврозах причины их в большинстве случаев неосознаваемы больными. Однако больные фобиями уверены в безосновательности своих страхов, но не могут от них самостоятельно избавиться. Но, при сопоставлении психологических механизмов адаптации у больных неврозами в трех сферах функционирования личности (поведенческой, когнитивной и эмоциональной) обнаружены наиболее глубокие изменения в эмоциональной сфере, в которой преобладали неконструктивные варианты поведения (56,7%) (подавление эмоций 30%, покорность 16,7%, агрессивность 6,7%, самообвинение 3,3%), что свидетельствует о негативных сдвигах, прежде всего, в эмоциональной сфере, представляющей наиболее неосознаваемый уровень отношений личности. Эти данные в какой-то степени объясняют неосознаваемость больными фобиями причин своего страдания, центральное место в котором занимает тревога, а то, что они уверены в безосновательности своих страхов лишь подтверждает то, что они и не предполагают о существовании причин своих страхов.

Одним из основных направлений лечения неврозов в настоящее время является личностно-ориентированная психотерапия Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова, основанная на учении В.Н.Мясищева о неврозах, признающая факт неосознавания больными неврозами причин своего страдания и имеющая одним из основных этапов их осознание. По концепции В.Н.Мясищева причиной невроза навязчивых состояний является неосознаваемый больным личностный конфликт между потребностями и моральными установками. Развитие данного конфликта объясняется тревожно-мнительными чертами личности, которые больному предлагается изучить и осознать то, как они привели к нарушению отношений. Неосознаваемость темы фобий объясняется амнезией детского испуга, послужившего первым примером страха, переданного затем рефлекторно. Расширение темы страхов объясняется все той же теорией застойного возбуждения и торможения И.С.Павлова.

В отличии от теории И.С.Павлова считает, что в

основе психических процессов лежит не возбуждение и торможение нейронов, а движение психической энергии, названной З.Фрейдом сексуальной энергией, либидо, происхождение которой обусловлено биологическими генетическими процессами, инстинктами, основными из которых являются инстинкты самосохранения и размножения. Биологическим субстратом генетических программ являются гормоны, действующие, в частности, на центральную нервную систему и побуждающие, таким образом, к действию. Формирование личности проходит ряд этапов, соответствующих периодам развития организма, отличающихся гормональным фоном и, таким образом, включает в себя становление поло-ролевой идентификации. Природой заложено взаимосуществование двух полов, поэтому формирование личности - это формирование личности определенного пола и паттернов ее взаимодействия с противоположным полом. Если в этот процесс вмешивается фобическое реагирование, принцип развития которого описан выше, то их взаимовлияние несомненно, что, безусловно, скажется на всей последующей жизни. В таком случае первые проблемы при взаимодействии с противоположным полом могут появиться уже в детстве. Крайне значимые стремления общения с противоположным полом, обусловленные генетически, не могут быть реализованы из-за нарушенной поло-ролевой идентификации, в связи с чем нереализованная психическая энергия вызывает эффект тревоги, информация о котором вытесняется в бессознательное и амнезируется, а психическая энергия направляется по проторенному пути фобического реагирования и проецируются на совершенно противоположные по смыслу желания, чтобы не напоминать о первоначальных значимых проблемах. Так, внутренний источник тревоги заменяется на внешний. Это один из видов психической защиты, так как внешний источник тревоги возможно избежать, что и делает больной фобией с помощью избегающего поведения, что, в свою очередь, дезадаптируя больного, приводит к расширению круга неудовлетворенных потребностей, а, следовательно, к увеличению свободной психической энергии и к расширению тематики фобий.

Таким образом, в этиопатогенезе тревожных фобических расстройств важная роль принадлежит сексуальности, с чем не согласны школы непризнающие психоанализ. Но при изучении неврозов автоматически прослеживается значение сексуальности в их этиопатогенезе. Так, Т.М.Мишина (1972) при изучении личностных конфликтов отмечает, что сфера сексуальных отношений выступает доминирующей в конфликте только в 15% случаев (лица 19-50 лет). Но Г.К.Ушаков (1987) пишет, что по данным клиники неврозов Ленинградского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева, 80% психотравмирующих ситуаций, ведущих к развитию

неврозов, составляют семейные конфликты. Вероятно, причина такого расхождения данных и недооценки значимости сексуальности в развитии неврозов кроется в различном понимании сексуальности психиатрической и психоаналитической школами. Еще в 1910 году Н.Е.Осипов писал: "Нельзя употреблять слово "сексуальный" в том смысле, как это делают фрейдисты. Сексуальный, половой – это слово может быть приложимо только к тому, что относится к половым органам. Если вместо сексуальный мы будем говорить эротический, при чем понятие сексуального будет субсумироваться понятию эротического, как видовое – родовому, то мы избежим много недоразумений."

А П.Куттер считает, что "ошибочно мнение, будто психоаналитики все проявления человеческой жизни сводят исключительно к проявлению сексуального инстинкта. Зрелая сексуальность, с точки зрения современного психоанализа, предполагает не только биологическую потенцию и способность переживать оргазм, но и целый ряд психологических особенностей, которые необходимы человеку, чтобы любить и быть любимым."

Еще одной причиной принижения психиатрической школой значимости сексуальных проблем является их недоучет, связанный с тем, что клиническое обследование больного обычно не включает исследование его бессознательного, а сексуальные проблемы, как самые значимые, и, следовательно, наиболее травматичные для психики, вытесняются в бессознательное.

Таким образом, анализируя историю формирования взглядов на психотерапию фобий, можно видеть, что для их лечения были испробованы многие методы и в отдельности и в их сочетании, при этом каждый метод на определенном этапе претендовал на признание его патогенетической направленности.

В настоящее время в Российской психотерапии наблюдается тенденция к интеграции различных методов и направлений, связанная с полизиологичностью патологии и с многоплановостью ее проявлений. Но в России эта тенденция не нова, в том числе и относительно психотерапии фобий. В научных публикациях по психотерапии до 1917 года отражены психотерапевтические взгляды и этапы их формирования, и они оказались идентичны этапам развития Советской психотерапии. Это не случайное совпадение, а историческая закономерность, которая повторилась после раз渲ла психотерапии в 1917 году.

После революции стали изучать биологическую основу заболеваний, так как научная мысль направлялась идеями коммунистического материализма. Но Российской психотерапией этап увлечения изучением эндогенности психопатологии был пройден уже в XIX веке. По этому поводу Ю.В.Каннабих (1910) пишет: "Огромный прогресс естествознания

---

наложил глубокий отпечаток на всю вторую половину XIX века. Гипотезы, направленные к разрешению вопроса о патогенезе неврозов и психозов, исходят исключительно из анатомических и анатомо-физиологических принципов ... все это открывало новые точки зрения на проблемы патогенеза функциональных расстройств, намечая новые пути для специфической терапии. И в ожидании этой будущей патогенетической терапии терапия второй половины XIX века, пользуясь услугами химии, широко применяла бесчисленные, сменяющие друг друга, фармацевтические препараты, действовала симптоматически. *Психотерапия была в загоне*".

Но на I Съезде Русского Союза психиатров и невропатологов в г. Москве 6 сентября 1911 года приват-доцент харьковского университета Б.С.Грейденберг в своей речи сказал: "Каковы бы ни были дальнейшие успехи и завоевания медицины в изучении причин болезней и их распознавания, в области лечения всегда будут играть видную, а при болезнях нервной системы преобладающую, роль личность врача, личное его влияние на больного," – тем самым подтвердив значение психотерапии в лечении неврозов. В этой же речи он показал, что в психотерапии имеется три главных течения: внушение, убеждение и психоанализ. Российская психотерапия того времени интегрировала все эти элементы.

Уже тогда понимали, что психотерапия должна быть патогенетической, а "излеченный симптом еще не есть излеченная болезнь" (О.Б.Фельцман, 1910). В то время уже знали о психических конфликтах, затем открытых В.Н.Мясницевым. Так, Stekel W. (1910) в статье "Навязчивые состояния, их психические корни и их лечение" пишет, что "все неврозы представляют собой аффективные расстройства; дело всегда сводится к последствиям психического конфликта".

Н.А.Вырубов в лечении невроза тревоги применил комбинированный гипно-аналитический метод. Он считал (1909), что наследственные факторы не являются решающими, а лишь предрасполагают к развитию неврозов, и придерживался психоаналитических взглядов. Так, он считал, что фобии при неврозе навязчивых состояний "являются результатом подмены, субSTITУции того, что лежит в основе заболевания; опасения, относящиеся к определенному акту, замещаются фобией, лишь символизирующей те действительные опасения, которые вызывали эмоцию тревоги". Подобное мнение высказывает и А.Певницкий (1910): "Явные фобии – символы тайных опасений больного." Он также развивал психоанализ в России, но противопоставлял его гипнозу: "Психоанализ действует не втемную, как гипноз, а добираясь до сущности болезненного симптома, и раскрывая то, что таится под маской внешних болезненных проявлений."

Наряду с Н.А.Вырубовым передовым представителем Российской психоаналитической школы

был Н.Е.Осипов, доктор Московской психиатрической клиники, издавший немало работ по психоанализу, в которых, в частности, много внимания уделено психосексуальности и бессознательному. В своей работе "О неврозе боязни" он рассматривает неврозы, как полиэтиологические заболевания: "По моему мнению, всякий данный случай неврозного или психозного заболевания должен быть рассматриваем с этиологической точки зрения, как результат взаимодействия многих моментов. Этиология каждого данного случая есть равнодействующая многих слагаемых. В каждом индивидуальном случае мы должны учитывать возможно большее количество этих слагаемых и против них направлять наши мероприятия". Ему принадлежит заслуга развития понятия сексуальности в более широком, чем у Фрейда, но в более практическом понимании. Он вводит понятие приобретенной психосексуальной конституции, понимая под этим то, что условием развития невроза являются определенные личностные изменения, на формирование которых, в свою очередь, обязательно оказывают влияние "расстройства в формировке полового чувства в самые ранние годы детства."

О необходимости личностных изменений для эффективной психотерапии больных с фобиями пишет Г.Д.Неткачева (1910): "...необходимо разъяснить больному не только происхождение и механизм страха, но и указать на все обстоятельства в условиях жизни больного, которые помогли развитию страха и воплощению его в форме приобретенных патологических навыков и уловок, благодаря чему душевная и телесная организация глубоко пострадала. Только таким образом, вычерпывая постепенно старые продукты, порожденные страхом, и создавая новые привычки и поступки смелого поведения, мы будем иметь несомненную возможность (безошибочно) построить новую личность в границах здорового самочувствия и самодеятельности и тем самым устранить существовавшие страдания".

Необходимо отметить то, что очень важным открытием Российской психоаналитической школы было применение в лечении больных неврозами мотивированных внушений в гипнотическом состоянии результата анализа бессознательного, что ускоряло лечение и соответствовало менталитету российского пациента, ожидающего "чудесного исцеления". "По окончании анализа явления все-таки упорствовали и затем быстро уступали под влиянием внушения в гипнотическом сне" (Н.А.Вырубов, 1910).

Примечательно и то, что еще почти за столетие до появления МКБ-Х, построенной по синдромальному принципу, российским психотерапевтам было ясно, что в практической психотерапевтической работе нозоологическая диагностика неприменима. Так, Ю.В.Каннабих (1910) пишет: "Психотерапия – метод лечения, требующий наиболее тонкой ин-

дивидуализации диагностических данных. Там, где диагностика шаблонно-суммарна, где каждый отдельный случай подводится под некоторую общую рубрику, выработанную путем регистрации выступающих на первый план грубых душевных движений и их соматических проявлений – там психотерапия обречена на самую жалкую неудачу”.

Таким образом, мы видим, что в российской психотерапии до 1917 года были известны и применялись все принципиальные положения этиопатогенеза, диагностики и лечения невротических расстройств, которые медленно возрождались в советское время. Мы специально отдельно показали развитие взглядов на лечение неврозов в советской психотерапии, а затем в России дореволюционной, чтобы видеть абсолютную идентичность этих процессов, говорящую об их закономерности, а, следовательно, об их верности. Первым эти закономерности выявил Б.Е. Егоров, исследуя развитие российского психоанализа, в истории которого он выделяет четыре этапа:

- 1) 1990 – 1917 г.г. – Российский – I
- 2) 1918 – 1940 г.г. – Советский – I
- 3) 1941 – 1986 г.г. – Советский – II
- 4) 1987 – по настоящее время – Российский – II.

В принципе, это исторические этапы всей Российской психотерапии, которая в настоящее время приобретает свою историческую форму, представляющую собой мультимодальную интегративную психотерапию. О необходимости интеграции различных психотерапевтических направлений Б.С. Грейденберг сказал (1911): “Каждый случай применения психотерапевтического лечения есть акт творчества со стороны врача. Врач-психотерапевт должен быть знаком со всеми способами и методами этого лечения для того, чтобы в каждом данном случае уметь выбрать наиболее соответствующий из них. Нельзя поэтому не присоединиться к словам Vogt'a, что ошибочно превращать гипноз, внушение, убеждение, психоанализ в самостоятельные терапевтические области; это – только отдельные способы одного общего метода лечения – психотерапии или, вернее, нервно-психической терапии, это различные пути, ведущие к одной общей цели”.

И если не изучать историю, можно долго “изобретать велосипед”. Так и в России психотерапия до сих пор в некоторых принципиально важных чертах не обрела ту форму, которую имела до 1917 года. До сих пор не полностью используется опыт Российской психоаналитической школы, доказавшей необходимость изучения не только симптомов, но и бессознательного пациентов. “Психотерапия сделала возможной и успешной с того момента, когда вся психическая индивидуальность больного в ее целом, во всех ее деталях, сознательных и подсознательных, стала предъявлять права на самое внимательное и вдумчивое отношение к себе. К

диагнозу болезни прибавился диагноз всей личности...” (Ю.В. Каннабих, 1910).

Не смотря на то, что 19.07.96 года издан Указ Президента Российской Федерации № 1044 “О возрождении и развитии философского, клинического и прикладного психоанализа”, на основании чего психоанализ в России получил свободу развития, он до сих пор не всегда поддерживается в официальных кругах. Так в клиническом руководстве “Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств”, утвержденном Приказом № 311 Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.08.99 года, нет рекомендаций о применении психоанализа, хотя сказано, что рекомендации “не должны закрывать доступ инновациям в лечении”, на что хочется ответить словами О.Б. Фельцмана (1910): “Идеи вечны и во всяком случае они столь же стари как сама вечность. Проходят века, приобретаются новые сведения, опыт. Происходит приспособление новых сведений к старым идеям. Меняются названия, но не идеи; и необыкновенно прав Н.Н. Баженов, говоря: “Если хочешь сделать новые открытия, читай прилежно старые книги.”

#### Литература:

1. Абабков В.А. Клинические основы психотерапии неврозов и других пограничных нервно-психических расстройств (в свете их патоморфоза). // Материалы I съезда РПА. С.-Петербург. 1995.
2. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психических больных. // “Медицина.” Москва. 1988.
3. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. // Москва. “Медицина.” 1993.
4. Асатиани М. Современное состояние вопроса теории и практики психоанализа по взглядам Юнга. // Психотерапия. № 3, 1910.
5. Баранов Б.С., Песков М.В., Мельниченко Н.И., Мостовая Л.И. Психотерапевтическая коррекция самосознания больных неврозами. // В кн. “Проблемы синдромообразования в психиатрической практике.” Ленинград. 1987.
6. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия.
7. Бурно М.Е. О некоторых душевных расстройствах – для психотерапевта. ППЛ // Москва 1998.
8. Бурно М.Е. Письма пациентам. Российское общество медиков-литераторов. // Москва. 1994.
9. Бурно М.Е. Справочник по клинической психотерапии. // Российское общество медиков-литераторов. Москва. 1994.
10. Буянов М.И. Беседы о детской психиатрии. // “Просвещение.” Москва. 1986.
11. Быков С.И. Фобические расстройства при неврозах. // Дисс. к.м.н. Челябинск, 1996.
12. Бэндлер Р. Искусство Мастера НЛП. // “Реноме.” Симферополь. 1998.

- 
13. Василюк Ф.Е. Психотехника жизненных миров. // Московский психотерапевтический журнал. № 1, 1998.
14. Великанова Л.П. Современные психотерапевтические подходы к лечению невроза навязчивых состояний. // Труды астраханской мед. академии. Астрахань. 1996.
15. Вельтовский И.З., Липгард Н.К., Сухоруков В.И. Психотерапия в клинической практике. // Киев. "Здоров'я." 1984.
16. Вырубов Н.А. К вопросу о генезе и лечении невроза тревоги комбинированным гипно-аналитическим методом. // Психотерапия. № 1, 1910.
17. Вырубов Н.А. К психопатологии обыденной жизни. // Отд. отт. из журн. "Психотерапия", №1, 1913.
18. Вырубов Н.А. Психоаналитический метод Фрейда и его лечебное значение. // Ж. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. Кн. 1-2, 1909.
19. Гарбузов В.И. Практическая психотерапия. // АО "Сфера." С.-Петербург. 1994.
20. Голанд А.А., Голанд Я.Г., Суслова М.С. Психотерапия обсессивно-компульсивных расстройств. // Приложение к журналу "Вестник последипломного медицинского образования". Материалы международной конференции "Психотерапия на рубеже тысячелетий: опыт прошлого – взгляд в будущее". Москва. 1998. Стр. 39 – 40.
21. Грейденберг Б.С. "Психологические основы первично-психической терапии." Речь, прочитанная на публичном заседании I Съезда Русского Союза психиатров и нейропатологов, созданного в память С.С.Корсакова в Москве 6 сентября 1911 г. // Харьков, тип. "Печатник", 1912.
22. Гриндер Д., Бэндлер Р. Из лягушек – в принцы. // "Баско." Екатеринбург. 1998.
23. Гриндер Д., Бэндлер Р. Рефрейминг. // НПО "МОДЭК." Воронеж. 1995.
24. Гриндер Д., Бэндлер Р. Шаблоны гипнотических техник Милтона Эрикссона с точки зрения НЛП. // "Реноме." Симферополь. 1998.
25. Гриндер Д., Бэндлер Р., Сатир В. Семейная терапия и НЛП. // Институт Общегуманистарных Исследований. Москва. 1999.
26. Джексон Х. Гипнотизм. // Научно-психологическое книгоиздательство. Саратов. 1909.
27. Дмитриева Л.Г. Психопатология, динамика и прогноз агорафобий. Дисс. к.м.н. // Москва, 1996.
28. Добреньков В.И. Неофрейдизм в поисках "истины" (иллюзии и заблуждения Эриха Фромма). (Против буржуазной идеологии). // "Мысль". Москва. 1974.
29. Дибуа П. Психоневрозы и их психическое лечение. // С.-Петербург. 1912.
30. Егоров Б.Е. Гипноз. Психотерапия. Бессознательное: массовые сеансы исцеления или 100 лет научного изучения гипноза в России ... и ничего не изменилось. // МНПО "Прагма", 1993, 181с.
31. Егоров Б.Е. Значение клинического психоанализа в понимании и лечении сексуальных нарушений. // Российский медицинский журнал. 1999. № 1. Стр. 21 – 25.
32. Егоров Б.Е. История клинического психоанализа в России. // РМАПО. 1997.
33. Егоров Б.Е. О путях развития российского клинического психоанализа. // Приложение к журналу "Вестник последипломного медицинского образования". Материалы международной конференции "Психотерапия на рубеже тысячелетий: опыт прошлого – взгляд в будущее". // Москва. 1998. Стр. 23 – 24.
34. Егоров Б.Е. Прогностические рисуночные методики в изучении бессознательного и особенности психотерапии пограничных нервно-психических расстройств. // РМАПО. Москва. 1995.
35. Егоров Б.Е. Психоаналитически-ориентированная терапия в комплексном лечении пограничных нервно-психических расстройств. // Дисс. д.м.н., 1997, 460с.
36. Егоров Б.Е. Российское коллективное бессознательное: некоторые закономерности проявления и формирования: Тез. к пониманию. // Москва, 1993.
37. Жариков Н.М., Тольпин Ю.Г. Психиатрия. // Москва. "Медицина." 2000.
38. Захаров А.И. Дневные иочные страхи у детей. // "Издательство Союз." С.-Петербург. 2000.
39. Зейгарник Б.В. Патопсихология. // Издательство Московского университета. 1986.
40. Иваницкий А.М., Стрелец В.Б., Корсаков И.А. Информационные процессы мозга и психическая деятельность. // "Наука." Москва. 1984.
41. Исполатова Е.Н., Николаева Т.П. Анализ ранних воспоминаний как метод исследования межличностных отношений. // Приложение к журналу "Вестник последипломного медицинского образования". Материалы международной конференции "Психотерапия на рубеже тысячелетий: опыт прошлого – взгляд в будущее" // Москва. 1998. Стр. 46 – 47.
42. Исурина Г.Л. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия и основные тенденции её развития. // Материалы I съезда РПА. С.-Петербург. 1995.
43. Каннабих Ю.В. Эволюция психотерапевтических идей в XIX веке. Психотерапия. №1, 1910.
44. Карандашева Э.А., Мурзенко В.А. К клинико-психологической и биохимической характеристике фобического синдрома у больных неврозами. // Из сб. трудов: "Неврозы и пограничные состояния." Под ред. В.Н.Мясницева, Б.Д.Карвасарского, А.Е.Личко. Ленинград. 1972.
45. Карвасарский Б.Д. Неврозы. // Москва. "Медицина" 1980.
46. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия. // "Питер." С.-Петербург. 1999.
47. Карпенко Н.В. Дифференциация видов стра
-

- ха у детей дошкольного возраста. // Глух. гос. пед. инс-т. Глухов 1997.
48. Кербиков О.В., Коркина М.В., Наджаров Р.А., Снежневский А.В. Психиатрия. // Москва. "Медицина." 1968.
49. Кондрашенко В.Т., Донской Д.И. Общая психотерапия. // "Высшая школа." Минск, 1997.
50. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. // "Академический Проект". Москва. 2000.
51. Краснов В.Н., Гурович И.Я. Клиническое руководство: модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств. // Москва. 2000.
52. Крепелин Э. Учебник психиатрии для врачей и студентов. Т.1,2. // Москва. 1910 – 1912.
53. Кэмерон-Бэндер Л. С тех пор они жили счастливо: простая и эффективная психотерапия сексуальных проблем и трудностей во взаимоотношениях. // "МОДЭК" Воронеж. 1996.
54. Кюллер. Неврость и неврозы. // Типография А.С.Суворина. С.-Петербург. 1893.
55. Лаврова Н.М., Дедков Р.О., Мельников А.В., Диденко Т.Ю., Лавров В.В. Использование гипнотерапии в интегративном подходе к лечению пограничных нервно-психических расстройств. // Приложение к журналу "Вестник последипломного медицинского образования". Материалы международной конференции "Психотерапия на рубеже тысячелетий: опыт прошлого – взгляд в будущее". Москва. 1998. Стр. 49 – 50.
56. Лейбин В.М. Психоанализ и философия неофрейдизма. // Издательство политической литературы. Москва. 1977.
57. Макаров В.В. Психотерапия на рубеже тысячелетий. // Приложение к журналу "Вестник последипломного медицинского образования." Материалы международной конференции: "Психотерапия на рубеже тысячелетий: опыт прошлого – взгляд в будущее." Москва. 1998. Стр. 6 – 7.
58. Международная классификация болезней. Пересмотр 1975. // ВОЗ. Женева. 1977.
59. Менегетти А. Образ и бессознательное. // ННФБ "Онтопсихология". Москва. 2000.
60. Михайлова Н.А., Федоров А.П., Эйдемиллер Э.Г. Основы клинической и психологической диагностики неврозов в связи с задачами их психотерапии. Лекция для врачей. // Ленинград. 1986.
61. Мишина Т.М. К исследованию психологического конфликта при неврозах. // Из сб. трудов: "Неврозы и пограничные состояния." Под ред. В.Н.Мясищева, Б.Д.Карвасарского, А.Е.Личко. Ленинград. 1972.
62. Морозов Г.В. Судебная психиатрия. // "Медицина." Москва. 1988.
63. Московцева-Бойко О.В. Генетические и психофизиологические аспекты эмоциональной сферы человека и наследование неврозов. // Приложение к журналу "Вестник последипломного медицинского образования" Материалы международной конференции "Психотерапия на рубеже тысячелетий: опыт прошлого – взгляд в будущее". Москва. 1998. Стр. 53 – 54.
64. Мур Б.Э., Файн Б.Д. Психоаналитические термины и понятия. // "Класс." Москва. 2000.
65. Мяггер В.К., Бобкова В.В. Клинико-электроэнцефалографические данные в анализе причин рецидивов неврозов. // Из сб. трудов "Неврозы и пограничные состояния" Под ред. В.Н.Мясищева, Б.Д.Карвасарского, А.Е.Личко. Ленинград. 1972.
66. Неткачева Г.Д. К психопатологии театральной игры. О сценическом страхе. // Психотерапия. № 2, 1910.
67. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. // Издательство Московского университета. 1987.
68. Нюнберг Г. Принципы психоанализа и их применение к лечению неврозов. // Институт общегуманитарных исследований. Москва. 1999.
69. Обухов Я.Л. Символдрама как направление современной психоаналитически ориентированной психотерапии. // Приложение к журналу "Вестник последипломного медицинского образования". Материалы международной конференции "Психотерапия на рубеже тысячелетий: опыт прошлого – взгляд в будущее". Москва. 1998. Стр. 54 – 56.
70. Осипов Н.Е. Ещё о психоанализе. // Москва. 1910.
71. Осипов Н.Е. О неврозе боязни. (Angstneurose). // Типография Императорского Московского Университета. Москва. 1910.
72. Осипов Н.Е. О психоанализе. // Москва. 1910.
73. Осипов Н.Е. Психология комплексов и ассоциативный эксперимент по работам Цюрихской клиники. // Ж. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 1908, кн.6.
74. Павлов И.С. Семейная психотерапия в клинике пограничных состояний и алкоголизма. // РМАПО. Москва. 1997.
75. Павлов И.С. Техника гипносуггестивной терапии и аутогенной тренировки. // РМАПО. Москва. 1998.
76. Певницкий А. Явные фобии – символы тайных опасений больного. // Психотерапия. № 4, 1910.
77. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. Руководство, основанное на МКБ-Х. // Москва. 1997.
78. Психические расстройства в общей медицинской практике. Диагностика и лечебно-профилактические мероприятия. МКБ-Х, раздел-V. // ВОЗ. Женева. 1996.
79. Рожнов В.Е. Гипноз и внушение в медицине. // "Знание." Москва. 1955.
80. Салынцев И.В. Гипнотерапия в практике врача-психотерапевта. // РМАПО. Москва. 1998.
81. Свядоц А.М. Неврозы. // "Медицина." Мос-

- ква. 1982.
82. Сидоренко Е.В. *Терапия и тренинг по Альфреду Адлеру*. // "Речь." С.-Петербург. 2000.
83. Снежневский А.В. *Руководство по психиатрии*. В 2-х т. // "Медицина." Москва. 1983.
84. Социальная фобия. Карманный справочник. // Всемирная Ассоциация Психиатров. Базель. Швейцария. 1995.
85. Столору Р., Брандштадт Б., Атвуд Д. Клинический психоанализ. Интерсубъективный подход. // "Когито-Центр." Москва. 1999.
86. Тайсон Ф., Тайсон Р. *Психоаналитические теории развития*. // "Деловая книга." Екатеринбург, 1998.
87. Тиганов А.С. *Руководство по психиатрии*. // Москва. "Медицина." 1999.
88. Томэ Х., Кэхеле Х. *Современный психоанализ*. В 2-х т. // "Прогресс." Москва. 1996.
89. Топлянский В.Д., Струковская М.В. *Психосоматические расстройства*. // "Медицина." Москва. 1986.
90. Урсано Р., Эонненберг С., Лазар С. *Психодинамическая психотерапия*. // Российская психоаналитическая ассоциация. 1992.
91. Ушаков Г.К. *Пограничные нервно-психические расстройства*. // "Медицина." Москва. 1987.
92. Федоров А.П. Затяжные неврозы и их психотерапия. // С.-Петербург. 1995.
93. Федоров А.П. *Методы поведенческой психотерапии. Учебное пособие для врачей слушателей*. Ленинград. 1987.
94. Фельцман О.Б. *К вопросу о сущности гипноза по современным взглядам*. // *Психотерапия*. № 3, 1910.
95. Франкл В. *Психотерапия на практике*. // С.-Петербург. 1999.
96. Франкл В. Человек в поисках смысла. // "Прогресс." Москва. 1990.
97. Фрейд З. О клиническом психоанализе. // Москва. "Медицина." 1991.
98. Фрейд З. *Психология бессознательного*. // Сборник произведений. Москва. "Просвещение." 1989.
99. Харрис Т.А. Я благополучен – ты благополучен. // Фонд ментального здоровья. Красноярск. 1993.
100. Хомская Е.Д. *Нейропсихология*. // Издательство Московского университета. 1987.
101. Чернышова С.А. К проблеме "дикого" психоанализа в России. Приложение к журналу "Вестник последипломного медицинского образования". Материалы международной конференции "Психотерапия на рубеже тысячелетий: опыт прошлого – взгляд в будущее". Москва. 1998. Стр. 33 – 34.
102. Швейдер Р. *Психиатрия*. Москва. // "Практика." 1998.
103. Эйдемиллер Э.Г. Этапы и механизмы патологизирующего семейного наследования при не-
- врозах: парадигма онтогенетически ориентированной семейной психотерапии. // *Материалы I съезда РПА*. С.-Петербург. 1995.
104. Эриксон М. Глубокий гипнотический транс: индукция и использование. // "Реноме." Симферополь. 1998.
105. Эриксон М.Г., Rossi Э.Л. Человек из февраля. Гипнотерапия и развитие самосознания личности. // "Класс." Москва. 1995.
106. Aronson T.A. Критический обзор психотерапевтических методов лечения пограничной личности. Исторические тенденции и будущие направления. // *J. nerv. ment. Dis.* 1989.
107. Astmundson Gordon I.G., Kuperos Jenora L. Больные с хронической болью избирательно выбирают информацию, связанную с болью? Предварительные исследования, выявляющие роль страха. // *Norton J. Ron. Pain.* 1997, 72, № 1-2.
108. Bahner F.A. Боязнь насекомых при аллергии на пчелиный и осинный яд – клинико-психометрическое исследование. // *Baur A.H.+G.* 1998, 73, № 10.
109. Ballen W. Взгляды Фрейда и современное применение гипноза: увеличение эффективности терапии в рамках психоаналитической работы. // *J. Contemp Psychother* 1997. № 3, стр. 201 – 214.
110. Cameron O.G., Lieptman M.R., Curtis G.C., Thyer B.A. Этанол задерживает развитие невосприимчивости к простым фобиям у лиц без алкоголизма. // *Brit. J. Psychiatry*, 1987, june, 845 – 849.
111. Charney D.S., Goodman W.K., Price L.H., Woods S.W., Rasmussen S.A., Heninger G.R. Серотониновая функция при обсессивно-компульсивном расстройстве. // *Arch. gener. Psychiatry*, 1988, № 2, 177 – 185.
112. Fava G.A., Grandi S., Canestrari R. Продромальные симптомы панического расстройства с агорафобией. // *Amer. J. Psychiatry*, 1988, № 12, 1564 – 1567.
113. Hertzberg T., Leo R.I. Kim K. Возрастное наследственное состояние, сочетающееся с беременностью и рождением ребёнка. // *J. Psychosomatics* 1997, 38, № 4.
114. Jacob K.S., John J.K., Verghese A., John T.J. Спилофобия. // *Brit. J. Psychiatry*, 1987, march, 412.
115. Jenike M.A., Hyman S., Baer L., Holland A., Minichiello W.E., Buttolph L., Summergrad P., Seymour R., Ricciardi J. Контрольное предварительное изучение эффективности флуоксимина при обсессивно-компульсивных нарушениях. Рассмотрение в аспекте серотонинергической теории. // *Am. J. Psychiatry* 1990, № 9, 1209 – 1215.
116. Kagan J., Rernick J.S., Snidman N. Тормозное поведение у детей родителей с паническим расстройством и агорафобией. // *Arch. gener. Psychiatry*, 1988, № 5, 463 – 470.
117. Khanna S., Kaliaperumal V.G., Channabasaonna S.M. Группы обсессивно-компуль-

- 
- сивных феноменов при обсессивно-компульсивном расстройстве. // *Brit. J. Psychiatry* 1990 jan. 51 – 54.
118. *Kihlstrom J.* Возможно ли прийти к согласию в понимании гипноза? Возможно; но, возможно, не так быстро. // *F. Int. J. Clin. and Exp. Hypn.* 1997, 45, № 3.
119. *Krieg J.S., Bronisch T., Wittchen H.U., van Zenssen D.* Тревожные расстройства. Длительное проспективное и ретроспективное катамнестическое обследование бывших стационарных больных с тревожным неврозом или фобией. // *Acta Psychiatr. Scand.*, 1987, № 1, 36 – 47.
120. *Lesser J.M., Rubin R.T., Pecknold J.S., Rifkin A., Sninson R.P., Lydiard R.B., Burrows G.D., Noyes R., Dupont R.L.* Вторичная депрессия при паническом расстройстве и агорафобии. // *Arch. gener. Psychiatry*, 1988, № 5, 437 – 443.
121. *Lloyd B.F., Gannon P.M.* Влияние экспериментальных методик на личностные изменения: релаксация против катарсиса. // *Inag Cognic an Pers.* 1998 – 1999, 18, № 2. Стр. 107 – 120.
122. *Loewenfeld L.* К современному положению психотерапии. // *Психотерапия*. № 5-6, 1910.
123. *Marks J.* Страх крови. Обзор. // *Amer. J. Psych.*, 1988, № 10, 1207 – 1213.
124. *Mavissakalian M.* Плацебо эффект при агорафобии. // *J. nerv. ment. Dis.*, 1987, № 2, 95 – 99.
125. *Ontyveros A., Fontaine R.* Социальная фобия и клоназепам. // *Can. J. Psychiatry* 1990, № 5, 439 – 441.
126. *Pary R., Lewis S., Tolcas C., Lippmann S.* Социальная фобия: её признаки и способы её лечения. // *Primary Psychiac.* 1999, 6, № 8.
127. *Pollard C.A., Henderson J.G.* Четыре группы социальной фобии на примере группы людей. // *J. nerv. ment. Dis.* 1988, № 7, 440 – 445.
128. *Reich J., Noyes R., Yates W.* Симптомы тревоги, отличающие социальную фобию от панического и генерализованного тревожного расстройства. // *J. nerv. ment. Dis.*, 1988, № 8, 510 – 513.
129. *Rosenbaum J.F., Biederman J., Gersten M., Hirshfeld D.R., Mtnigger S.R., Herman J.B., Stein M.B., Shea Ch.A., Uhde Th.W.* Симптомы социальной фобии у больных с паническим расстройством. Практическое и теоретическое применение. // *Amer. J. Psychiatry*, 1989, № 2, 235 – 238.
130. *Stekel W.* Навязчивые состояния, их психические корни и их лечение. // *Mediz. Klinik*. 1910, № 5-7.
131. *Warwick M.C., Marks J.M.* Поведенческое лечение фобических и ипохондрических состояний. // *Brit. J. Psychiatry*, 1988, febr., 239 – 241.
132. *Westenberg H.G.M., den Boer J.A., Kahn R.S.* Психофармакология тревожных расстройств. Роль серотонина в лечении состояний тревоги и фобических расстройств. // *Psychopharmacol. Bull.*, 1987, № 1, 145 – 149.

## СООТНОШЕНИЕ СУГГЕСТИВНЫХ И ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИХ МЕТОДИК В ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ТРЕВОЖНЫМИ ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Н.Н.Шурупов

Исторически российская психотерапия конца XIX – начала XX века (до 1917 года) основывалась на традициях русской психиатрии, применявшей гипноз, а также использовала новейшие достижения европейской психотерапии. Российская психотерапевтическая школа руководствовалась взглядаами полизиологичности психопатологии.

Российские психиатры признавали существование трех основных направлений психотерапевтического воздействия (внушение, убеждение и психоанализ) и, в отличие от западных коллег, скептически относящихся к гипнозу, применяли для лечения неврозов “комбинированный гипно-аналитический метод”, разработанный Н.А.Вырубовым (1910).

После революции 1917 года в России психоанализ был запрещен, как враждебное учение. Гипноз и рациональная психотерапия продолжали развиваться. Понимание значения влияния психических факторов на развитие неврозов привело к рождению концепции В.Н.Мясищева о личностных кон-

г. Тула

фликтах, на основе которой затем было разработано основное в советской психотерапии направление в лечении неврозов, личностно-ориентированная психотерапия Карвасарского, Ташлыкова, Исуприной, в связи с чем в литературе все чаще стал появляться термин “осознание”, под которым подразумевалось знание больного о существовании у него определенных личностных черт и о их влиянии на развитие личностного конфликта, что, в свою очередь, считалось условием возможного изменения отношения к ситуации конфликта при неизменности наследственно обусловленных личностных черт.

В последнее время российская психотерапия наводнена массой иностранных техник, во многих из них присутствуют элементы и суггестии и анализа. Некоторые из них имеют опыт применения при лечении фобий. Так, например, НЛП рассматривает фобии, как неудачное научение с одной попытки, и их лечение проводят также с одной попытки,

закрепляя его рефлекторно. В деятельности нлп-терапевта видны элементы и анализа, когда он просит больного проанализировать, какие ситуации вызывают желательные состояния, а какие – нежелательные и чем они отличаются, и налицо применение суггестии, причем в явном трансовом состоянии, когда больной концентрирует внимание только на определенной ситуации, а внушения к тому же подкрепляются кинестетически.

В поведенческой психотерапии обязательно проводится анализ причин нежелательного поведения, велика доля рационально-эмоционального компонента, безусловно сопровождающегося суггестией, нередко в измененном состоянии сознания (мышечная релаксация, гипервентиляция).

Методы кататимно-имагинативной психотерапии, например символдрама, сочетают психоанализ и явно выраженные трансовые воздействия. Сторонники символдрамы конечно считают свой метод чисто психоаналитическим, лишь интенсифицированным, благодаря измененному состоянию сознания, и отрицают какую-либо суггестию. В НЛП понимание фобий чисто психоаналитическое и соответственно механизм их лечения заключается в осознании нарушений психосексуального развития. Но разве нет суггестиий уже в самом вызывании состояния релаксации и в том, что нлп-терапевт ведет пациента по образам так, чтобы сеанс заканчивался положительными аффективными переживаниями?

Является аксиомой и не требует обсуждения то, что внушение в той или иной степени выраженности всегда имеет место в человеческом общении. Любое общение сопровождается изменением направленности и степени концентрации внимания, что соответственно изменяет внушаемость.

Отсутствие или наличие гипнотического состояния также является достаточно философским вопросом, так как в настоящее время под гипнозом понимают изменение состояния сознания, характеризующееся повышенной внушаемостью и соответственно утрированное любое общение можно назвать гипнозом.

Так же обстоит дело и с анализом. По этому поводу L.Loewenfeld (1910) писал: "Работаем ли мы с помощью психоанализа, внушаем в гипнозе или в бодрствующем состоянии, всегда это только комбинация, так как мы никогда не упускаем возможности влиять на больного поучениями и воспитанием, поскольку это возможно, то есть употребляем диалектический метод. И обратно, там, где главное достигается диалектикой, мы не можем провести её без влияния внушения".

Таким образом, диалектический вопрос о наличии и суггестии и анализа при любом психотерапевтическом взаимодействии решен. А как лечить конкретную патологию, какие методы суггестиии и какие методы анализа применять, зависит от взгля-

дов конкретной психотерапевтической школы на этиопатогенез заболевания.

Также на психотерапию, являющуюся субкультурой общества, оказывают влияние его культуральные особенности. Б.Е.Егоров (1998) выявил историческую закономерность интеграции психоанализа и гипноза: "На современном этапе обозначились два пути развития гипнотизма и психоанализа в едином комплексе лечения. Российский путь – к гипнозу прибавляется психоанализ. Западный путь – к психоанализу прибавляется гипнотизм."

В 1985 году, в России психотерапия была выделена в отдельную специальность. При объявлении демократии в страну хлынул поток западных и восточных методик психологического воздействия. Издревле в России использовались методики, основанные на трансовом внушении, поэтому наибольший спрос среди населения имеют те, которые уже прошли на Западе эволюционный путь от психоанализа – к гипнозу. Так немало психологов сейчас используют символдраму.

В советской психотерапии передовым направлением в лечении неврозов была признана личностно-ориентированная психотерапия Карвасарского, Исуриной, Тащлыкова, имеющая в основе психотерапевтической работы осознание больным его бессознательных личностных конфликтов (по В.Н.Мясищеву), но обследование больного не включает анализа бессознательного, лишь констатируется факт наличия у него определенных личностных черт, несмотря на то, что вся литература по "патогенетической психотерапии" пестрит терминами "осознание" и "бессознательные тенденции". Причиной этому было запрещение в советский период психоанализа и непризнание существования бессознательной сферы в психоаналитическом понимании, поэтому советским психиатрам не были известны методы работы с бессознательным.

Значимость применения суггестивных методов в психотерапии тревожных фобических расстройств ни у кого не вызывает сомнений и следует из клинических особенностей фобий, где доминирует тревога, а суггестивная терапия, особенно гипнотерапия, является незаменимым методом снятия тревоги.

Значение рациональной психотерапии также несомненно, но советская психотерапевтическая школа и российская психоаналитическая школа используют её с разной целью.

Различное понимание советской психотерапевтической и российской психоаналитической школами глубины воздействования психической сферы при тревожных фобических расстройствах является причиной различного соотношения используемых ими методов суггестивной, рациональной и психоаналитической терапии. Психотерапевтическая школа, действующая в рамках личностно-ориентированной психотерапии, видит наиболее глубоко-

кие причины тревожных фобических расстройств в личностном конфликте желаемого и морально допустимого, и поэтому схема работы с больным заключается в констатации с помощью психологических исследований его тревожно-мнительных личностных черт, а затем логическое осознание им того, что именно эти черты характера привели к появлению противоречивых потребностей, которые невозможно одновременно удовлетворить из-за моральных установок. Действительно, для такого осознания достаточно логических доводов.

Психоанализ не отрицает существование личностных конфликтов и различных личностных черт, но причины тревожных фобических расстройств видят в изменениях, происходящих на стадиях формирования самой личности, а именно, в формировании фобического реагирования, которое отражается на развитии личности, в результате чего могут сформироваться тревожно-мнительные черты характера. Психоанализ рассматривает формирование личности, как процесс, обязательно включающий в себя развитие сексуальности, как неотъемлемой части человеческой организации, обусловленной генетически и поэтому крайне значимой, и, следовательно, нарушения в которой обязательно отражаются на формировании личности и на всей последующей жизни.

Таким образом в этиопатогенез тревожных фобических расстройств задействованы более глубинные механизмы личностного развития, для осознания которых не достаточно логического размышления, так как они не просто амнезированы, а вытеснены в бессознательное, и их значение может быть понято только с помощью специальных методов работы с бессознательным. Полученный таким образом материал уже может быть использован для дальнейшей психотерапевтической работы на уровне сознания, где действуют законы логики и, следовательно, применимы методы рациональной психотерапии.

Можно схематично продемонстрировать разные подходы к лечению тревожных фобических расстройств с помощью личностно-ориентированной психотерапии и психоаналитически-ориентированной терапии. Например, в литературе часто приводится пример ситуации, когда больная с неврозом навязчивых состояний, с одной стороны, сильно любит мужа, а с другой, не может наблюдать, как он ей изменяет. В процессе психотерапевтической работы в рамках личностно-ориентированной психотерапии было выяснено, что из-за тревожно-мнительных черт личности больная не могла решиться на развод, а фобии были спровоцированы астенизацией нервной системы в результате постоянных душевных противоречий, и представляли собой повторение амнезированных детских страхов в ситуации, напоминающей ту, когда они появились впервые.

Психоаналитически данную ситуацию можно расценить по-другому. В результате сформировавшегося в детстве фобического реагирования и, в связи с этим, определенным образом сформировавшейся поло-ролевой идентификацией, выбор партнера и семейные взаимоотношения с ним были построены таким образом, что приобрели такой характер, что их уже нельзя было назвать любовью, а семья практически распалась, чем и объясняются изменения мужа. Неудовлетворенность взаимоотношениями с мужем, не только в плане количества половых актов, вытеснялась и продолжала интерпретироваться как неразделенная любовь. Накопившаяся свободная сексуальная энергия привела к появлению тревоги, которая была направлена по отработанному пути фобического реагирования.

Что касается смысла фобических страхов, то, по нашему мнению, он часто не соответствует страхам детства, а иногда их в детстве выявить не удается.

В психоаналитическом понимании тема фобий противоположна вытесненным желаниям и всегда связана с сексуальностью, а именно с первыми этапами её становления, инфантильной сексуальностью (до пятилетнего возраста), что в практическом плане крайне затруднительно для анализа и, с нашей точки зрения, такая глубинная психоаналитическая работа не так необходима, как это трактуются представителями классического психоанализа.

В вышеприведенном клиническом случае психотерапевтическая работа должна была заключаться в осознании процесса формирования фобического реагирования и влияния его на взаимоотношения с противоположным полом, приведшие к распаду семьи. Результатом такой работы будет осознание своей прямой роли в создании ситуации измен мужа.

Такое понимание этиопатогенеза тревожных фобических расстройств наполняет значимостью для больного факторы личностного конфликта в том плане, что больной сам является их создателем, и, следовательно, психотерапевтическая работа должна быть направлена на личностные изменения больного, а не просто на ликвидацию неблагоприятных факторов, как это рекомендуется в психиатрических руководствах.

Таким образом, личностный конфликт не является причиной невроза, - это уже один из этапов его развития. Причины неврозов находятся в бессознательном, и доля психоаналитической работы должна быть гораздо большей, чем это представлено личностно-ориентированной психотерапией, и должна проводиться на более глубоком личностном уровне методами, предназначенными для работы с бессознательным. Констатация личностных черт, элементов личностного конфликта и симптомов, является лишь перечислением поверхностных проявлений заболевания, под которыми кроются слож-

---

---

ные бессознательные механизмы его этиопатогенеза. Рациональная и суггестивная психотерапия должна опираться на известные верные факты. При внедрении психоаналитической работы перед нами открывается возможность повышения эффективности психотерапии, так как мы получаем ещё одну возможность получения информации о причинах заболевания, причем о самых его истоках. Таким образом, психотерапия становится ещё более патогенетической.

Необходимо отметить то, что очень важным открытием Российской психоаналитической школы было применение в лечении больных неврозами мотивированных внушений в гипнотическом состоянии результатов анализа бессознательного, что ускоряло лечение.

Основоположник психоанализа З.Фрейд (1989) так писал о преимуществах внушения,

проводимого при психоаналитической работе: "В отличие от гипнотического внушения, психоаналитическое внушение направлено на то, чтобы что-то раскрыть и устраниТЬ; действует как хирургия; проникает дальше в сущность, а не в конфликты, которые привели к образованию симптомов; внушение используется, чтобы изменить исход этих конфликтов; требует от врача и от больного тяжелого труда, направленного на устранение внутренних сопротивлений; врач помогает больному в этом внушением, действующим в воспитательном смысле."

Таким образом, суггестивные и психоаналитические методики являются исторически и патогенетически неотъемлемыми и взаимодополняющими частями психотерапии неврозов, что нами было продемонстрировано на примере тревожных фобических расстройств.

## ПСИХИАТРИЯ

### ОСОБЕННОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Б.С.Айдельдяев

Исторически главным побудительным мотивом создания специализированной психиатрической помощи явилось то обстоятельство, что психически больной человек является собой потенциальную опасность для себя, но в большей степени – для окружающих. Первоначально это проявлялось в

виде простой изоляции “бесноватых” без оказания им какой-либо медицинской помощи. Но даже эти, порой далекие от гуманности, меры являлись, если так можно выразиться, своеобразной профилактикой ООД.

Возникновение психиатрии, как медицинской

*Относительные частоты распределения механизмов ООД (в %)*

	Характер ООД					ВСЕГО
	имущество- ческие	хулиганство	против личности	сексуальные	прочие	
<b>Продуктивно-психотические</b>						
<b>С бредовой мотивацией</b>	<b>9,8</b>	<b>60,0</b>	<b>32,9</b>	<b>14,3</b>	<b>6,7</b>	<b>19,3</b>
бредовая защита	-	20,0	7,1	-	1,7	3,8
бредовая месть	-	20,0	17,1	-	1,7	7,7
реализация бредовых проектов	7,3	-	2,9	-	1,7	3,3
бредовая демонстрация	2,4	-	-	-	-	,5
искупление бредовой вины	-	-	4,3	14,3	-	2,2
бредовое самоутверждение	-	20,0	1,4	-	1,7	1,6
<b>Без бредовой мотивации</b>	<b>7,3</b>	<b>40,0</b>	<b>50,0</b>	<b>14,3</b>	<b>5,0</b>	<b>24,2</b>
косвенная бредовая мотивация	7,3		12,9	-	1,7	7,1
императивные галлюцинации и автоматизмы	-	-	2,9	-	1,7	1,6
аффектогенная переоценка своих возможностей	-	-	1,4	-	-	0,5
дисфорическая агрессивность	-	-	14,3	-	1,7	6,0
импульсивные действия	-	20,0	11,4	14,3	-	5,5
состояние помраченного сознания	-	20,0	7,1	-	-	3,3
<b>Негативно-личностные</b>						
<b>Ситуационно спровоцированные</b>	<b>53,7</b>	-	<b>14,3</b>	<b>57,1</b>	<b>33,3</b>	<b>30,7</b>
эмоциональная бесконтрольность	7,3	-	5,7	42,9	10,0	8,7
интеллектуальная несостоятельность	29,3	-	4,3	14,3	8,3	11,5
повышенная внушаемость и подчиняемость	17,1	-	4,3	-	15,0	10,4
<b>Инициативные действия</b>	<b>26,8</b>	-	<b>2,9</b>	<b>14,3</b>	<b>55,0</b>	<b>25,8</b>
извращенность и расторможенность влечений	2,4	-	1,4	14,3	33,3	12,6
псевдосоциальная гиперактивность	17,1	-	-	-	5,0	5,5
дефицит высших эмоций	7,3	-	1,4	-	16,7	7,7

науки, прежде всего, связано, именно, с усилиями врачей предупреждать опасные для общества поступки душевно больных. Развитие клинической психиатрии и формирование нозологического подхода как основного в оценке психических расстройств, позволяли с все большей точностью отвечать едва ли не на главный вопрос в психиатрии – опасен или не опасен больной?

Основную роль в этом играет понимание происхождения патологического мотива, который может быть включен в психопатологическую структуру синдрома, либо быть его следствием. Прогнозирование опасного поведения душевно больных основано именно на этом понимании.

Подобный подход применялся многими исследователями при описании психопатологических мотивов ОД (Ковалевский П.И., 1881; Крафт-Эбинг Р., 1895; Гиляровский В.А., 1935; Шумаков В.М., 1979; Гульдан В.В., 1986; Кудрявцев В.Н., 1986; Мальцева М.М., Котов В.П., 1995; Kraepelin E., 1921; Шипковенски Н., 1973; Spate H. et al., 1987).

Однако необходимо учитывать, что психопатологический синдром является не единственным фактором в возникновении деликтов. Это было наглядно показано на примерах объективно подтвержденной провокации опасного поведения под влиянием психической травмы или неблагоприятного воздействия социальной среды.

Играя роль триггера, пускового механизма, ситуация трансформирует психопатологические проявления в опасные для окружающих формы.

В настоящее время в судебно-психиатрической практике принято выделение двух типов психопатологических механизмов ОД – продуктивно-психотический и негативно-личностный. В свою очередь, в каждом из указанных типов выделяется по два варианта.

Для продуктивно-психотического механизма – это ОД с бредовой мотивацией и без бредовой мотивации, для негативно-личностных – ситуационно спровоцированные ОД и инициативные действия (М.М.Мальцева, 1987). Каждый из вариантов делится на несколько видов, часть из которых наблюдалась у обследованных нами испытуемых, и относительное распределение которых представлено в таблице 1.

Продуктивно-психотические механизмы ОД были представлены у 43,5% от общего числа невменяемых испытуемых. Из них 19,3% совершали ОД по бредовым мотивам, 24,2% без бредовой мотивации.

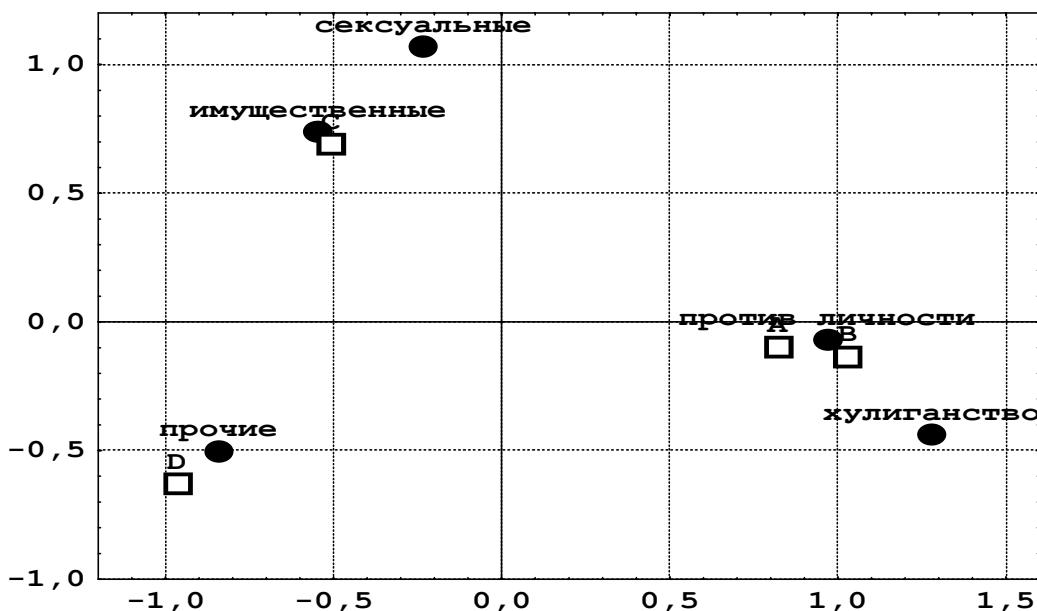
Негативно-личностные механизмы ОД наблюдались 56,5% случаев, причем 30,7% ситуационно спровоцированы, а 28,5% охарактеризованы как инициативные действия.

С учетом распределения в таблице 1, в ячейках которой много “нулевых” частот, анализ соответствия характеру деликта мы провели, применяя в качестве категорий варианты механизмов ОД.

На когнитивной карте (рисунок 1) четко различаются три группы, расположенные в разных ее квадрантах.

Рисунок 1

*Соответствие категорий ОД основным вариантам их психопатологических механизмов*



Категориям ООД, направленным против личности и квалифицированным, как хулиганские действия, достоверно соответствуют только продуктивно-психотические механизмы реализации ООД. Причем деликты с бредовой мотивацией (на рисунке категория “А”) имеют положительный коэффициент корреляции с правонарушениями против личности 0,83 ( $p<0,001$ ), с хулиганством – 0,79 ( $p<0,01$ ), а без бредовой мотивации соответственно (категория “В”) 0,89 ( $p<0,001$ ) и 0,82 ( $p<0,002$ ).

СITUATIONНО спровоцированные негативно-личностные виды механизмов (категория “С”) ООД достоверно соответствовали группе имущественных и сексуальных противоправных действий, а инициативные - категории “прочие”, о содержании которой мы упоминали.

Клинический анализ продуктивно-психотических механизмов совершения ООД наиболее рельефно отражает их связь с патологической мотивацией. Лучше всего это видно у больных с бредовыми синдромами, когда “кривая логика” болезненных суждений вынуждает больных предпринимать соответствующие действия, то есть возникает болезненный мотив тех или иных поступков.

Механизм таких поступков включен в психопатологический синдром, как клинический феномен “бредовое поведение”. Наиболее часто встречающимся по нашим наблюдениям механизмом с бредовой мотивацией была бредовая месть – 7,7%. Уже по своему содержанию такое развитие бредового синдрома несет в себе крайне высокий риск ООД, направленных против личности.

Как показали результаты анализа соответствий, нередко опасные действия больных шизофренией квалифицируются как хулиганство, проявляясь немотивированной агрессией, направленной на окружающих, бессмысленным уничтожением окружающих предметов и тому подобные действия. Причем нередко прогнозирование такого поведения также затруднено, по причине отсутствия очевидных феноменологических “предвестников” такого поведения, оформленных в определенный синдром.

В данном случае речь может не идти о бредовой мотивации поведения. Нередко можно говорить либо о косвенной бредовой мотивации, либо о дисфорической агрессивности, либо об импульсивных действиях. Все перечисленные механизмы формирования ООД также можно считать трудно прогнозируемыми, если отсутствует адекватная система наблюдения за таким больным. Высокая доля таких ООД, к сожалению, свидетельствует об отсутствии благополучия в данной области.

Говоря в целом о наблюдавшихся нами психических расстройствах, приводящих к ООД, мы убедились, что выделенные виды механизмов, относящиеся к продуктивно-психотическому типу, редко встречаются в “чистом” виде. Особенно, если речь идет не об описании психического статуса на мо-

мент совершения ООД, а о лонгитудинальной оценке психического расстройства, на пике которого происходит деликт.

Для введения в настоящий раздел еще раз вернемся к когнитивной карте основных вариантов психопатологических механизмов ООД, на которой в системе этих признаков мы обнаружили достоверное сходство между сексуальными и имущественными деликтами, обусловленное соответствием им ситуационно спровоцированного варианта негативно-личностного механизма формирования противоправных действий. На первый взгляд весьма странное “соседство”.

Если вернуться еще выше, к когнитивной карте, объясняющей ролевое участие в ООД, то обнаруживаем, что для имущественных правонарушений достоверно соответствовала роль исполнителя в группе. Сексуальные правонарушения совершались единолично, но под влиянием других.

При сопоставлении упомянутых результатов анализа соответствия и видов ситуационно спровоцированных негативно-личностных механизмов (эмоциональная бесконтрольность, интеллектуальная несостоятельность, повышенная внушаемость и подчиняемость), соседство имущественных и сексуальных ООД перестает казаться странным.

У больных, имевших в преморбиде выраженные признаки психопатизации личности, как следствие тяжелой повторной черепно-мозговой травмы, нередко развивается психоорганический синдром с развернутыми эпилептиформными припадками, мnestическими нарушениями и с усилением психопатических черт возбудимого круга и выраженнымными психастеническими проявлениями. Наряду с этим, имеют место такие явления эмоционального уплощения, эйфоричности, лживости.

Данные психические расстройства и антисоциальное окружение обуславливают формирование образа жизни, направленного лишь на удовлетворение витальных потребностей.

Механизм формирования антиобщественного поведения можно охарактеризовать как инициативные действия, вызванные дефицитом высших эмоций следующий.

В данном случае, также следует рассматривать, как проявление совокупности психопатологии и криминального окружения, которое выбирает большой, как единственную приемлемую для него социальную среду.

Конечно же, поиск причинно-следственных связей или главных побудительных стимулов к ООД задача весьма сложная. Однако анализ комплекса возможных причин на достаточно большом выборочном материале, скорее всего, дает возможность выделять какой-то один, наиболее существенный фактор риска в каждом конкретном случае и предвосхитить само построение патологической цепи с помощью целенаправленной профилактики.

---

Кроме того, классификация психопатологических механизмов ООД, позволяет снизить риск за счет позитивного влияния мер, направленных не только на какого-то одного больного. Надежность классификации во многом определяется тем, как успешно отслеживается неизбежное изменение патологических механизмов, имеющих тенденцию не проявляться ярко на феноменологическом уровне, а, напротив, к латентному развитию.

К тому же, если данную проблему рассматривать с точки зрения диалектики, в самом психопатологическом механизме должны содержаться начала, отрицающие или сдерживаю-

щие его. Так, например, повышенная внушаемость больного может играть значительную роль в вовлечении больного в криминальную среду, но может быть важным терапевтическим или воспитательно-профилактическим фактором.

Таким образом, изучение особенностей противоправных действий вменяемых и общественно опасных действий невменяемых больных показало необходимость уточнения и большей дифференциации категорий правонарушений, по которым проводится классификация их психопатологических механизмов.

## **СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ**

Б.С.Айдельдяев

Одной из важнейшей составляющих судебно-психиатрической типологии больных с противоправным поведением является комплекс социально-психологических условий, в которых живет душевнобольной.

М.М.Мальцева и В.П.Котов (1995) выделяют в качестве важного фактора риска совершения ООД неблагоприятную микросоциальную обстановку и, прежде всего, взаимоотношения с родственниками. Одиночество или семейное неблагополучие, отсутствие материальной помощи при утрате источников средств к существованию в результате утраты трудоспособности и тому подобные причины значительно усугубляют снижение и без того, как правило, невысокий уровень социальной ответственности больных с поведенческими и психическими расстройствами. Привлечение лицами из криминальной среды для исполнения преступных действий психически больных довольно частое явление в тех случаях, когда те предоставлены сами себе.

И, напротив, наличие близких, способных позаботится о больном не только в период обострения болезни, но и помочь ему поддерживать достаточно высокий социальный статус во время ремиссии, может явиться важнейшим фактором предупреждения антисоциальных поступков.

В целях исследования социально-демографических характеристик психически больных, совершивших общественно опасные действия, нами были изучены все больные с психическими расстройствами, совершившие ООД и проходившие в течение периода с октября 2000 года по сентябрь 2001 года включительно судебно-психиатрическую экспертизу в Центре судебно-психиатрической экспертизы

Министерства юстиции Республики Казахстан. Всего было обследовано 529 человек. Из них - 484 мужчины (91,5%), 45 (8,5%) женщин (то есть в соотношении 10,8 : 1) в возрасте от 15 до 70 лет, средний возраст  $31,5 \pm 0,42$  года. Критерием отбора больных для исследования являлось объективное, полученное по данным клинического исследования, наличие психических или поведенческих расстройств, квалификация которых проводилась по действующей в Республике Казахстан Международной классификации болезней и причин смерти десятого пересмотра (МКБ – 10), раздел F.

На наш взгляд, исследовать семейный статус пациента без учета этнических особенностей отношений в семье было бы серьезной ошибкой. Различия семейных традиций у разных народов – широко известный факт и, по-видимому, не требует доказательств в рамках настоящего исследования. Более того, морально-этические, религиозные и культурные традиции, доминирующие в семье, зачастую останавливают больных в намерениях совершить противоправные действия.

В связи с этим, мы использовали фактор этнической принадлежности при распределении обследованных нами больных по семейному положению. Результаты данного распределения представлены в таблице 1.

Прежде всего, обращает на себя внимание то, что число одиноких больных (холостых, разведенных и т.п.), в независимости от этнической принадлежности, чрезвычайно велико. В любой из групп доля таковых составляла около 3/4. Причем, большая часть из них никогда не состояла в браке.

Таблица 1

Распределение обследованных больных по семейному положению

		казахи		русские		другие		ВСЕГО	
		абс.	%%	абс.	%%	абс.	%%	абс.	%%
вменяем	нет сведений	1	0,7	-	-	-	-	1	0,3
	женат (замужем)	41	28,9	28	18,3	14	27,5	83	24,0
	холост (незамужем)	86	60,6	98	64,1	34	66,7	218	63,0
	разведен(а)	11	7,7	24	15,7	2	3,9	37	10,7
	вдов(а)	2	1,4	2	1,3	1	2,0	5	1,4
	незарегистрированный брак	-	-	1	0,7	-	-	1	0,3
	разведены, живут вместе	1	0,7	-	-	-	-	1	0,3
невменяем	женат (замужем)	17	23,9	16	21,9	14	35,9	47	25,7
	холост (незамужем)	46	64,8	46	63,0	21	53,8	113	61,7
	разведен(а)	7	9,9	10	13,7	3	7,7	20	10,9
	вдов(а)	1	1,4	-	-	1	2,6	2	1,1
	незарегистрированный брак	-	-	1	1,4	-	-	1	0,5
	нет сведений	1	0,5	-	-	-	-	1	0,2
	разведен(а)	18	8,5	34	15,0	5	5,6	57	10,8
всего	женат (замужем)	58	27,2	44	19,5	28	31,1	130	24,6
	холост (незамужем)	132	62,0	144	63,7	55	61,1	331	62,6
	разведен(а)	3	1,4	2	0,9	2	2,2	7	1,3
	вдов(а)	-	-	2	0,9	-	-	2	0,4
	разведены, живут вместе	1	,5	-	-	-	-	1	,2

По частоте холостых, в сравнении с литературными данными (53,2% - М.М.Мальцева, В.П.Котов, 1995), у наших испытуемых наблюдалось следующее распределение:

- испытуемые казахи - вменяемые - 60,6%, невменяемые - 64,8%;
- испытуемые русские – вменяемые – 64,1%; невменяемые – 63,0%;
- испытуемые других этнических групп – вменяемые – 66,7%; невменяемые – 53,8%.

Иными словами число холостых пациентов среди наших пациентов было в среднем больше, примерно на 10%, чем по наблюдениям других авторов. Исключение составили лишь испытуемые других этнических групп, признанные невменяемыми.

Имеющих свою семью, по нашим наблюдениям, было:

- испытуемых казахов – вменяемых – 28,9%; невменяемых - 23,9%;
- испытуемых русских – вменяемых – 18,3%; невменяемых – 21,9%;
- испытуемых других этнических групп – вменяемые –27,5%; невменяемые – 35%.

То есть, наши наблюдения почти не отличались от данных литературы, где число женатых (замужних) больных, совершивших ОД, указывается на уровне 26,2%. В нашем случае выделялись только испытуемые русские, признанные вменяемыми, и испытуемые других этнических групп, признанные невменяемыми.

Что же касается больных, потерявших семью (разведенных или вдовых), полученные нами данные значительно отличаются в меньшую сторону, в

сравнении с литературными сведениями (20,6%). В том числе:

- испытуемые казахи - вменяемые – 9,1%, невменяемые - 11,3%;
- испытуемые русские – вменяемые – 17,0%; невменяемые – 13,7%;
- испытуемые других этнических групп – вменяемые – 5,9%; невменяемые – 10,3%.

Если по литературным данным среди больных, совершивших ОД, соотношение между семьяными и потерявшими семью было 1:1, то по нашим данным, оно составляло примерно 2:1.

Для анализа по признаку семейного положения нами были выбраны лишь три свойства – “женатые”, “холостые” и “разведенные”, поскольку частоты в остальных свойствах преимущественно были невелики (в пределах статистической погрешности) или равны нулю.

Прежде всего, следует заметить, что анализ со-пряженности свойства “Семейное положение” с основными критериями группировки показал, что только он достоверно связан в данной комбинации признаков с категорией “Этническая группа” ( $\chi^2 = 11,14$ ;  $df=4$ ;  $p=0,025$ ). Различия в исследованных группах состояли в следующем.

В группе признанных вменяемыми испытуемых казахов число женатых достоверно выше ( $\chi^2 = 15,07$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$ ), а число холостых было достоверно ниже ( $\chi^2 = -7,03$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$ ) ожидаемых частот распределения. Число женатых было достоверно ниже теоретического ( $\chi^2 = -14,73$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$ ), число холостых и разведенных достоверно выше (соответственно -  $\chi^2 = 12,01$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$  и  $\chi^2 =$

18,93; df=1; p<0,001).

В группе вменяемых других национальностей достоверно отклонялось от теоретического распределения в сторону снижения число холостых ( $\chi^2 = -5,72$ ; df=1; p<0,001) и разведенных ( $\chi^2 = -4,95$ ; df=1; p<0,001).

Среди испытуемых казахов, признанных невменяемыми, величина частот всех проанализированных свойств семейного положения находились в пределах теоретического распределения.

Испытуемые русские выделялись тем, что чис-

ленность женатых ( $\chi^2 = -6,15$ ; df=1; p<0,01) и холостых ( $\chi^2 = -6,61$ ; df=1; p<0,01) была ниже ожидаемой.

Представители других этнических групп, признанные вменяемыми, выделялись тем, что среди них было наибольшее число женатых ( $\chi^2 = 17,10$ ; df=1; p<0,0001).

Рассмотрим теперь распределение больных по числу детей, то есть фактору, имеющему непосредственное отношение к семейному положению больных (таблица 2.).

Таблица 2

*Распределение обследованных больных по числу детей в семье*

		казахи		русские		другие		ВСЕГО	
		абс.	% %	абс.	% %	абс.	% %	абс.	% %
ВСЕГО вменяем	нет детей	91	64,1	112	73,2	33	64,7	236	68,2
	1 - 2 детей	42	29,6	36	23,5	12	23,5	90	26,0
	3 - 4 детей	5	3,5	4	2,6	4	7,8	13	3,8
	5 и более детей	4	2,8	1	,7	2	3,9	7	2,0
	нет детей	49	69,0	54	74,0	24	61,5	127	69,4
	1 - 2 детей	17	23,9	17	23,3	11	28,2	45	24,6
	3 - 4 детей	5	7,0	2	2,7	3	7,7	10	5,5
	5 и более детей					1	2,6	1	,5
ВСЕГО невменяем	нет детей	140	65,7	166	73,5	57	63,3	363	68,6
	1 - 2 детей	59	27,7	53	23,5	23	25,6	135	25,5
	3 - 4 детей	10	4,7	6	2,7	7	7,8	23	4,3
	5 и более детей	4	1,9	1	,4	3	3,3	8	1,5

Как и следовало ожидать, из-за большого количества одиноких, число лиц, не имеющих детей, среди наших испытуемых было подавляющим – 68,6% от всей численности обследованных. Нет видимых различий при оценке, в целом, групп вменяемых (68,2% от общего числа наблюдений в группе) и невменяемых (69,4%).

При детальном рассмотрении распределения всех испытуемых по числу детей все же видны существенные различия между группами.

Так, для вменяемых испытуемых казахов наиболее характерно было наличие 1–2 детей в семье ( $\chi^2 = 14,21$ ; df=1; p<0,001). Для невменяемых той же этнической группы мы наблюдали относительное увеличение числа многодетных семей – по 3 – 4 ребенка ( $\chi^2 = 4,68$ ; df=1; p<0,05).

Наибольшее относительное число вменяемых испытуемых, не имеющих детей, было среди этнической группы русских ( $\chi^2 = 26,59$ ; df=1; p<0,0001). Среди невменяемых достоверных отклонений от ожидаемых частот не наблюдалось.

Одной из наиболее важных социально-психологических характеристик больных, совершающих противоправные действия, является уровень образования. Хорошо известно, что среди больных, совершивших ОД, чаще можно встретить лиц с крайне низким образовательным уровнем, нежели имеющих среднее специальное или даже высшее образование (Ряшитова Р.К., 1980; Мохонько А.Р., Шубина Н.К., 1981; Белов В.П., 1981; Мусаев Ю.О., 1984; Боброва И.Н., 1989; и др.).

В работах, у перечисленных автором, также можно найти утверждение, что относительно всех больных, получающих специализированную психиатрическую помощь, доля имеющих образование на уровне начальной школы резко увеличено.

По нашим наблюдениям, общее число лиц с начальным образованием примерно совпадало с данными литературных источников (32,3%) и составляло 35,3% от общего числа наблюдений. Из них, от числа вменяемых – 34,1% и от числа невменяемых несколько выше – 37,7%.

Рисунок 1

*Стандартные остатки частотных распределений  
по числу детей в семье*

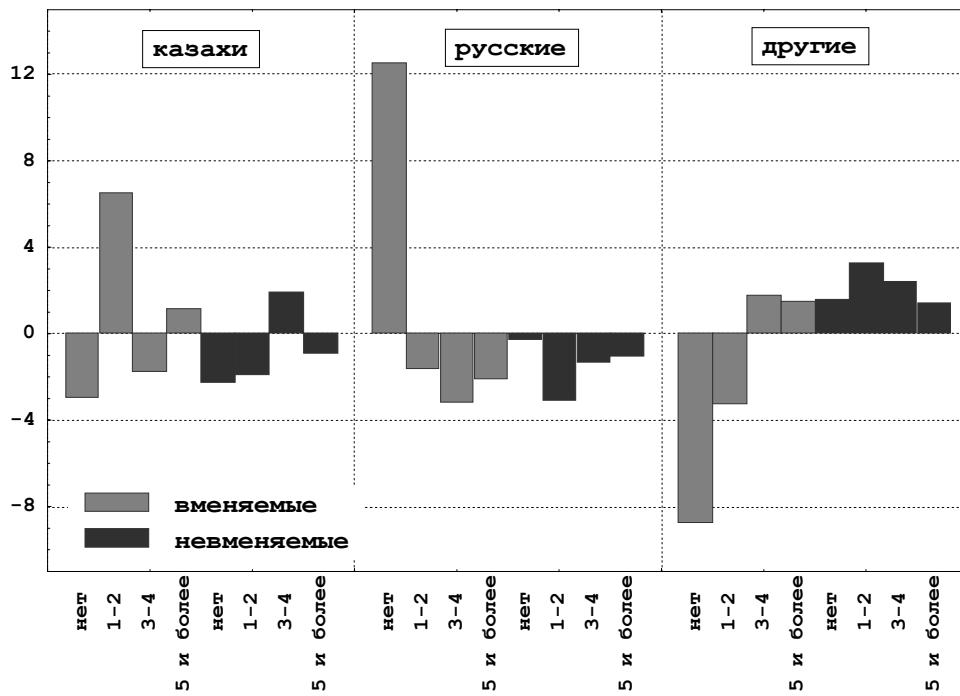


Таблица 3

*Распределение обследованных больных по уровню образования*

	вменяем	казахи		русские		другие		ВСЕГО	
		абс.	% %	абс.	% %	абс.	% %	абс.	% %
вменяем	нет сведений	2	1,4	-	-	-	-	2	0,6
	неграмотный или вспомогательная школа	13	9,2	14	9,2	7	13,7	34	9,8
	начальное или неполное среднее	39	27,5	58	37,9	21	41,2	118	34,1
	среднее или среднее специальное	76	53,5	77	50,3	23	45,1	176	50,9
	высшее	12	8,5	4	2,6	-	-	16	4,6
	не учится	-	-	-	-	-	-	-	-
	нет сведений	-	-	1	1,4	-	-	1	0,5
	неграмотный или вспомогательная школа	3	4,2	7	9,6	10	25,6	20	10,9
	начальное или неполное среднее	19	26,8	30	41,1	20	51,3	69	37,7
	среднее или среднее специальное	38	53,5	30	41,1	9	23,1	77	42,1
ВСЕГО	высшее	11	15,5	4	5,5	-	-	15	8,2
	не учится	-	-	1	1,4	-	-	1	0,5
	нет сведений	2	0,9	1	0,4	-	-	3	0,6
	неграмотный или вспомогательная школа	16	7,5	21	9,3	17	18,9	54	10,2
	начальное или неполное среднее	58	27,2	88	38,9	41	45,6	187	35,3
	среднее или среднее специальное	114	53,5	107	47,3	32	35,6	253	47,8
	высшее	23	10,8	8	3,5	-	-	31	5,9
	не учится	-	-	1	0,4	-	-	1	0,2

Здесь же отметим, что число больных с образованием ниже начального составляло 10,2% (вменяемые – 9,8%, невменяемые – 10,9%) и в долевом отношении вдвое превышало данные литературы – 4,9%.

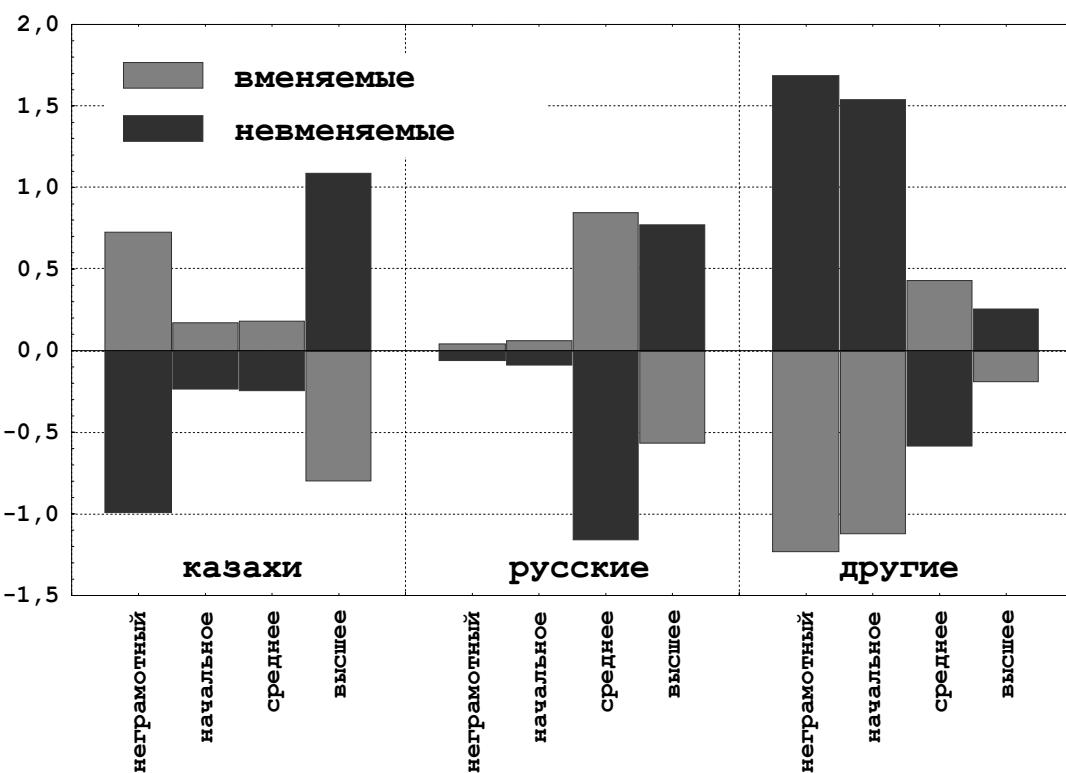
Рассмотрим теперь результаты сравнительного анализа уровня образования, наблюдавшихся нами больных. На различия распределения частот по признаку уровня образования главным образом влияло то обстоятельство, что в разных этнических группах

показатель частот значительно достоверно варьировал по этому фактору ( $\chi^2 = 34,02$ ;  $df= 6$ ;  $p < 0,00001$ ).

На рисунке 2 можно видеть, что в некоторых группах соотношение вменяемых и невменяемых значительно отклоняются от величин теоретического распределения, что создавало общий суммарный эффект различий во всех категориях, определяющих уровень образования.

Рисунок 2

*Стандартные остатки частотных распределений по уровню образования*



В том числе, по числу неграмотных или окончивших вспомогательную школу (на рисунке – “неграмотные”) статистически значимое отклонение в сторону большего числа вменяемых можно наблюдать у испытуемых казахов ( $\chi^2 = 5,33$ ;  $df=1$ ;  $p < 0,05$ ).

В то же время, в “других” этнических группах среди вменяемых отмечается достоверное снижение числа больных с наименьшим уровнем образования ( $\chi^2 = -6,71$ ;  $df=1$ ;  $p < 0,01$ ) среди вменяемых и достоверное увеличение среди невменяемых ( $\chi^2 = 10,83$ ;  $df=1$ ;  $p < 0,01$ ). Суммарно наблюдавшиеся отклонения давали эффект только в сторону достоверного увеличения числа невменяемых по этому уровню образования ( $\chi^2 = 6,84$ ;  $df=2$ ;  $p < 0,05$ ).

По числу испытуемых, имевших начальное или неполное среднее образование (на рисунке – “начальное”), суммарный эффект от различия в этни-

ческих группах выражался в достоверном увеличении числа невменяемых ( $\chi^2 = 10,83$ ;  $df=2$ ;  $p < 0,01$ ) с таким уровнем образования и значимом уменьшении числа вменяемых ( $\chi^2 = -7,28$ ;  $df=2$ ;  $p < 0,05$ ).

Данный эффект задавался наличием значимых отклонений лишь в “других” этнических группах, что хорошо видно на графике (рисунок 2), а именно за счет значительного увеличения числа невменяемых ( $\chi^2 = 13,8434$ ;  $df=1$ ;  $p < 0,01$ ) и столь же значительного уменьшения числа вменяемых ( $\chi^2 = 10,3867$ ;  $df=1$ ;  $p < 0,01$ ).

Общий суммарный эффект различия между вменяемыми и невменяемыми испытуемыми со средним образованием выражался в увеличении их числа среди вменяемых ( $\chi^2 = 22,20$ ;  $df=2$ ;  $p < 0,001$ ) и снижением – среди невменяемых ( $\chi^2 = -19,43$ ;  $df=2$ ;  $p < 0,001$ ).

Данное различие определялось достоверным увеличением числа вменяемых со средним и средне специальным образованием в группе русских ( $\chi^2 = 14,91$ ;  $df=1$ ;  $p < 0,0001$ ) и “других” национальностей ( $\chi^2 = 12,7804$ ;  $df=1$ ;  $p < 0,01$ ), а так же снижением числа невменяемых со “средним образованием” среди этнических русских.

Различия по образовательному уровню наблюдались так же и среди испытуемых с высшим образованием. Причем, общий суммарный эффект давался увеличением относительного числа невменяемых испытуемых казахов ( $\chi^2 = 7,34$ ;  $df=1$ ;  $p < 0,01$ ). Однако данный факт, на наш взгляд, нуждается в проверке на выборке большего объема, поскольку в этой категории наблюдались нулевые частоты.

Таким образом, рассматривая уровень образования обследованных нами больных, можно заключить, что, если мы пытаемся рассматривать данные без учета фактора этнической принадлежности, имеющиеся достоверные различия между группами вменяемых и невменяемых как бы взаимно нивелируются, и определение структуры по данному фактору становится ошибочным, что, конечно же, не допустимо.

Анализируя таблицу распределения по характеру занятости (таблица 4), можно обратить внимание на существенные отличия полученных нами данных, в сравнении с теми, которые наблюдали М.М.Мальцева и В.П.Котов (1995).

Совокупное число работающих и учащихся, которое ими было отмечено среди невменяемых больных, совершивших ООД, составляло 47,5%. По нашим наблюдениям их доля составила 35,6% от общего числа наблюдений. В том числе, для признанных невменяемыми – 33,4%, для вменяемых – 36,2%. Причем, это различие явно определялось относительным увеличением числа неработающих.

Среди обследованных нами больных не работало и не имело инвалидности всего 47,9% (против 38,9% по данным М.М.Мальцевой, В.П.Котова, 1995).

Без определенных занятий испытуемых, признанных вменяемыми, было 54,9%, невменяемых – 33,8%. Сравнительно низким среди испытуемых было относительное число инвалидов. В целом, их доля составляла 10,3% (по М.М.Мальцевой, В.П.Котову – 13,6%). Однако, среди невменяемых, их доля составляла 21,1%, в то время как среди вменяемых – лишь 4,9%.

Таблица 4

*Распределение обследованных больных по характеру занятости*

		казахи		русские		другие		ВСЕГО	
		абс.	% %	абс.	% %	абс.	% %	абс.	% %
вменяем	работает или учится	57	40,1	53	34,9	15	29,4	125	36,2
	не работает	78	54,9	87	57,2	32	62,7	197	57,1
	инвалид	7	4,9	12	7,9	4	7,8	23	6,7
невменяем	работает или учится	32	45,1	15	20,5	16	41,0	63	34,4
	не работает	24	33,8	29	39,7	8	20,5	61	33,3
	инвалид	15	21,1	29	39,7	15	38,5	59	32,2
ВСЕГО	работает или учится	89	41,8	68	30,2	31	34,4	188	35,6
	не работает	102	47,9	116	51,6	40	44,4	258	48,9
	инвалид	22	10,3	41	18,2	19	21,1	82	15,5

Такие расхождения с литературными данными, возможно, обусловлены различиями социально-экономической ситуации в бывшем Советском Союзе в конце восьмидесятых годов, когда М.М.Мальцева и В.П.Котов обобщали данные своих наблюде-

ний, и в современной Республике Казахстан.

Вместе с тем, размер доли неработающих и не имеющих инвалидности больных так же, как и тогда, должен внушать серьезную тревогу и свидетельствовать об определенных трудностях в работе ам-

булаторного звена системы психиатрической помощи.

Обратимся теперь к анализу распределения обследованных нами больных по характеру занятости с учетом принадлежности больных к определенной этнической группе.

Достоверные различия между вменяемыми и невменяемыми больными были обнаружены лишь для категории работающих, что хорошо иллюстрирует график на рисунке 4.

В частности, относительное число работавших среди испытуемых казахов, признанных невменяе-

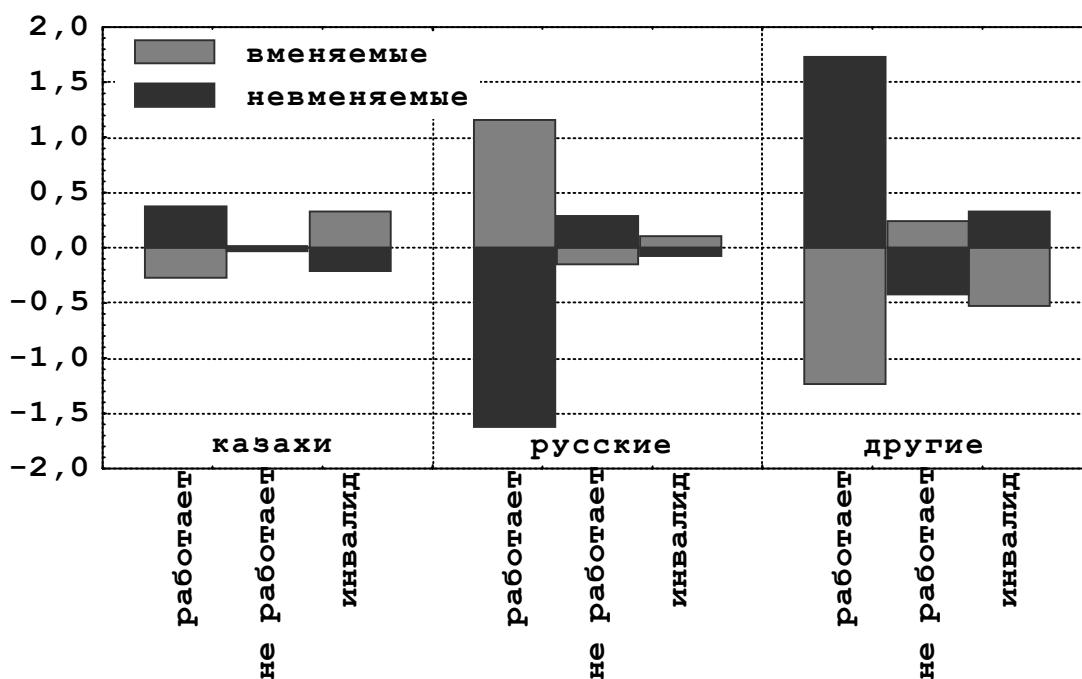
мыми, достоверно ( $\chi^2 = 4,36$ ;  $df=1$ ;  $p < 0,05$ ) было выше предполагаемого распределения.

Аналогичным образом были распределены относительные частоты среди испытуемых “других” этнических групп, относительное число работающих невменяемых было достоверно выше, чем работающих вменяемых ( $\chi^2 = 13,97$ ;  $df=1$ ;  $p < 0,01$ ).

У испытуемых русских соотношение между работающими вменяемыми и невменяемыми носило противоположный характер. Относительное число работавших вменяемых было достоверно больше ( $\chi^2 = 16,86$ ;  $df=1$ ;  $p < 0,01$ ).

Рисунок 4

Стандартные остатки частотных распределений по характеру занятости



Однако, если внимательно проанализировать первичную таблицу, то такое соотношение объясняется крайне низким абсолютным числом работавших невменяемых. Последнее замечание еще раз подтверждает необходимость внимательного и всестороннего исследования структурного состава больных, совершивших ОД.

Изучение социально-демографической структуры обследуемых психически больных бывает не полным, если в нем не учитываются их жилищные условия.

Наряду с семейным статусом, наличием работы, условия, в которых живет душевно больной, могут вызывать или гасить мотивации социально-опасного поведения. Место и условия проживания больных создают во многом ту микросоциальную среду, которая “выталкивает на поверхность” пси-

хически больного.

Среда обитания при позитивном влиянии может способствовать “выталкиванию” в виде своевременного обращения больного за специализированной лечебной и профилактической помощью.

В то же время, можно нередко стать свидетелем того, как больные под влиянием окружения часто утрачивают нормальные условия жизни. Не требует особых доказательств, что основную часть, так называемых, “бомжей” составляют именно душевно больные.

При рассмотрении условий проживания мы сочли необходимым уточнить, имеются ли различия между вменяемыми и невменяемыми больными с учетом того, проживают они в городе или в сельской местности.

По данным таблицы 6 и на рисунке 5 можно ви-

деть, что среди испытуемых казахской этнической группы, проживающих в городе, преобладали при-

знанные невменяемыми, а в сельской местности, наоборот, вменяемые.

Таблица 6

*Распределение обследованных больных по месту жительства*

		казахи		русские		другие		ВСЕГО	
		абс.	%%	абс.	%%	абс.	%%	абс.	%%
вменяем	город	86	60,6	134	87,6	35	68,6	255	73,7
	село	56	39,4	19	12,4	16	31,4	91	26,3
невменяем	город	48	67,6	61	83,6	25	64,1	134	73,2
	село	23	32,4	12	16,4	14	35,9	49	26,8
ВСЕГО	город	134	62,9	195	86,3	60	66,7	389	73,5
	село	79	37,1	31	13,7	30	33,3	140	26,5

Однако различия оказались достоверными лишь во втором случае, для испытуемых, проживающих в селе ( $\chi^2 = 8,97$ ;  $df=1$ ;  $p < 0,01$ ), несмотря на то, что разброс относительных частот в обоих случаях был достаточно велик.

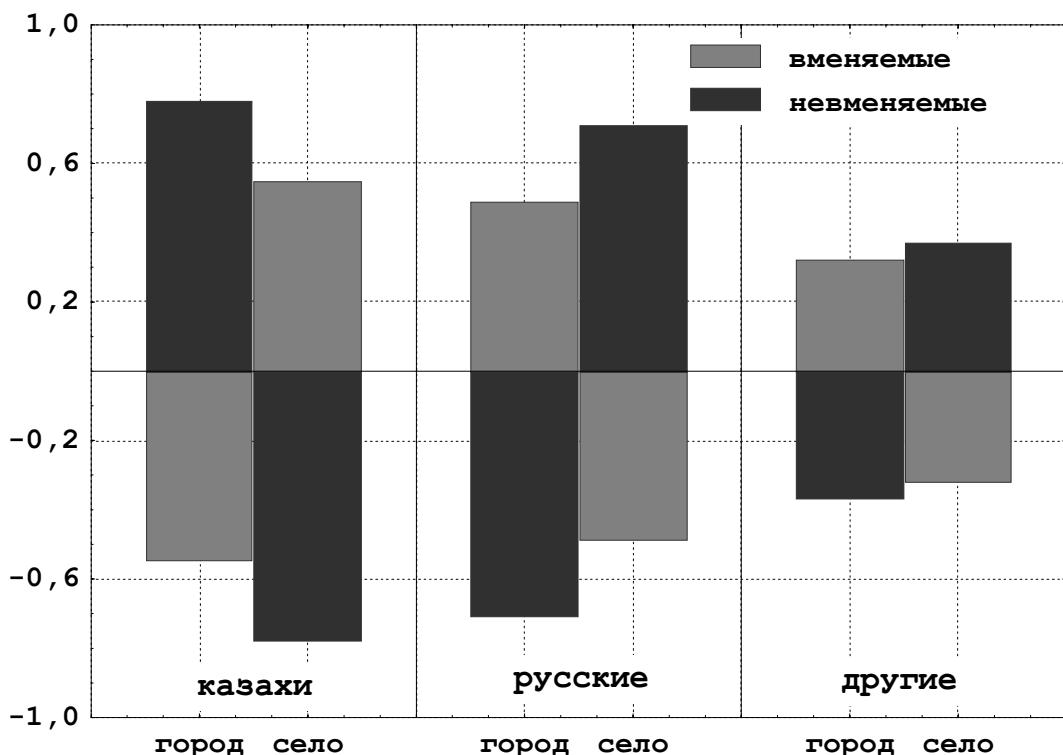
Для испытуемых русских при таком же значительном разбросе относительных частот достоверность различий наблюдалась лишь для городского

населения. Причем здесь преобладали больные, признанные вменяемыми ( $\chi^2 = 13,62$ ;  $df=1$ ;  $p < 0,01$ ).

Для испытуемых же других этнических групп, несмотря на то, что разброс относительных величин был не велик, оказалось достоверным преобладание среди городских жителей среди вменяемых ( $\chi^2 = 8,10$ ;  $df=1$ ;  $p < 0,01$ ), а среди сельских жителей – невменяемых ( $\chi^2 = 8,6$ ;  $df=1$ ;  $p < 0,01$ ).

Рисунок 5

*Стандартные остатки частотных распределений по месту жительства.*



Анализируя распределение больных по жилищным условиям, обобщенным в таблице 7, мы обратили внимание на то, что количество наблюдений в некоторых ячейках либо крайне мало, либо отсутствует вовсе. Данное обстоятельство заставило нас прибегнуть к некоторому предварительному обобщению и распределить наши наблюдения по следующим категориям:

- больных, проживающих в собственных домах или отдельных квартирах, мы отнесли к категории имеющих “удовлетворительные” жилищные условия;

- проживающих в коммунальных квартирах, общежитиях, психоневрологических интернатах, снимающих жилплощадь – к категории имеющих “неудовлетворительные условия”;

- категории больных, проживающих у родителей и без определенного места жительства, мы оставили без изменения.

Прежде всего, при анализе таблицы распределения частот по вышеперечисленным категориям обратило на себя внимание более низкое, чем в литературе, число больных без определенного места жительства.

Таблица 7

*Распределение обследованных больных по жилищным условиям*

		казахи		русские		другие		ВСЕГО	
		абс.	% %	абс.	% %	абс.	% %	абс.	% %
вменяем	БОМЖ	10	7,0	15	9,8	2	3,9	27	7,8
	общежитие	9	6,3	3	2,0	1	2,0	13	3,8
	интернат	-	-	2	1,3	-	-	2	0,6
	коммунальная квартира	4	2,8	8	5,2	1	2,0	13	3,8
	отдельная квартира	14	9,9	17	11,1	4	7,8	35	10,1
	собственный дом	19	13,4	6	3,9	6	11,8	31	9,0
	проживает у родителей	77	54,2	86	56,2	33	64,7	196	56,6
	снимает жилплощадь	7	4,9	15	9,8	4	7,8	26	7,5
	прочее	2	1,4	1	0,7	-	-	3	0,9
невменяем	БОМЖ	1	1,4	5	6,8	2	5,1	8	4,4
	общежитие	2	2,8	1	1,4	1	2,6	4	2,2
	интернат	-	-	1	1,4	-	-	1	0,5
	коммунальная квартира	1	1,4	3	4,1	2	5,1	6	3,3
	отдельная квартира	15	21,1	16	21,9	6	15,4	37	20,2
	собственный дом	5	7,0	7	9,6	5	12,8	17	9,3
	проживает у родителей	46	64,8	36	49,3	23	59,0	105	57,4
	снимает жилплощадь	1	1,4	2	2,7	-	-	3	1,6
	прочее	-	-	2	2,7	-	-	2	1,1
ВСЕГО	БОМЖ	11	5,2	20	8,8	4	4,4	35	6,6
	общежитие	11	5,2	4	1,8	2	2,2	17	3,2
	интернат	-	-	3	1,3	-	-	3	0,6
	коммунальная квартира	5	2,3	11	4,9	3	3,3	19	3,6
	отдельная квартира	29	13,6	33	14,6	10	11,1	72	13,6
	собственный дом	24	11,3	13	5,8	11	12,2	48	9,1
	проживает у родителей	123	57,7	122	54,0	56	62,2	301	56,9
	снимает жилплощадь	8	3,8	17	7,5	4	4,4	29	5,5
	прочее	2	0,9	3	1,3	-	-	5	0,9

Если М.М.Мальцева и В.П.Котов (1995) указывали на 13,1% среди обследованных невменяемых, то, по результатам наших наблюдений, эта доля колебалась в разных группах от 1,4% до

9,8%. Причем, даже прогнозируемая доля лиц без определенного места жительства в своем максимальном значении лишь едва превышала 10%.

Таблица 7а

*Наблюдавшееся и прогностическое распределение больных с ООД по жилищным условиям.*

Этническая группа	Результат СПЭ	Жилищные условия	абс.	%%	Прогноз
казахи	вменяем	удовлетворительные	33	23,2%	21,3%
		неудовлетворительные	22	15,5%	14,5%
		проживает у родителей	77	54,2%	58,2%
		БОМЖ	10	7,0%	6,1%
	невменяем	удовлетворительные	20	28,2%	32,1%
		неудовлетворительные	4	5,6%	7,6%
		проживает у родителей	46	64,8%	56,9%
		БОМЖ	1	1,4%	3,4%
русские	вменяем	удовлетворительные	23	15,0%	17,0%
		неудовлетворительные	29	19,0%	19,6%
		проживает у родителей	86	56,2%	53,2%
		БОМЖ	15	9,8%	10,2%
	невменяем	удовлетворительные	23	31,5%	27,4%
		неудовлетворительные	9	12,3%	11,0%
		проживает у родителей	36	49,3%	55,6%
		БОМЖ	5	6,8%	6,0%
другие	вменяем	удовлетворительные	10	19,6%	19,1%
		неудовлетворительные	6	11,8%	12,6%
		проживает у родителей	33	64,7%	62,8%
		БОМЖ	2	3,9%	5,5%
	невменяем	удовлетворительные	11	28,2%	28,8%
		неудовлетворительные	3	7,7%	6,6%
		проживает у родителей	23	59,0%	61,5%
		БОМЖ	2	5,1%	3,1%

Безусловно, низкая доля Бомжей среди больных, совершивших ООД, свидетельствует о достаточно высоком уровне социальной защищенности больных (таблица 7а). Во всяком случае, этот факт можно объяснить либо тем, что маргинальная микросоциальная среда в нашей стране не слишком криминализирована, либо в этой среде существует латентная преступность.

Вообще, если оценивать в целом уровень обеспеченности жильем больных, совершивших ООД, можно констатировать его достаточно высокий уровень. Имели собственный дом, отдельную квартиру или проживали у родителей в среднем около 70% всех обследованных. В том числе:

- у испытуемых казахов эта суммарная доля составляла для вменяемых – 77,4%, для невменяемых 93,0%;
- у испытуемых русских – для вменяемых – 71,2%, для невменяемых 71,8%;
- у испытуемых других этнических групп – для

вменяемых 84,3%, для невменяемых – 87,2%.

То есть, можно, безусловно, утверждать, что жилищно-бытовая неустроенность причиной, побуждающей больных к противоправным действиям, не является.

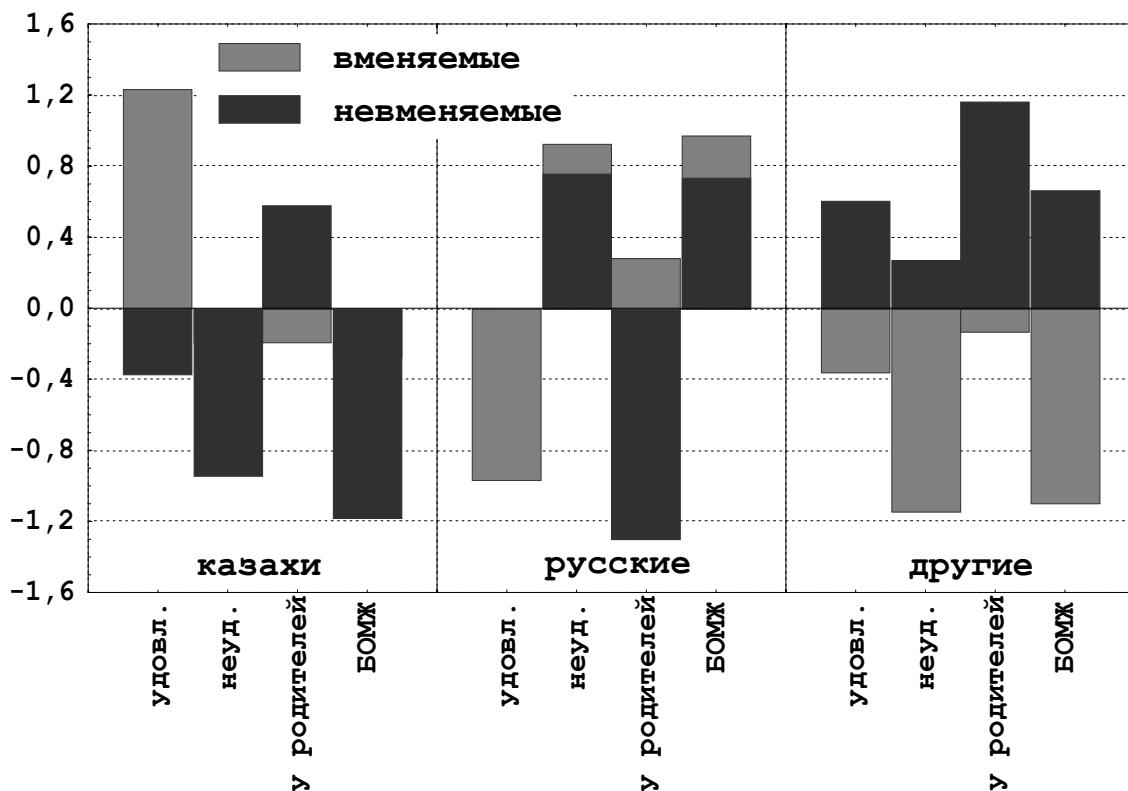
Еще одним, заслуживающим серьезного внимания является тот факт, что более половины больных в каждой из обследованных групп проживают у родителей. Это также может быть истолковано двояко. Конечно же, то, что больные живут под попечительством родственников, безусловно, положительный факт. Однако сразу можно оговориться – уровень качества такого попечительства крайне низок, коль скоро эти больные (и вменяемые, и невменяемые) совершили противоправные действия.

Далее, сопоставим наблюдавшиеся нами относительные частотные распределения с ожидаемыми, а также определим достоверность возможных отклонений (рисунок 6).

По категории “удовлетворительные” жилищные

Рисунок 6

*Стандартные остатки частотных распределений  
по месту жительства*



условия, достоверно, в сторону увеличения от ожидаемого распределения отличалась группа вменяемых испытуемых казахов ( $\chi^2 = 14,27$ ;  $df=1$ ;  $p < 0,01$ ), а группа вменяемых испытуемых русских достоверно ниже ( $\chi^2 = -9,39$ ;  $df=1$ ;  $p < 0,01$ ). В этой же категории мы наблюдали достоверное отклонение от ожидаемого количества в сторону увеличения числа невменяемых в группе испытуемых других этнических групп ( $\chi^2 = 4,05$ ;  $df=1$ ;  $p < 0,05$ ).

По категории “неудовлетворительные” жилищные условия, достоверно, в сторону увеличения отличались испытуемые русские, причем и вменяемые ( $\chi^2 = 10,07$ ;  $df=1$ ;  $p < 0,01$ ) и невменяемые ( $\chi^2 = 4,64$ ;  $df=1$ ;  $p < 0,05$ ).

Среди проживавших в общежитии, в сторону увеличения выделяясь невменяемые испытуемые казахи ( $\chi^2 = 7,89$ ;  $df=1$ ;  $p < 0,01$ ), а также испытуемые других этнических групп ( $\chi^2 = 11,23$ ;  $df=1$ ;  $p < 0,01$ ). Среди вменяемых достоверное увеличение было отмечено только в группе испытуемых русских ( $\chi^2 = 5,15$ ;  $df=1$ ;  $p < 0,05$ ).

В категории “БОМЖ” выделялась в сторону увеличения только группа испытуемых русских, признанных вменяемыми ( $\chi^2 = 7,63$ ;  $df=1$ ;  $p < 0,01$ ). Однако, учитывая незначительное число наблюдений в данной категории, результат расчетов может вызывать сомнения.

Подводя итог анализа жилищных условий больных, совершивших ОД, все же невозможно не заметить, что, в целом, в группе испытуемых русские наблюдались достоверно худшие жилищные условия, чем среди испытуемых других национальностей.

В заключение следует отметить, что исследование структуры психически больных, склонных к противоправному поведению, вне всякого сомнения, имеет большое значение для прогнозирования ОД. Анализ факторов социально-демографического и социо-культурального статуса в равной степени важен, как для группы больных, совершивших противоправное действие по болезненным мотивам или, не отдавая отчета своим действиям, так и для тех, кто может нести ответственность за совершенные правонарушения.

Результаты анализа психически больных, совершивших противоправные действия в Республике Казахстан, по ряду базисных характеристик, таких как пол, возраст, семейное положение, образование, выявили существенные отличия от таковых в Российской Федерации. Отсюда, структура контингента душевнобольных, нарушивших закон, не может считаться набором устойчивых характеристик, поскольку она тесно связана не только с психопатологическими особенностями поведения больного, но и с его социальным окружением.

---

---

## ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТЕХНИКИ ДЛЯ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ В УСЛОВИЯХ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

В.В. Миронов

г. Костанай

Электроэнцефалография является информативным методом исследования функционального состояния и патологических процессов мозга. Основные положения электроэнцефалографии, определившие ее клиническую ценность, были открыты в 30-е годы XX века. Успехи исследовательской и клинической электроэнцефалографии находятся в прямой зависимости от общего уровня развития техники и, в частности, возможности регистрации, усиления, обработки и хранения информации о волновых электромагнитных процессах, каковыми по своей физической сути являются биоэлектрические потенциалы мозга. Буквально каждому периоду развития физики и электронной техники соответствуют технические характеристики “хорошего электроэнцефалографа”. В соответствии с этим положением можно выделить несколько этапов совершенствования электроэнцефалографии, как диагностического метода.[1]

В 30-40-е годы XX века электроэнцефалография представляла собой регистрацию и усиление биопотенциалов мозга по одному или нескольким каналам, что являлось в тот период достаточно сложной технической задачей, которая решалась усилиями больших коллективов с применением громоздкого и дорогостоящего оборудования, произведенного часто по индивидуальному заказу. Успешная эксплуатация такого оборудования требовала выполнения множества требований технического и биологического характера, постоянного инженерного сопровождения. Клиническая и исследовательская интерпретация получаемых результатов была затруднена из-за сложности унификации данных из разных лабораторий и общего дефицита знаний в этой области.

В начале 50-х годов такие же приборы создавались на базе электронно-ламповой технологии и стали при этом совершеннее, проще в эксплуатации и обслуживании, могли регистрировать до 16 каналов и производились серийно.[2]

С середины 60-х годов в технологию производства электроэнцефалографов начинает внедряться полупроводниковая техника. Электроэнцефалограф, создавшийся на базе сотен и тысяч транзисторов, имел стабильные характеристики регистрации и усиления биоэлектрического сигнала, был достаточно прост в эксплуатации и порой годами не требовал квалифицированного технического обслуживания [1].

В конце 70-х годов появляются первые приборы, предназначенные для автоматизированного ана-

лиза электроэнцефалограммы (ЭЭГ). Эти приборы представляли собой приставки к электроэнцефалографу, которые получали сигнал и обрабатывали его в автоматизированном режиме. Анализаторы ЭЭГ представляли достаточно сложные и дорогостоящие в производстве и эксплуатации электронные устройства, способные обрабатывать биологический сигнал строго определенным образом. Эти приборы производили на базе первичных ЭЭГ частотный или спектральный анализ (монахов).

Середина 80-х годов и начало 90-х ознаменованы компьютерной революцией, которая коснулась практически всех областей современной жизни и привела, в том числе, и к созданию компьютерного электроэнцефалографа [3].

История развития нейрофизиологической лаборатории в Костанайской ОПБ легко прослеживается на основе анализа количества и качественных характеристик ЭЭГ-обследований, проведенных в разные периоды. В этой истории можно отметить почти те же самые этапы, но разворачиваются они с отставанием от мирового уровня. Вселяет оптимизм, что это отставание, даже если и имеет некоторые колебания, но в целом уменьшается. В начале 90-х - около 10-15 лет, на сегодняшний день такое отставание составляет не более 4-5 лет.

В начале 80-х годов в нейрофизиологической лаборатории Костанайской ОПБ использовался 8-ми канальный электроэнцефалограф производства венгерской фирмы “Медикор”. Эксплуатация этого прибора по прямому назначению на протяжение более 10 лет в Костанайской ОПБ показала, что прибор удобен для регистрации электроэнцефалограммы и последующего визуального анализа. В конце 80-х годов указанный прибор был заменен 16-канальным электроэнцефалографом “EEG-16s” производства той же фирмы и созданный на основе полупроводниковой технологии.

Широкое использование в мире методов компьютерной обработки ЭЭГ началось в последние десять-пятнадцать лет, после появления дешевых и быстродействующих персональных компьютеров. В нейрофизиологической лаборатории Костанайской ОПБ первый компьютер появился в 1991 году, а уже в 1992 году на него была установлена программа компьютерной обработки электроэнцефалографических данных.

С применением компьютерной техники принципы интерпретации электроэнцефалограммы не изменились. При компьютерной электроэнцефалографии по-прежнему анализируются основные пара-

---

метры ЭЭГ-кривых: амплитуда, частота и характер распределения по различным областям коры головного мозга. Изменения заключаются в том, что появилась принципиально новая возможность объективизации стандартной процедуры оценки ЭЭГ, что вывело компьютерную электроэнцефалографию в разряд одного из самых информативных и современных методов нейрофизиологического обследования.

Объем литературы, касающейся проблематики клинической интерпретации данных компьютерной электроэнцефалографии существенно вырос уже к середине 90-х годов и продолжает расти.

Некоторые авторы осуществляют на основе компьютерной электроэнцефалографии оригинальные разработки. Так, программа “Музыка мозга” основывается на алгоритме, разработанном авторами, преобразующим спонтанную биоэлектрическую активность мозга в музыку. В результате совместной работы программы регистрации и обработки электроэнцефалограммы на базе быстрого преобразования Фурье и цифрового музыкального синтезатора-секвенсора для конкретного пациента создается музыкальная карта функциональных состояний – сверхактивное, активное и расслабленное бодрствование, медленный и быстрый сон. Программа “Музыка мозга” включает элементы музыкотерапии и терапии с биологической обратной связью, но имеет ряд отличий от обоих этих методов и является хорошим примером использования компьютерной техники в медицине [4].

Перспектива создания новых нефармакологических методов терапии по-прежнему реальное всего на стыках наук и дисциплин, и особенно в связи с внедрением в процессы психологической коррекции и психотерапии современной вычислительной техники и программного обеспечения.

Компьютерная система регистрации и обработки электроэнцефалограммы, используемая в нейрофизиологической лаборатории Костанайской ОПБ состоит из нескольких равноважных блоков: это сам электроэнцефалограф венгерской фирмы “Medikor”, обеспечивающий съем биопотенциалов в соответствии с общепринятыми схемами монополярной регистрации по 14-16 каналам, и его предварительное усиление. Дальнейшее следование сигнала - в аналого-цифровой преобразователь (АЦП) специальное электронное устройство, которое переводит усиленный биопотенциал из аналоговой формы в понятный компьютеру цифровой вид. Непосредственно компьютера, оснащенного специальной программой регистрации, записи, обработки и хранения биологической информации. Программное обеспечение поставлено в Костанайскую ОПБ коммерческой фирмой “МБН” г. Москва.

С электроэнцефалографическими данными, записанными в память компьютера, можно манипулировать множеством способов в зависимости от

быстро действия и производительности компьютера, а также с учетом клинических задач. Нами используются несколько способов анализа: топографический частотно-амплитудный анализ (информативен при очаговых поражениях мозга), спектральный анализ в соответствии с общепринятыми физиологическими и патологическими ритмами (информативен при диффузных поражениях мозга), картирование суммарной биоэлектрической активности с кадрированием по времени (наиболее показателен при пароксизмальных нарушениях ЭЭГ) [5, 6].

Цифровые ЭЭГ-системы имеют еще одно принципиальное отличие от обычных электроэнцефалографов, так как позволяют после регистрации ЭЭГ-кривых редактировать записи, в частности, удалять артефакты, просматривать записи при разных скоростях развертки, формировать при необходимости любые сочетания биполярных отведений после однократной монополярной регистрации, вследствие чего не требуется длительная запись при различных монтажах электродов. Отметим, что последний фактор значительно сокращает время на обследование одного пациента, поскольку в компьютерной электроэнцефалографии не требуется “физической” записи электроэнцефалограмм при разных схемах монтажа и достаточно одной монополярной записи. Компьютер, оснащенный соответствующей программой, может при необходимости смоделировать любую схему отведений, требующуюся для клинических целей. Регистрация и хранение информации на магнитных или оптических носителях позволяют отказаться от громоздких бумажных архивов и без особых затрат хранить информацию на протяжении неограниченного времени [7].

Количество ЭЭГ-обследований, выполняемых в нейрофизиологической лаборатории Костанайской ОПБ, ежегодно составляет порядка - 3,5 тысяч. Такой большой объем определяется следующими обстоятельствами:

1. отсутствие до последнего времени в регионе другого комплекта работоспособной нейрофизиологической аппаратуры

2. большая потребность в проведении нейрофизиологического обследования с целью решения экспертных вопросов (военная, трудовая, школьная экспертиза, в меньшей степени - судебно-психиатрическая)

3. знание врачами психиатрического и неврологического профилей, а нередко и врачами общей практики диагностических возможностей метода

4. постепенное формирование достаточно большой группы пациентов (преимущественно детского и подросткового возраста), обследование которых проводится многократно, по меньшей мере, – ежегодно, со сравнением результатов и определения общей динамики патологического процесса

5. выделение из пациентов, длительно принима-

ющих лечение антikonвульсантами, некоторой группы лиц, нуждающихся по различным причинам в изменении дозировок принимаемых препаратов, которая, как правило, проводится под контролем динамической регистрации ЭЭГ.

#### Выводы:

1. Создание нейрофизиологической лаборатории на базе областной больницы психиатрического профиля является организационно и клинически оправданным.

2. На современном этапе развития технологии регистрации электрической активности мозга организация нейрофизиологической лаборатории возможна только на базе персонального компьютера последних поколений со специальным диагностическим программным обеспечением и выходом в Интернет.

3. Темпы развития техники и технологий в настоящее время непрерывно ускоряются, что требует обновления диагностической аппаратуры (каждые 3-4 года) и особенно программного обеспечения, которое регулярно обновляться может только через Интернет.

4. Можно констатировать создание первых немедикаментозных методов терапии функциональных нарушений нервной системы и психосоматических заболеваний по типу "обучающего тренинга с биологической обратной связью" и высокую вероятность продолжения работ в этом направлении.

5. Внедрение в повседневную практику таких разработок возможно только при высокой профессиональной подготовке врачебного персонала и наличии современной диагностической техники и совместимого с ними (разработками) программного обеспечения.

#### Литература:

1. Зенков Л.Р., Ронкин М.А. *Функциональная диагностика нервных болезней* М., Медицина 1991 г

2. Анохин П.К. *Системные механизмы высшей нервной деятельности* М., "Наука" 1979

3. Федин А.И. *Компьютерная электроэнцефалография – новая "философия" в клинической неврологии*. Неврологический журнал 1996; 1:7-12

4. Левин Я.И. *Журнал неврологии и психиатрии* 1997; 4: 39-43

5. Лукачев Г.Я. с соавт. *Топографическое картирование ЭЭГ у больных с органическим поражением мозга*. Журнал неврологии и психиатрии 1995; 1:С.47-51

6. Гриндель О.М. и соавт. *Исследование методом картирования динамики пространственного распределения по коре ритмов ЭЭГ в норме и при очаговых поражениях головного мозга*. Первое совещание по картированию мозга М.-1991 – С.36-37.

7. Кобазев И.В. *Варианты использования МБН-нейрокартографа в диагностике цереброваскулярных стенозов*. Там же – С. 68-69

## ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ПСЕВДОГАЛЛЮЦИНАТОРНОГО ВАРИАНТА СИНДРОМА КАНДИНСКОГО - КЛЕРАМБО

Е.М.Нуркатов

г. Алматы

Сравнительное изучение возникновения, течения и клинических особенностей психических заболеваний в различных этнических группах представляет собой одно из важных направлений современной транскультуральной психиатрии. Результаты подобных исследований позволяют судить о значимости и соотношении этиологических и патогенетических факторов, влияющих на возникновение и развитие тех или иных психопатологических явлений, о соотношении социальной и биологической обусловленности этих нарушений. Кроме того, прикладное значение транскультуральные исследования имеют для организации психиатрической помощи и построения системы лечебно-реабилитационных мероприятий, с учётом свойственных данной культуре особенностей клиники и течения психических расстройств (Н.М.Жариков, Е.Д.Соколова, 1982).

Изучая феноменологические проявления син-

дрома Кандинского-Клерамбо у больных шизофренией в этнической группе казахов (47 больных), мы обнаружили определённые особенности его галлюцинаторного варианта, наблюдавшегося у 19 больных (40,4%), на которых мы остановимся ниже. Галлюцинаторный вариант синдрома Кандинского-Клерамбо характеризуется преобладанием в клинической картине псевдогаллюцинаторных расстройств, играющих ключевую роль в содержании бредовых переживаний и трактовке психических автоматизмов. Данный вариант выявляется в структуре аффективно-галлюцинаторно-параноидных, аффективно-парафренических, кататонно-галлюцинаторно-параноидных синдромов. В обследуемой этнической группе больных галлюцинаторный вариант синдрома психического автоматизма имел несколько вариантов становления:

1. Изначально в момент манифестации забо-

---

лования возникали вербальные псевдогаллюцинации с последующим быстрым развитием (в самом приступе) псевдогаллюцинаторной парофреции в виде фантастического варианта синдрома Кандинского-Клерамбо на фоне предпочтительного гипоманиакального аффекта.

2. Становление через этап истинных галлюцинаций с отрывочными бредовыми идеями воздействия и отдельными идеаторными автоматизмами, видоизменение вербальных галлюцинаций в псевдогаллюцинации находило своё отражение в болезненных переживаниях больных. При этом больные отмечали или “проникновение голосов в голову”, или подчёркивали появление необычных, “особых”, в сравнении с предшествующими, “голосов”.

3. Развитие в начальном приступе острого синдрома Кандинского-Клерамбо, развёрнутого по структуре, с бредовыми систематизированными идеями воздействия, полным набором психических автоматизмов и психических галлюцинаций. Псевдогаллюцинаторные вербальные расстройства в одних случаях отличались экстрапроекцией возникновения (доносились извне) обладали акустическим компонентом и слышались не ушами, а “головой” (интрапроекция восприятия). В других случаях – не обладали сенсорным компонентом, воспринимались больными в виде “мысленных”, “внутренних, беззвучных” голосов, имели экстрапроекцию возникновения в отдалённом (из другого города, страны) или ином, субъективном (“голоса из космоса, других планет, потустороннего мира”) пространстве. Наряду с этим, псевдогаллюцинации подразделялись на группу, в которой “голоса сопровождались чувством сделанности, насилия, страсти и группу, где вербальные псевдогаллюцинации не определялись выраженным ощущением воздействия, чувством навязанности, поскольку больные обычно не задумывались над тем, каким образом возникли “голоса”, не придавали этому значения и не находили упоминания об этом и в содержании “голосов”.

По содержанию псевдогаллюцинаторные вербальные расстройства были комментирующего, советующего, осуждающего, бранящего, а на высоте состояния - угрожающего, императивного характера. Влияние этнокультурального фактора нашло своё отражение в характере принадлежности псевдогаллюцинаторных феноменов. Так, в клинической картине помимо “голосов”, принадлежащих реальным, конкретным (род-

ственникам, соседям, друзьям, любовнику) или фантастическим (инопланетяне) лицам, наблюдалась голоса, персонифицированные с “духами умерших – “аурахами”. Среди последних больными выделялись “голоса” умерших родителей, родственников, родовых предков. Характерными для данной этнической группы были и зрительные псевдогаллюцинации в виде образов, видений “людей во всём белом”, которые также ассоциировались больными с “аурахами”. Необходимо отметить, что подобные этнокультуральные оттенки псевдогаллюцинаторных расстройств обнаруживались у больных, воспитывавшихся в условиях моноязычия (казахского языка) и сельской местности. Синдром психического автоматизма в большинстве случаев определялся парциальными фрагментарными расстройствами, сочетанием вербальных псевдогаллюцинаций с идеаторными и сенсорными или идеаторными и моторными автоматизмами на фоне отрывочных бредовых идей воздействия. Но на поздних этапах заболевания, среди психических автоматизмов преобладающими и наиболее эмоционально тягостными становятся сенсорные автоматизмы, при сохранении идеаторных и отдельных моторных автоматизмов.

Помимо бредовых идей воздействия, синдром Кандинского-Клерамбо дополнялся параллельным развитием бредовых идей одержимости, в том числе и аурахами, со всеми видами автоматизмов. В нескольких случаях (3 больных) наблюдались кратковременные состояния, когда больные высказывали острые чувственные бредовые идеи насилия, перевоплощения в животное, с локализацией сенестопатических автоматизмов в области головы – “распирает голову”, “голова превращается в морду кабана”.

Таким образом, этнокультуральные особенности галлюцинаторного варианта синдрома психического автоматизма обнаруживались преимущественно в содержательной части псевдогаллюцинаторных расстройств, что свидетельствует о патопластическом характере влияния социокультуральных факторов на синдромальную клинику шизофренического процесса.

#### *Литература:*

*Жариков Н.М., Соколова Е.Д. Проблема и значение транскультуральных исследований в психиатрии // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1982 г. – Т. 82, № 5. – С. 55-60.*

## КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КРИМИНАЛЬНЫХ ДЕЙСТВИЙ БОЛЬНЫХ ОЛИГОФРЕНИЕЙ ПО ДАННЫМ СПЭК КОСТАНАЙСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

к.м.н. М.Р. Юнусов, В.В. Миронов

г. Костанай

Социально-экономические перемены, происходящие в Казахстане на протяжении 10 лет Независимости, имеют в социальном плане неоднозначные последствия. Необходимо отметить, что лица, страдающие олигофренией, как и психические больные вообще, обладают меньшими ресурсами "социальной устойчивости". Это означает, что от ухудшения социально-экономических условий они страдают в числе первых, а позитивные перемены ими воспринимаются с большей или меньшей задержкой.

Согласно проведенного анализа деятельности СПЭК при Костанайской областной психиатрической больнице среди лиц, в отношении которых ставился вопрос о вменяемости, диагноз "Олигофrenия" выставлен в 1999 году в 77 случаях, в 2000 – в 73, в 2001 году – 87.

Изучались 237 актов судебно-психиатричес-

кой экспертизы, выделенных из числа направленных на СПЭ для определения вменяемости по нозологическому принципу. Проведен статистический анализ по некоторым демографическим показателям (пол, возраст, проживание в селе или городе), клиническим характеристикам (степень олигофрении, сопутствующие эмоционально-волевые нарушения).

Исследовались также характер инкриминируемых деликтов и условия, сопутствовавшие криминальному поведению. Некоторые показатели (длительность и степень активности предшествующего наблюдения психиатром, микросоциальные условия существования, степень занятости и др.), которые в начале работы предполагалось изучить, реально исследовать по имеющимся документам не удалось. Для решения этих задач необходим постоянный мониторинг экспертной работы.

Таблица 1

### *Анализ некоторых демографических показателей*

	Пол		Возраст (лет)					Проживают	
	М	Ж	<16	16-25	26-35	36-45	46-55	Город	Село
<b>1999</b>	76	1	2	52	16	6	1	22	55
<b>2000</b>	72	1	7	53	8	5	-	26	47
<b>2001</b>	85	2	16	47	22	2	-	31	56
<b>Всего</b>	233	4	25	152	46	13	1	79	158

Таблица 2

### *Анализ клинических показателей*

	Дебильность в степени			Эмоционально-волевые нарушения при олигофрении				
	вып	ум. вып.	легкая	нет	тип не Уточнен	тормоз. типа	возбуд. Типа	неустойч типа
<b>1999</b>	1	7	69	48	17	5	6	1
<b>2000</b>	1	2	70	50	17	1	3	2
<b>2001</b>	4	7	76	58	16	5	5	3
<b>Всего</b>	6	16	215	156	50	11	14	6

*Анализ характера совершенных преступлений*

	Характер деликта				
	Имущественные	Против личности	Связанные с наркотиками	Прочие	Всего
<b>1999</b>	47-61%	13	8	9	77
<b>2000</b>	52-71%	5	8	8	73
<b>2001</b>	61-70%	12	7	7	87

Статистические данные, представленные в таблице 1 характеризуют изученную группу, стабильную в течение 3 лет по половому составу и состоящую почти исключительно из лиц мужского пола. Анализ возрастных показателей подтверждает общепризнанные данные о помолодении преступности. Так, представленность в группе лиц моложе 16 лет составила в 1999 году 2,59%, а в 2001 году – 18,39%. По этим же данным видно, что на протяжении этого срока несколько сгладились различия между городскими и сельскими жителями по количеству совершенных преступлений.

Таблица 2 наглядно показывает, что существенной динамики за относительно непродолжительный период в клинической характеристике криминально активной группы лиц, страдающих олигофренией, не произошло. Во все годы наибольшей криминогенностью отличались лица с легкой степенью дебильности. Отчетливой корреляции криминальной активности с выраженностю эмоциональноволевых нарушений и их характером выявить не удалось. Некоторая монотонность данных объясняется однообразием клинического подхода и часто недостаточно информативными материалами уголовного дела.

В таблице 3 достаточно отчетливо прослеживается преобладание имущественных деликтов и их некоторый относительный рост последние 2 года. Вопреки муссируемым данным об увеличении преступлений, связанных с оборотом наркотиков, мы в исследуемой группе такого роста не отметили. Среди факторов, провоцировавших совершение преступления, следует отметить алкогольное опьянение – 30,3%, а также совершение правонарушения в группе лиц - 16,2%.

Признаны невменяемыми в исследованной группе в 1999 году 6,49% (5), в 2000 году – 4,11% (3), в 2001 году – 5,75% (5).

Проведенное исследование показывает, что больные олигофренией занимают одно из заметных мест по своей криминальной активности среди лиц, страдающих психическими расстройствами.

Обнаруживается достаточно отчетлива тенденция более раннего приобщения лиц этой группы к криминальным действиям.

Факторами дополнительного риска совершения противоправных действий для лиц, страдающих олигофренией, являются употребление алкоголя и пребывание в среде лиц, склонных к асоциальному поведению.

В качестве профилактических мероприятий медицинского характера следует особо ориентировать подростковую психиатрическую службу на повышенное внимание в отношении пациентов этой группы.

#### *Литература:*

1. Руководство по судебной психиатрии под ред. Морозова Г.В. М., Медицина 1983 г
2. Кербиков О.В. Избранные труды М., Медицина 1971г.
3. Судебная психиатрия: Учебник под редакцией Шостаковича М. Зерцало 1997 г
4. В.Б.Первомайский О принципах судебно-психиатрической экспертизы. Вестник ассоциации психиатров Украины № 1. 1999 г. с 71-74

# НАРКОЛОГИЯ

## ОЦЕНКА УРОВНЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ И ТИПИЧНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

С.А.Алтынбеков, П.В.Бутенко

г. Павлодар

Исследование проводилось по следующим критериям.

1. Распространенность алкогольной зависимости в Республике Казахстан.

2. Социально-демографический характер алкогольной зависимости.

3. Сравнительный анализ с другими видами зависимости, а именно – табачной и наркотической.

Основной целью этого исследования является выявление того, что люди в РК знают и как они ведут себя, когда сталкиваются с проблемами алкогольной зависимости. С помощью проведенного анализа мы сможем лучше понять природу алкоголизма и предпринять реальные шаги для снижения его роста. Результат опроса респондентов и исследований показали, что основное влияние на формиро-

мирование алкогольной зависимости оказывают следующие факторы: социальная неустроенность, низкий социальный статус, отсутствие работы, низкий уровень образования и дохода. Был проведен опрос 7029 респондентов в разных регионах страны (показания указаны в таблице). Наиболее существенное различие обнаружено по регионам распространения, возрастным группам, половой и национальной принадлежности, уровню образования, семейному статусу и доходу на одного члена семьи, а также в уровне психического, соматического и психологического здоровья и скорости адаптации. По регионам самый высокий процент алкоголизма приходится на Восток страны (19,6%) и самый низкий на Запад страны (3,2%), т.е. степень значимых различий – 6,1%. Графически это представлено следующим образом:

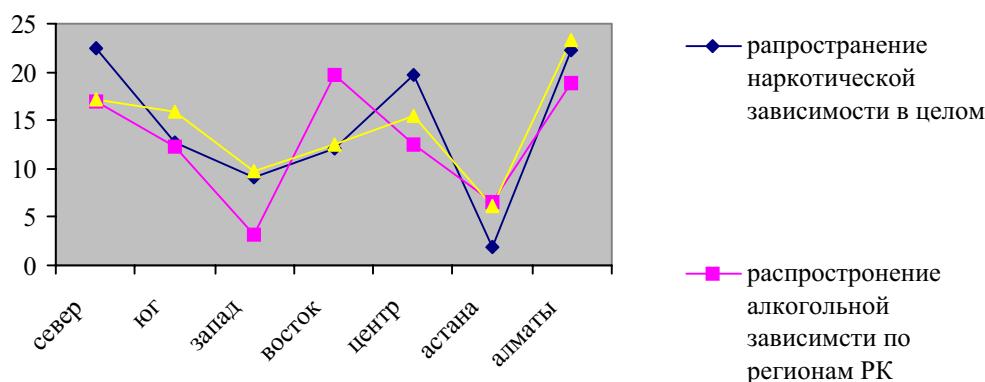
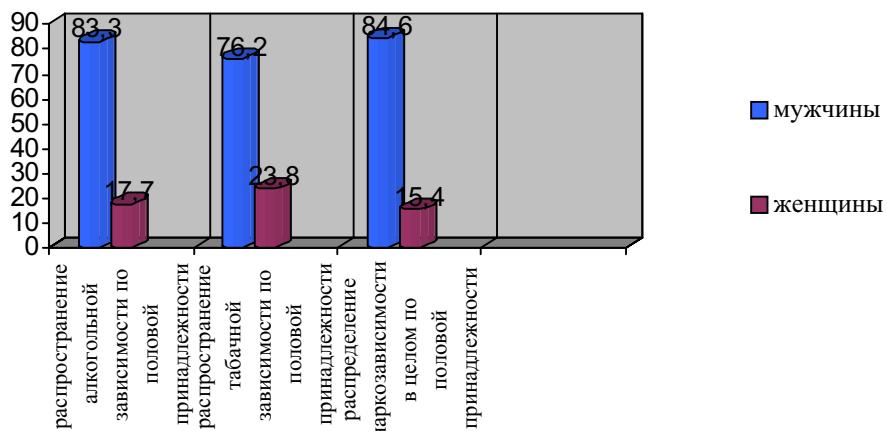


График 1

Особенно сильное различие алкогольной зависимости представлено половой принадлежностью:

мужчины – 83,3%, женщины – 17,7%, степень значимых различий – 2,2%



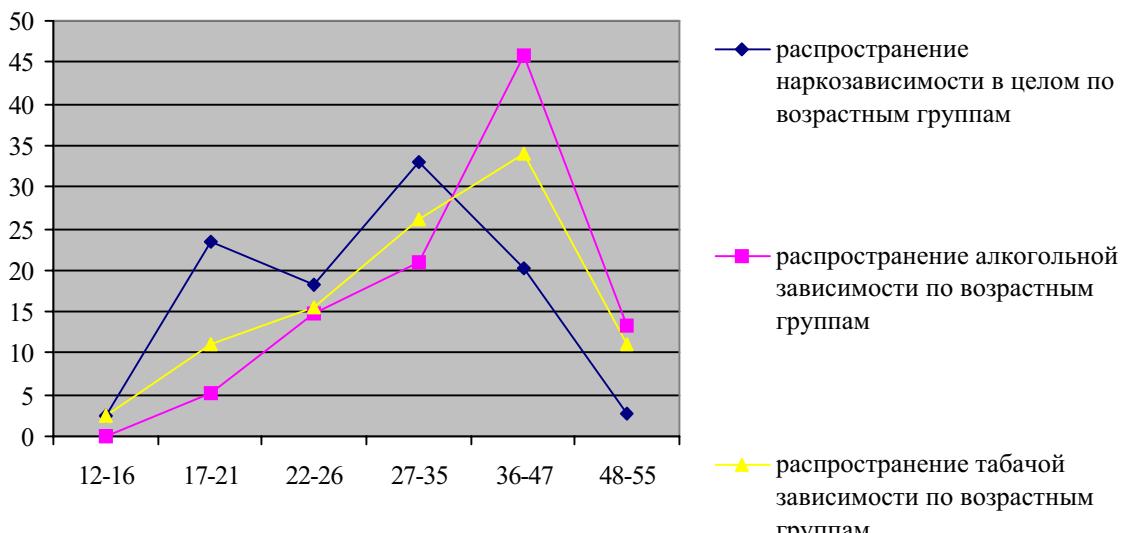
---

---

### График 2

Были исследованы возрастные группы от 12 до 55 лет. Наиболее существенное различие, т.е. высокий уровень алкоголизации, был в возрастной группе от 36 до 47 лет (45,8%) и самый низкий – от 12

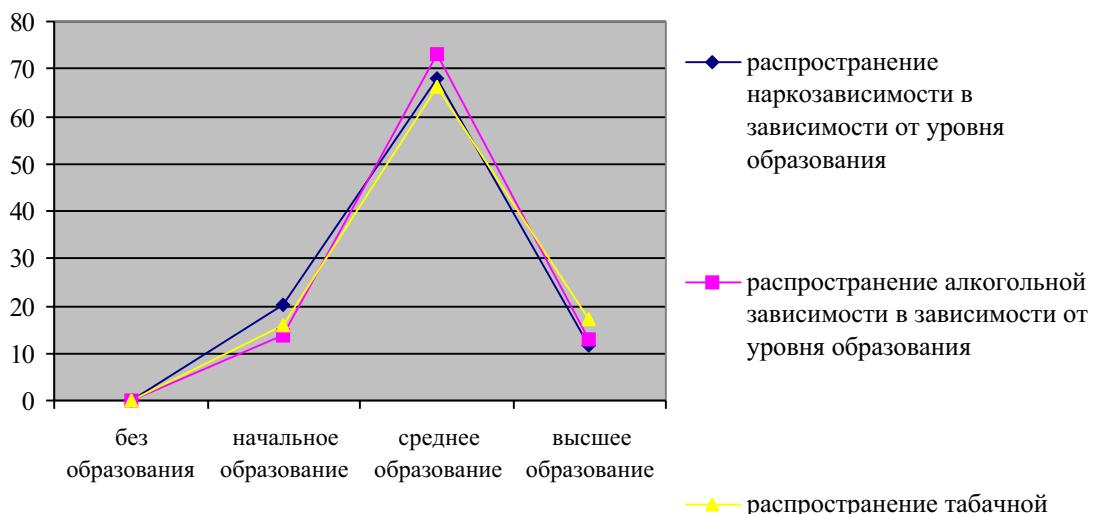
до 16 лет (0,1%), в отношении 45. Скорее всего, это связано с трудностями адаптироваться в быстро изменяющемся мире и ощущении никчемности в жизни.



### График 3

Лицам этой группы сложно найти работу, получить новую специальность, изменить условия жизни. На формирование алкогольной зависимости, как выяснилось, влияет уровень образова-

ния. Самый высокий процент алкоголизации (73,1%) у лиц со средним образованием и низкий – с высшим образованием (13,1%) (отношение 5,5).



### График 4

При оценке профессионального статуса самый высокий процент алкогольной зависимости приходится на неработающих граждан – 39,4%, лица, занимающиеся частным бизнесом, - 17% и други-

ми сферами – 26,6%. Самый низкий уровень респондентов отмечен у медицинских работников – 1,7% и педагогов (2,3%), у учащихся и студентов – 2%, представителей силовых структур – 0,7%.

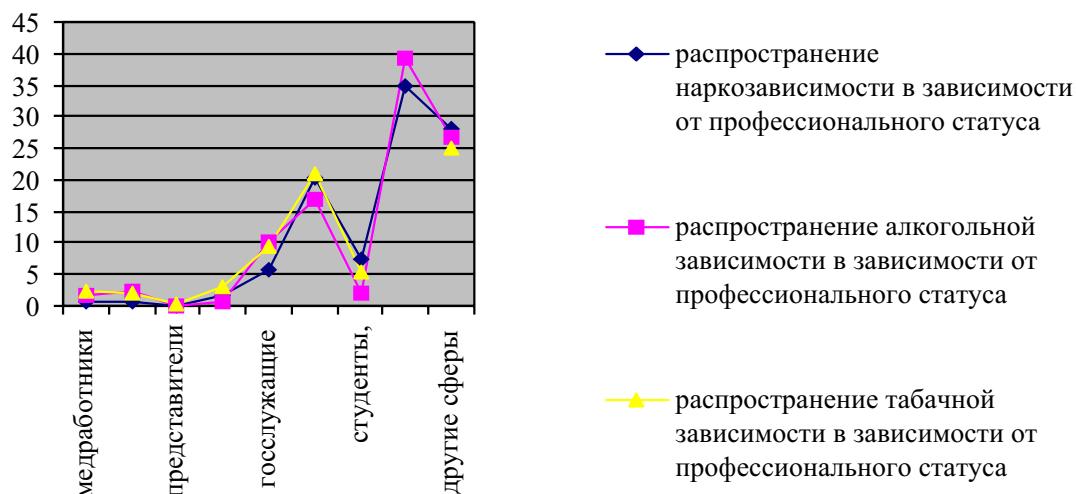


График 5

При исследовании самых больших этнических групп по национальному признаку самый высокий уровень алкоголизации отмечен у русской

национальности – 63,3%. Лица казахской национальности составляют 16,6%, соотношение – 3,9%.

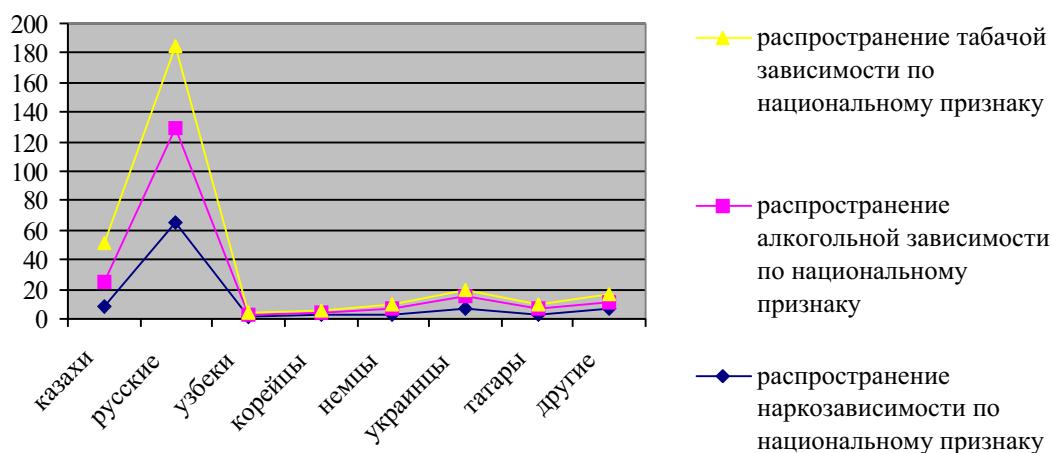


График 6

Заслуживает внимания тот факт, чем ниже доход на 1 члена семьи, тем выше процент зависимых от алкоголя. Низкий доход – 93,2%, высокий доход – 1,1%, в соотношении 84,7%.

Число зависимых от алкоголя резко увеличивается у лиц, не имеющих родственников – 17,3%, и проживающих во второй семье – 55,4%.

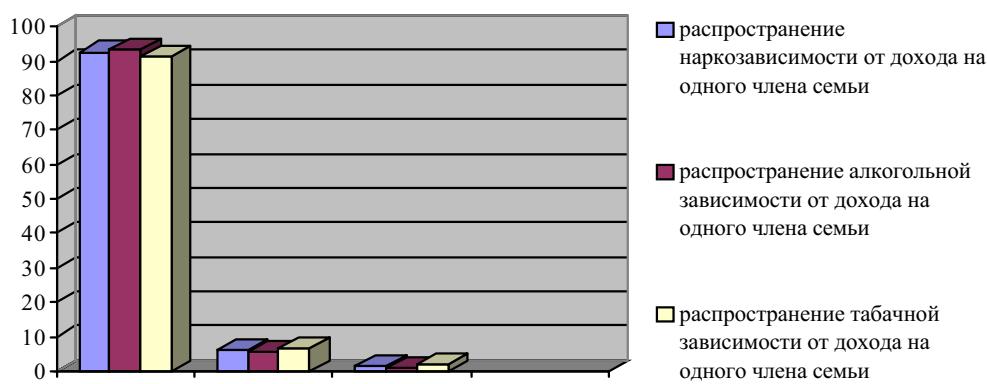


График 7

Существенных различий у лиц с алкогольной зависимостью не прослеживаются на уровне психического, соматического и психологического здоровья, а также вовлеченности в религиозное мировоззрение и заинтересованности в собственном здоровье. Следует обратить внимание на низкий уровень общего психического здоровья, где высокий показатель – 2,3%, а низкий – 20% в соотношении 9,9%. Резко повышен внутренний локус контроля, внутренний – 7,1%, внешний – 0,9% в соотношении 7, и низкий социальный статус, где высокий показатель – 28,2%, и низкий 45,5% в соотношении 2.

Результаты проведенного исследования в целом показывают, что на региональном уровне высокий процент зависимостей отмечается в г. Алматы (22,2%), и на севере страны (22,4%). По половой принадлежности во всех видах зависимостей традиционно занимают мужчины в отношении 5:1. В плане профессионального статуса относительно более высокий процент лиц по всем видам зависи-

мостей, принадлежит к неработающей группе населения, и составляет в целом 35,4%.

Следует обратить внимание на возрастную группу – 36-47 лет (39,8%)- где самый высокий процент алкогольной и табачной зависимости.

Уровень образования также сильно влияет на формирование зависимости в целом. Так, среди зависимых наибольший процент составляют лица со средним образованием (68,1%).

По национальному признаку наиболее высокий процент зависимостей отмечен у представителей русской национальности и в среднем составляет 60,8%.

Лица из семей с наименьшим доходом на одного члена семьи в наибольшей степени подвержены зависимостям.

Полученные данные следует использовать при формировании программ профилактики распространения наркозависимости в Республике Казахстан.

## ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НАРКОМАНИИ И ТИПИЧНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НАРКОЗАВИСИМЫХ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

С.А.Алтынбеков, Е.В.Денисова

г. Павлодар

В последние годы остро обозначена проблема, связанная с набирающим темпом роста и распространением наркомании на территории Республики Казахстан. Но, чтобы действовать наверняка, необходимо всесторонне исследовать ситуацию, сформировавшуюся в последнее время по распространению наркомании, и её взаимосвязи с другими видами зависимостей. В связи с этим проведены исследования распространенности наркоманий и определены типичные характеристики наркозависимых.

В исследовании использовались социально-демографические критерии (профессиональный статус, регион проживания, пол, возраст, националь-

ность, уровень образования, семейный статус, доход на одного члена семьи), качество жизни, а также понятия разных уровней здоровья как соматическое, психическое, психологическое, общее психическое, социальное. Адаптация к внешним условиям характеризуется социальной динамикой, локусом контроля, скоростью адаптации, заинтересованностью собственным здоровьем, наличием позитивных целей и установок, информированностью о вреде наркотиков, вовлеченностью в религиозное мировоззрение, зависимостью от табака и алкоголя, социальным статусом.

Показательными являются данные по уровню

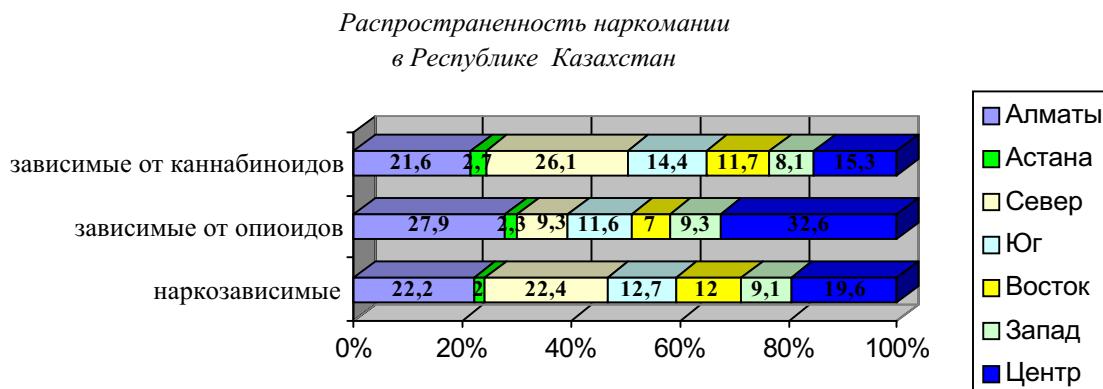
Диаграмма 1



распространения наркотиков среди населения Республики Казахстан. В настоящее время большая часть (89,9%) населения Казахстана никогда не пробовала наркотических веществ. Но при этом каждый десятый опрошенный (10,1%) пробовал наркотики или имеет устойчивую зависимость от наркотических веществ. Почти 2% (1,7%) опрошенных имеют устойчивую зависимость от наркотиков (254203 человек). Если учи-

тывать и косвенные показатели, то реальное число наркозависимых в республике достигло 2,3% (343922 человек) от населения Казахстана (диаграмма 1). Исследования по распространенности наркомании на региональном уровне свидетельствуют, что г. Алматы, центр и север Казахстана делят первое место по количеству наркозависимых, в том числе зависимых от опиоидов и каннабиноидов (диаграмма 2).

*Диаграмма 2*

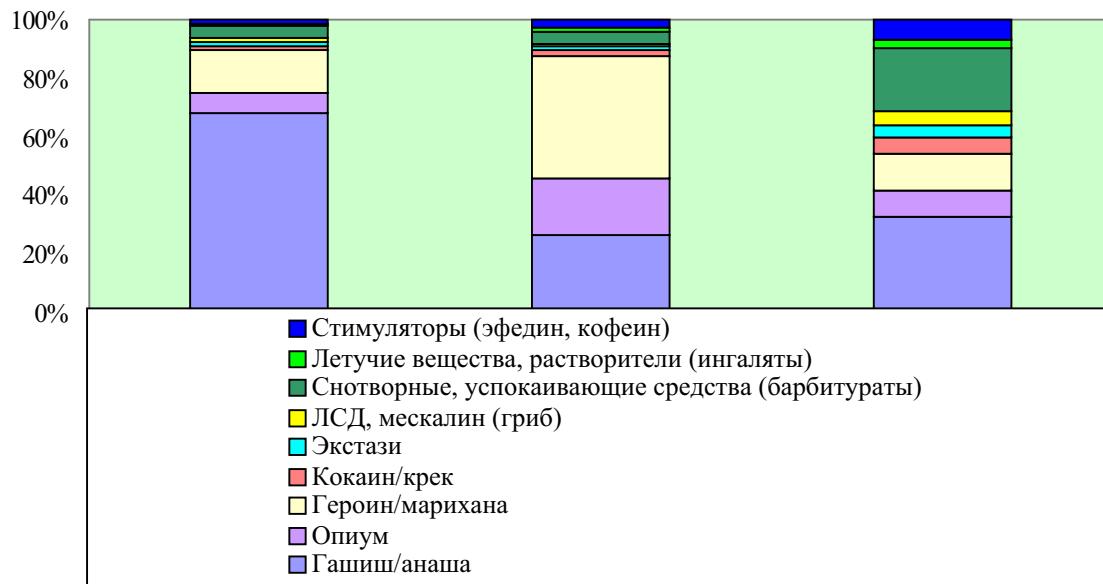


Основной процент наркозависимых приходится на возраст от 17 до 35 лет, зарегистри-

рован и возраст от 12 до 16 лет (диаграмма 6).

*Диаграмма 3*

#### *Сочетанное употребление наркотиков*

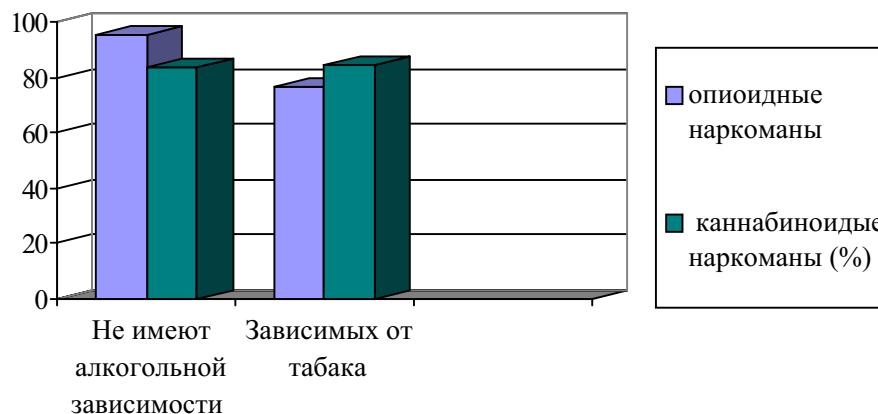


Особенно интересно представлены данные о наркозависимых 81,3%, которые имеют пристрастие к каннабиноидной группе наркотиков, а 41,1% зависят от опиоидной группы. Так, низкий соци-

альный статус характерен для опрошенных, имеющих зависимость от опиоидной группы наркотических веществ (диаграмма 5, 15). Также среди данной группы опрошенных значительно больше, чем

Диаграмма 4

Сравнительные данные об уровнях зависимости от табака и алкоголя среди опийных и каннабиноидных наркоманов

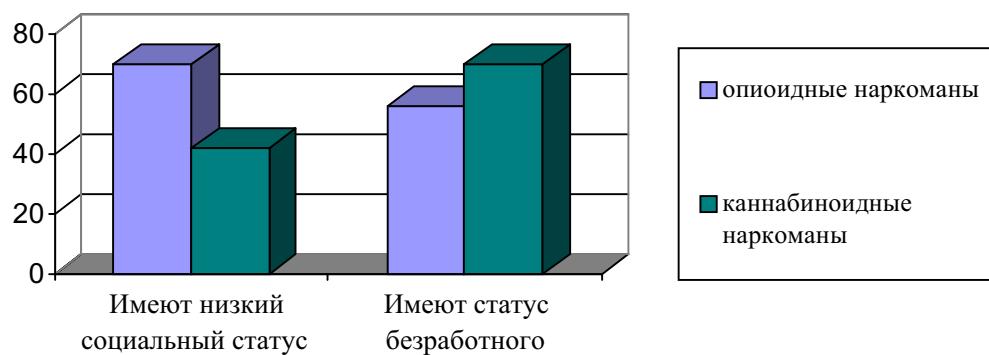


в целом среди населения и чем среди респондентов, зависимых от каннабиноидной группы наркотических веществ, тех, кто в данное время не работает (55,8%, 29,3% и 29,7% соответственно). Среди опрошенных, имеющих зависимость от каннабиноидной группы наркотических веществ, значительно больше, чем среди населения в целом и чем среди зависимых от опиоидной группы НВ, работающих (29,7%, 17,8% и 18,6% соответственно).

Если говорить об оказании влияния национальности на наркотическую зависимость, то необходимо отметить, что данный объем выборки позволяет отметить тот факт, что среди зависимых от каннабиноидной группы наркотических веществ значительно больше среди респондентов русской национальности (67,6%).

Диаграмма 5

Статус наркоманов

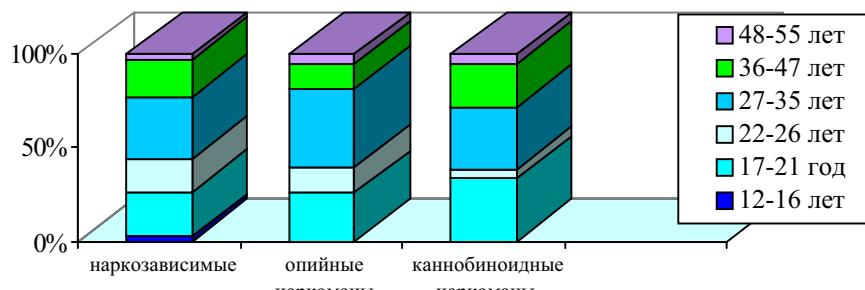


Необходимо отметить, что практически все опрошенные с наркотической зависимостью, кроме основ-

ного наркотика применяют и наркотические вещества, относящиеся к другим группам (диаграмма 3).

Диаграмма 6

Возрастной состав наркозависимых

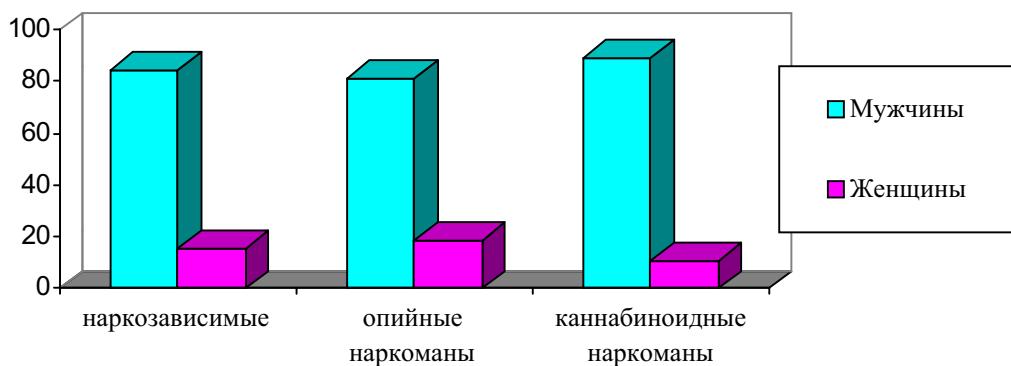


Прослеживается корреляция между наркозависимостью и зависимостью от табака. Так, среди наркозависимых значительно больше, чем среди населения в целом, тех, кто имеет зависимость от таба-

ка (диаграмма 4). Из диаграммы 12 видно, что наркозависимые в основном являются потребителями табачных изделий. Напротив зависимых от алкоголя среди наркозависимых меньше (диаграмма 14).

*Диаграмма 7*

*Распространенность наркомании среди мужчин и женщин Казахстана*

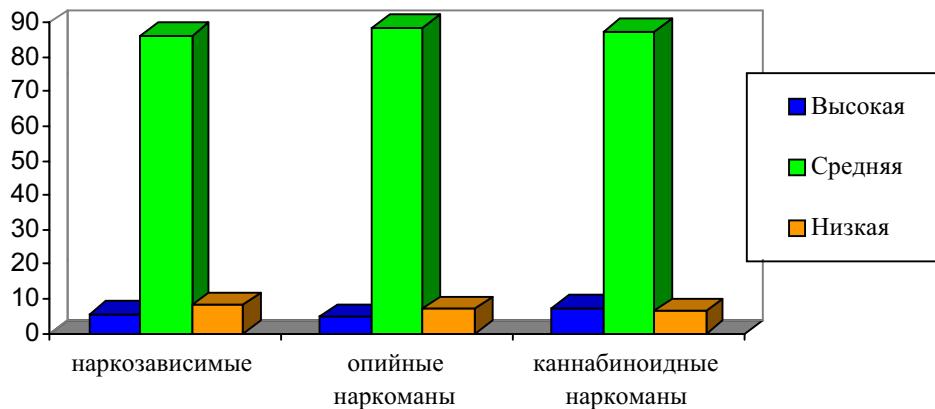


Говоря об уровнях здоровья наркозависимых, наблюдается одинаковая картина среди опиоидных и каннабиноидных наркоманов. “Высокое” общее психическое и социальное здоровье отсутствует. По

другим уровням преобладает средний уровень (таблица 3). Особое значение имеет тот факт, что внутренний локус контроля наркозависимых имеет место быть (диаграмма 9).

*Диаграмма 8*

*Уровень социальной динамики наркозависимых*



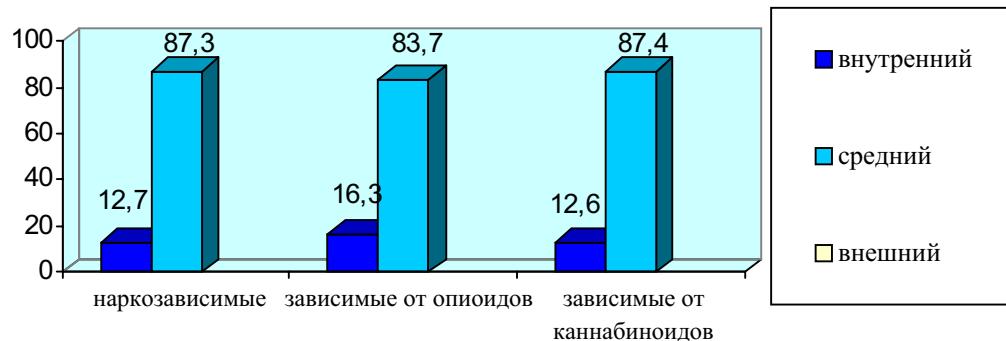
Выражена средняя скорость адаптации и высокая у каннабиноидных наркозависимых (диаграмма 10). Заинтересованность собственным здоровьем наркозависимых наблюдается на среднем уровне (диаграмма 11).

По диаграмме 12 мы можем наблюдать, что осведомленность наркозависимых о вреде наркотиков достаточно высока, и составляет в среднем 68,5%.

Сравнительный анализ зависимостей алкогольной, табачной и наркотической проведен по социально-демографическим показателям, по качеству жизни, а так же разным уровням здоровья как соматическое, психическое, психологическое, общее психическое, социальное и другим критериям, характеризующим адаптацию зависимых лиц.

Диаграмма 9

*Локус контроля наркозависимых*

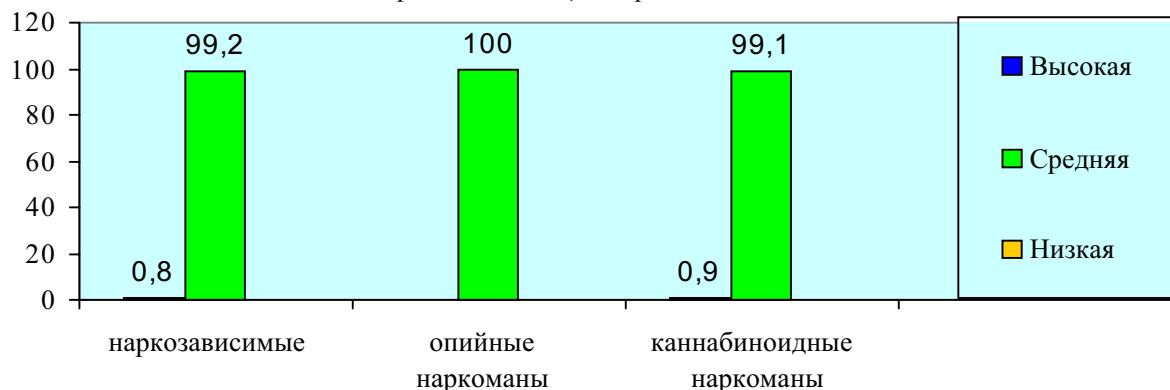


Наблюдается относительно равные процентные соотношения между зависимыми от алкоголя, табака, наркотиков. Получается, что больше

зависимых лиц проживает в городе Алматы, севере, востоке и центре Казахстана (диаграмма 16).

Диаграмма 10

*Скорость адаптации наркозависимых*

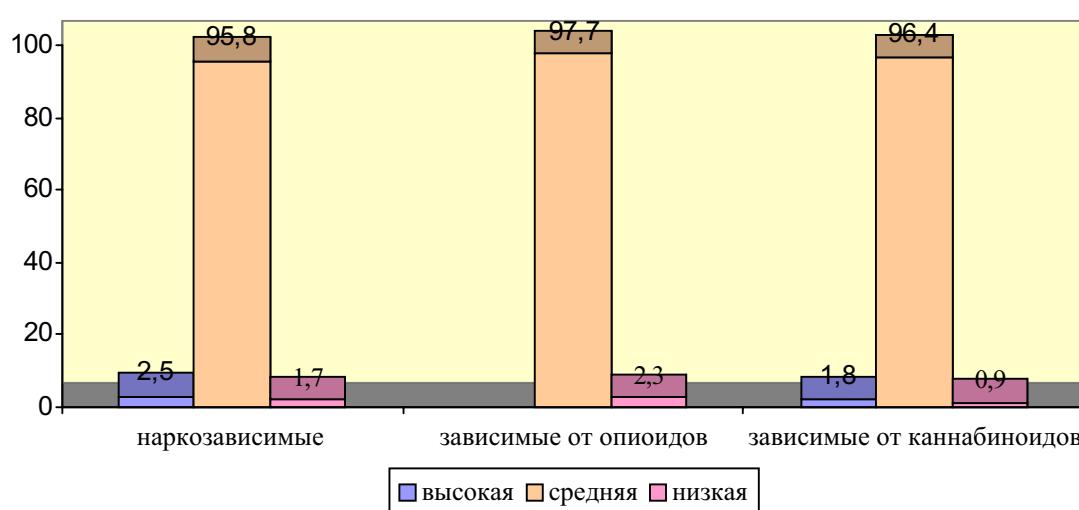


По возрастным параметрам наиболее часто встречающийся возраст у наркозависимых от 17 до 35 лет, среди зависимых от табака – с 17 до 47 и среди зависимых от алкоголя – от 22

до 55 лет (диаграмма 17). Важно наблюдение, обнаруженное в ходе исследования: больше зависимых мужчин, чем женщин (диаграмма 18).

Диаграмма 11

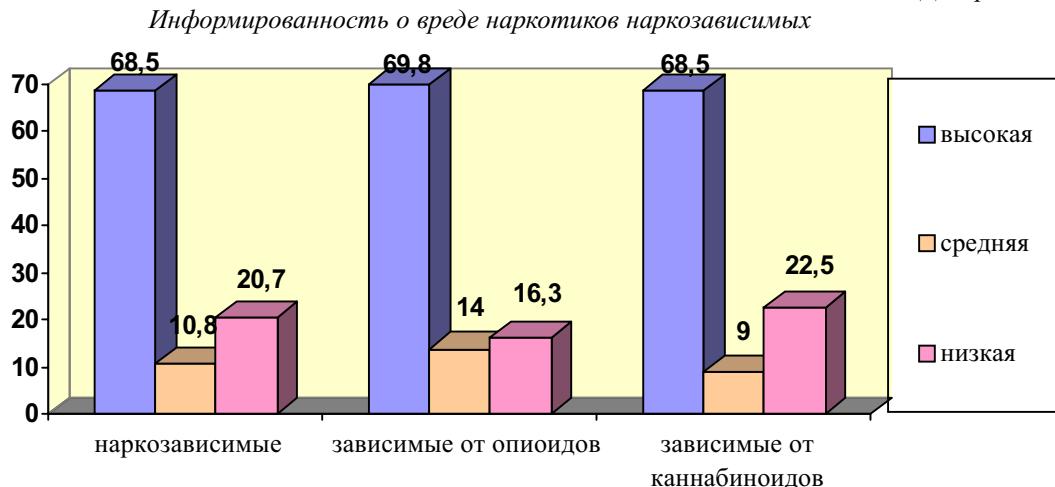
*Заинтересованность собственным здоровьем наркозависимых.*



Говоря об этническом критерии, можно отметить, что по распространению зависимостей среди

этнических групп населения Республики Казахстан выделяется русская, затем казахские группы.

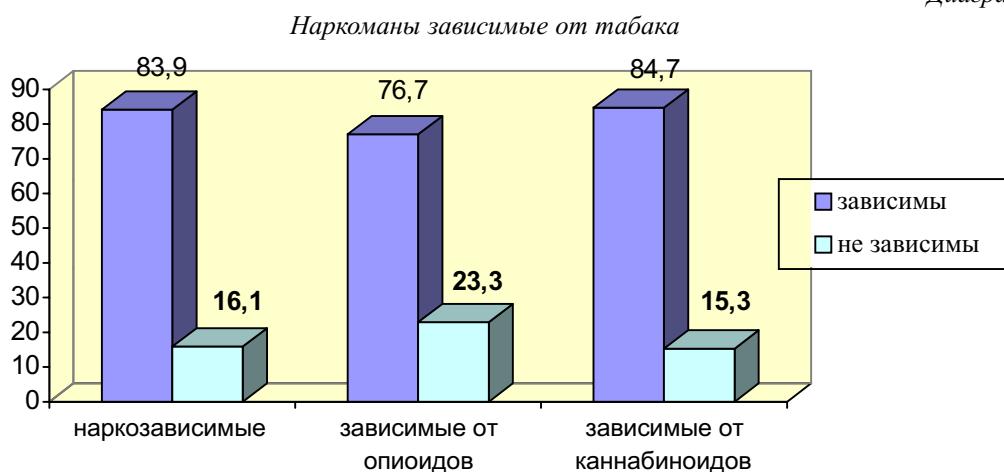
Диаграмма 12



Особенно важно отметить, что в сравнении лиц с разными зависимостями, наблюдается различный уровень ответственности (локус контроль): у наркозависимых более развита собственная ответствен-

ность (внутренний локус контроля) чем у зависимых двух других групп, где ответственность перекладывается на других, а не на самого себя (диаграмма 20).

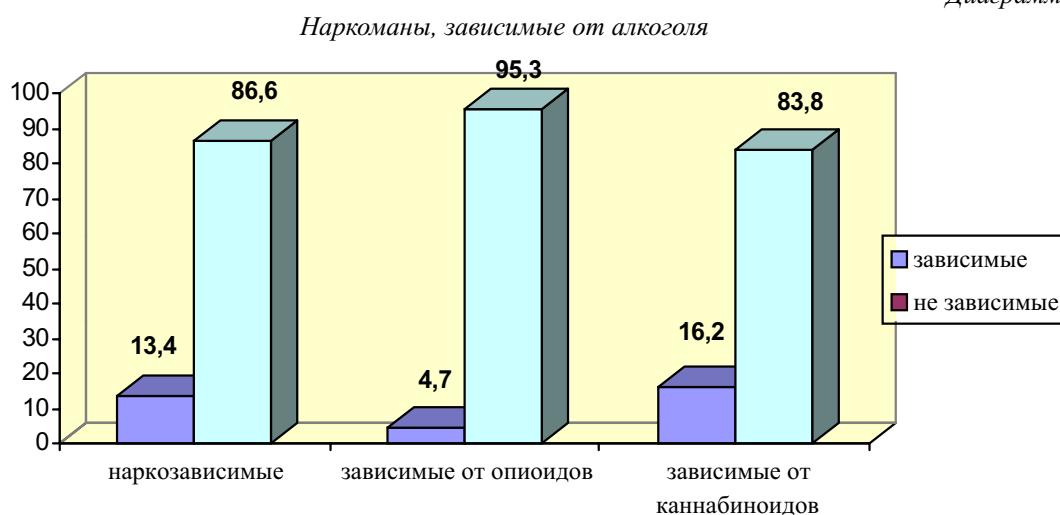
Диаграмма 13



Адаптационная способность у зависимых различных групп тоже различна. Наркозависимые более

адаптированы, чем зависимые от табака и тем более от алкоголя.

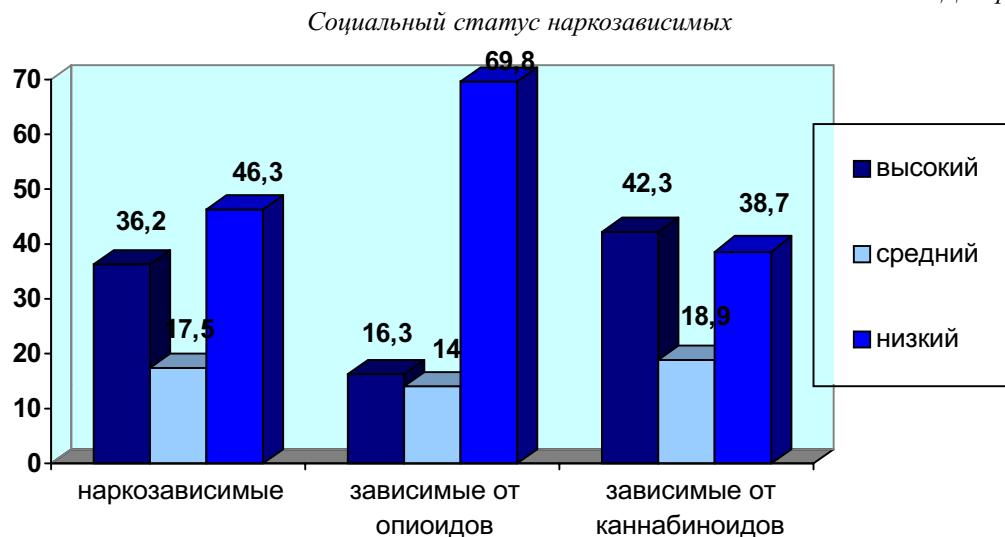
Диаграмма 14



Низкий социальный статус превалирует в среде наркозависимых и зависимых от алкоголя над высоким и

средним уровнем, у зависимых от табака высокий и низкий социальный статус на одном уровне (диаграмма 22).

Диаграмма 15

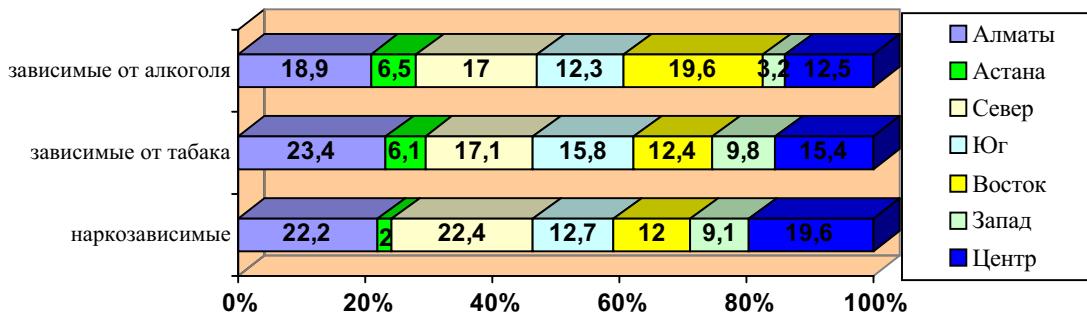


Учитывая результаты проведенных исследований, можно предположить, что возможные причины, которые способствовали формированию такой ситуации, - это, во-первых, устойчивый “транзитный коридор” доставки наркотиков из стран Юго-Западной, Юго-Восточной Азии и других стран в Россию, Восточную и Западную Европу, который проходит через основные экономические и культурные территориальные регионы Казахстана, во-вторых, дешевизна и доступность наркотических веществ и использование наркотиков как средство заработка, в-третьих, расширение ассортимента на рынке сбыта наркотиков, в-четвертых, наблюдается омоложение контингента наркозависимых и наблюдается все увеличивающаяся вовлеченность в орбиту наркотизма детей и подростков; в-пятых, неудовлетворенность жизнью и связанное с этим

стремление уйти от реальности, желание испытать чувство эйфории, а также любопытство, которое в различном соотношении характерно для разных социальных, возрастных групп населения. Возможно, это объясняется наличием товара на рынке наркотиков и стремительными переменами в области незаконного оборота наркотиков и злоупотребления ими. Поэтому, можем говорить о том, что у людей зависимых от табака значительно легче формируется наркозависимость, чем у людей не подверженных табачной зависимости. Учитывая, что, так называемым, “шлюзовым” наркотиком является распространенная в среде несовершеннолетних марихуана, употребляемая путем курения, а также то, что не менее половины старшеклассников, учащихся профессиональных технических школ, колледжей курят табачные изделия.

Диаграмма 16

*Распространенность зависимостей в Республике Казахстан.*



Внутренний локус контроля у наркозависимых указывает на степень личной ответственности, является ресурсом, через который реализу-

ется жизненный сценарий. Направить этот жизненный сценарий в позитивное русло – задача реабилитации.

Диаграмма 17

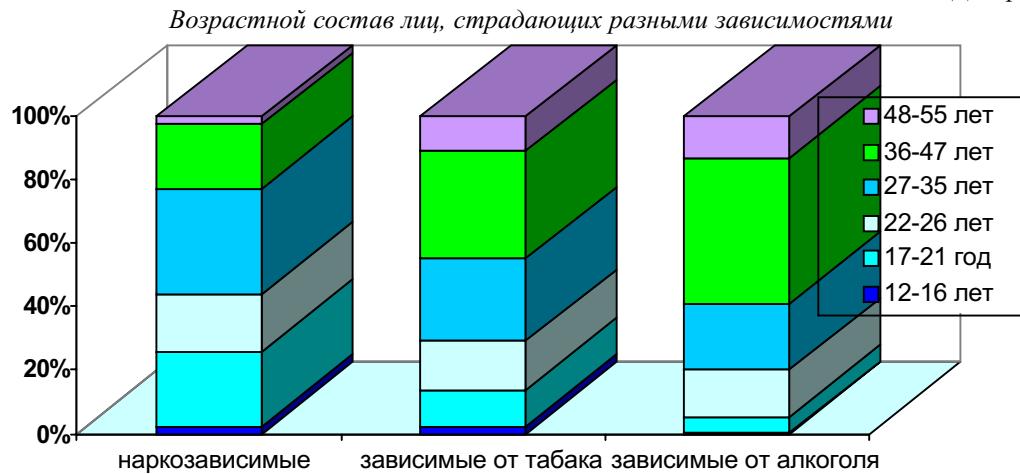


Диаграмма 18

Распространенность зависимостей среди мужчин и женщин

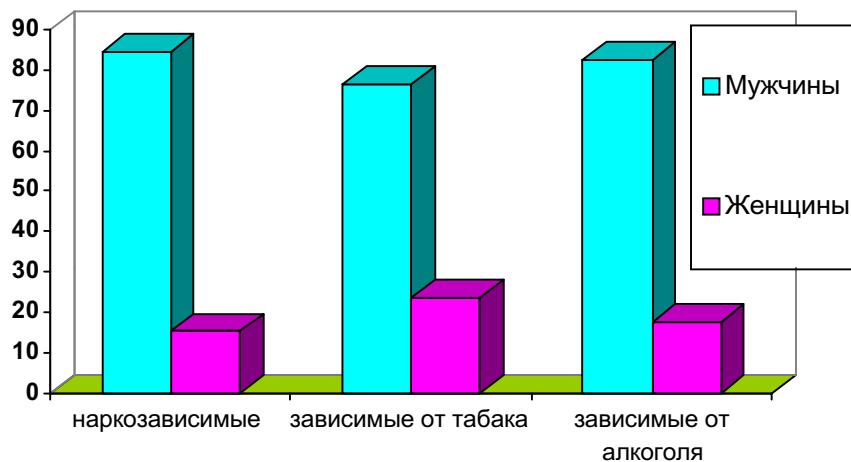


Диаграмма 19

Этническая принадлежность зависимых лиц.

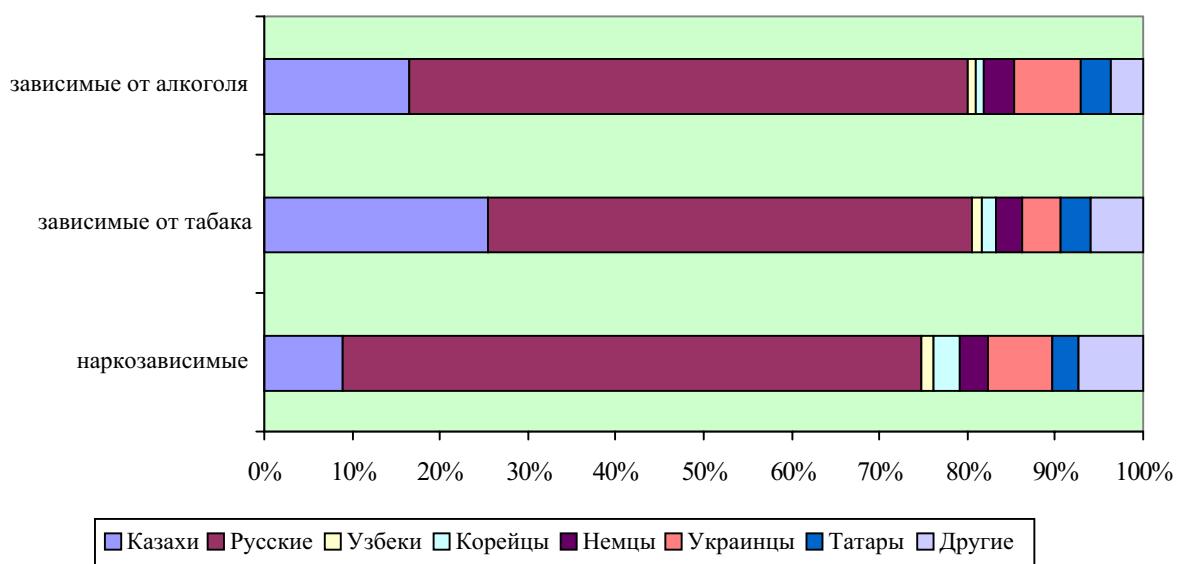


Диаграмма 20

Уровень локус контроля у лиц с зависимостями

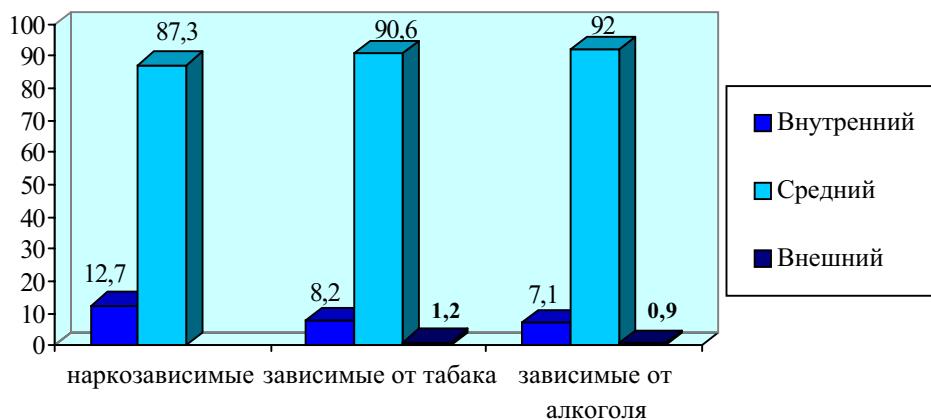


Диаграмма 21

Адаптация зависимых лиц.

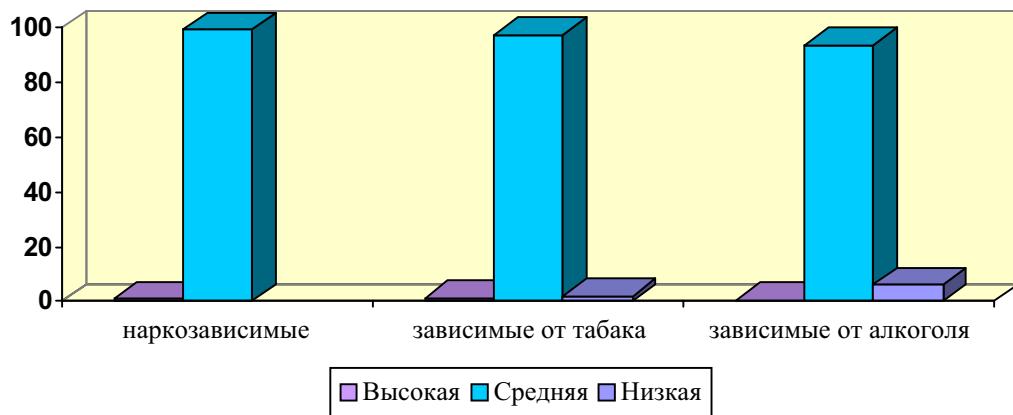


Диаграмма 22

Социальный статус зависимых лиц (их вовлеченность в криминальную среду)

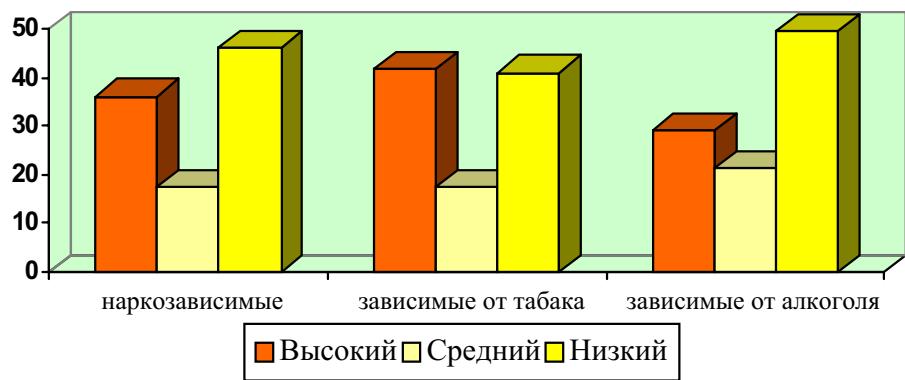


Таблица 1

№	Параметры	Зависимые от опиоидной группы	Зависимые от каннабиноидной группы
1.	Имеют позитивные цели и установки	62,8%	63,1%
2.	Имеют высокий уровень информированности о вреде наркотиков	69,8%	68,5%
3.	Имеют зависимость от табака	76,7%	84,7%
4.	Не имеют алкогольной зависимости	95,3%	83,8%
5.	Имеют низкий социальный статус	69,8%	42,3%
6.	Имеют статус безработного	55,8%	70,3%
7.	Проживают в Центре Казахстана	32,6%	26,1%
8.	Имеют возраст 17-21 год	-	33,3%
9.	Имеют возраст 27-35 лет	32,6%	33,3%
10.	Имеют русскую национальность		+

Таблица 2

N=127	Зависимые от каннабиноидов	Зависимые от опиоидов	Зависимые от других стимуляторов
Наркозависимые	81,3% (N=104)	41,1% (N=52)	19,8% (N=24)
Гашиш/анаша	100	55,1	70,9
Опиум	9,8	42	19,8
Героин/марихуана	21,4	88,2	28,6
Кокаин/крек	2,1	4,5	11,2
Экстази	1,7	1,8	9,1
ЛСД, мескалин (гриб)	2,3	1,8	12
Снотворные, успокаивающие средства (барбитураты)	5,7	9,5	47,2
Летучие вещества, растворители (ингалянты)	1	2,5	5,1
Стимуляторы (эфедрин, кофеин)	2,3	5,9	15,6
Другие	3	0	27,8

Таблица 3

Параметры	Зависимых от опиоидной группы (в %)	Зависимых каннабиноидной группы (в %)
Имеют позитивные цели и установки	62,8	63,1
Имеют высокий уровень информированности о вреде наркотиков	69,8	68,5
Имеют зависимость от табака	76,7	84,7
Не имеют алкогольной зависимости, имеют низкий социальный статус	95,3	83,8
Имеют низкий социальный статус	69,8	42,3
Имеют статус безработного	55,8	29,7
Проживают на Севере Казахстана		26,1
Проживают в Центре Казахстана	32,6	
Имеют возраст 27-35 лет	41,9	33,3
Имеют возраст 17-21 год		33,3
Имеют русскую национальность		имеют

Таблица 4

## Характеристики наркозависимых, употребляющих опиоиды и каннабиноиды

		Наркозависимые в целом N=137	Зависимые от опиоидов N=43	Зависимые от каннабиноидов N=111
Профессиональный статус	Медработники	0,8	-	-
	Педагоги	0,8	-	0,9
	Представители СМИ	-	-	-
	Представители силовых структур	1,8	-	2,7
	Госслужащие	5,8	9,3	7,2
	Частный бизнес	20,4	14	23,4
	Студенты, учащиеся	7,6	2,3	8,1
	Неработающие	34,8	55,8	27,9
Регион	Другие сферы	28	18,6	29,7
	Алматы	22,2	27,9	21,6
	Астана	2	2,3	2,7
	Север	22,4	9,3	26,1
	Юг	12,7	11,6	14,4
	Восток	12	7	11,7
	Запад	9,1	9,3	8,1
Возраст	Центр	19,6	32,6	15,3
	12-16 лет	2,4	-	-
	17-21 год	23,5	25,6	33,3
	22-26 лет	18,2	14	4,8
	27-35 лет	33	41,9	33,3
	36-47 лет	20,3	14	23,8
Пол	48-55 лет	2,6	4,7	4,8
	Мужчины	84,6	81,4	89,2
Национальность	Женщины	15,4	18,6	10,8
	Казахи	9	14	8,1
	Русские	65,8	58,1	67,6
	Узбеки	1,3	2,3	1,8
	Корейцы	2,9	2,3	0,9
	Немцы	3,2	4,7	2,7
	Украинцы	7,5	2,3	8,1
	Татары	2,9	2,3	3,6
	Другие	7,3	14	7,2
Уровень образования	Без образования	-	-	-
	Начальное образование	20,3	25,6	19,8
	Среднее образование	68,1	60,5	67,6
	Высшее образование	11,7	14	12,6
Семейный статус	Не имеют родственников	12	14	11,7
	Живут с первой семьей	50,8	51,2	52,3
	Живут со второй семьей	37,2	34,9	36
Доход на одного члена семьи	Низкий	92,6	93	91
	Средний	6	4,7	7,2
	Высокий	1,3	2,3	1,8
Соматическое здоровье	Высокое	18,7	18,9	18,6
	Среднее	81,4	79,3	81,4
	Низкое	2,8	1,8	0
Психическое здравье	Высокое	13,8	11,6	14,4
	Среднее	86,2	88,4	85,6
	Низкое	0	0	0
Психологическое здравье	Высокое	1,4	2,3	1,8
	Среднее	97,9	95,3	98,2
	Низкое	0,7	2,3	0

Таблица 4 (продолжение)

## Характеристики наркозависимых, употребляющих опиоиды и каннабиноиды

Общее психическое здоровье	Высокое Среднее Низкое	- 77,7 22,3	- 72,1 30,2	- 81,1 18,9
Социальное здоровье	Высокое Среднее Низкое	- 71,4 28,6	- 72,1 30,2	- 75,7 24,3
Качество жизни	Очень высокое Высокое Среднее Среднее (1) Низкое Очень низкое	- 3,5 88 65,6 8,4 6,2	- 2,3 86 65,1 11,6 7	- 4,5 88,3 69,4 7,2 5,4
Социальная динамика	Высокая Средняя Низкая	5,6 86,3 8,1	4,7 88,4 7	7,2 87,4 6,3
Локус контроля	Внутренний Средний Внешний	12,7 87,3 -	16,3 83,7 -	12,6 87,4 -
Скорость адаптации	Высокая Средняя Низкая	0,8 99,2 -	- 100 -	0,9 99,1 -
Заинтересованность собственным здоровьем	Высокая Средняя Низкая	2,5 95,8 1,7	- 97,7 2,3	1,8 96,4 0,9
Наличие позитивных целей и установок	Позитивные Средняя выраженность позитивных Отсутствие позитивных	63,4 2,3 8,3	62,8 23,3 14	63,1 28,8 8,1
Информированность о вреде наркоманов	Высокая Средняя Низкая	68,5 10,8 20,7	69,8 14 16,3	68,5 9 22,5
Вовлеченность в религиозное мировоззрение	Высокая Средняя Низкая	- 66,1 33,9	- 62,8 37,2	- 68,5 31,5
Зависимые от табака	Зависимы Не зависимы	83,9 16,1	76,7 23,3	84,7 15,3
Зависимые от алкоголя	Зависимы Не зависимы	13,4 86,6	4,7 95,3	16,2 83,8
Социальный статус (говорят о воровстве, преступности)	Высокий Средний Низкий	36,2 17,5 46,3	16,3 14 69,8	42,3 18,9 38,7

Таблица 5

## Сравнительная характеристика зависимых от психоактивных веществ

		Наркозависимые в целом N=137	Зависимые от табака N=2357	Зависимые от алкоголя N=244
Профессиональный статус	Медработники	0,8	2,3	1,7
	Педагоги	0,8	2,1	2,3
	Представители СМИ	-	0,4	-
	Представители силовых структур	1,8	3	0,7
	Госслужащие	5,8	9,6	10,3
	Частный бизнес	20,4	21,1	17
	Студенты, учащиеся	7,6	5,5	2
	Неработающие	34,8	30,8	39,4
	Другие сферы	28	25,2	26,6
Регион	Алматы	22,2	23,4	18,9
	Астана	2	6,1	6,5
	Север	22,4	17,1	17
	Юг	12,7	15,8	12,3
	Восток	12	12,4	19,6
	Запад	9,1	9,8	3,2
	Центр	19,6	15,4	12,5
Возраст	12-16 лет	2,4	2,4	0,1
	17-21 год	23,5	11,2	5,2
	22-26 лет	18,2	15,5	14,9
	27-35 лет	33	26	20,9
	36-47 лет	20,3	33,9	45,8
	48-55 лет	2,6	11	13,2
Пол	Мужчины	84,6	76,2	82,3
	Женщины	15,4	23,8	17,7
Национальность	Казахи	9	25,4	16,6
	Русские	65,8	55,1	63,3
	Узбеки	1,3	1,3	1
	Корейцы	2,9	1,6	0,8
	Немцы	3,2	2,9	3,5
	Украинцы	7,5	4,5	7,6
	Татары	2,9	3,4	3,5
	Другие	7,3	5,9	3,6
Уровень образования	Без образования	-	0,2	-
	Начальное образование	20,3	16,1	13,8
	Среднее образование	68,1	66,3	73,1
	Высшее образование	11,7	17,4	13,1
Семейный статус	Не имеют родственников	12	12,2	17,3
	Живут с первой семьей	50,8	30,3	27,4
	Живут со второй семьей	37,2	57,4	55,4
Доход на одного члена семьи	Низкий	92,6	91,3	93,2
	Средний	6	6,8	5,7
	Высокий	1,3	1,9	1,1

Таблица 5 (продолжение)

Сравнительная характеристика зависимых от психоактивных веществ

Соматическое здоровье	Высокое Среднее Низкое	18,7 81,4 2,8	23,8 74,4 1,8	15,7 79,8 4,5
Психическое здоровье	Высокое Среднее Низкое	13,8 86,2 0	27,4 71,1 1,5	17,4 78,9 3,7
Психологическое здоровье	Высокое Среднее Низкое	1,4 97,9 0,7	3,6 96,2 0,3	1,2 98 0,9
Общее психическое здоровье	Высокое Среднее Низкое	- 77,7 22,3	1,1 85,3 13,6	2,3 77,7 20
Социальное здоровье	Высокое Среднее Низкое	- 71,4 28,6	0,9 78,9 20,2	0,3 74 25,8
Качество жизни	Очень высокое Высокое Среднее Среднее (1) Низкое Очень низкое	- 3,5 88 65,6 8,4 6,2	0,4 5,4 89,3 71,5 5,2 2,7	0,3 3,5 84,7 67,5 11,8 8
Социальная динамика	Высокая Средняя Низкая	5,6 86,3 8,1	2,4 94,3 3,4	2 90,1 7,8
Локус контроля	Внутренний Средний Внешний	12,7 87,3 -	8,2 90,6 1,2	7,1 92 0,9
Скорость адаптации	Высокая Средняя Низкая	0,8 99,2 -	0,9 97,1 2	0,3 93,8 6
Заинтересованность собственным здоровьем	Высокая Средняя Низкая	2,5 95,8 1,7	3,1 95,5 1,4	0,6 94,4 5
Наличие позитивных целей и установок	Позитивные Средняя выраженность позитивных Отсутствие позитивных	63,4 28,3 8,3	64,5 26,6 8,9	47,7 35,1 17,2
Информированность о вреде наркоманов	Высокая Средняя Низкая	68,5 10,8 20,7	73,8 7,9 18,4	68,4 6,5 25,1
Вовлеченность в религиозное мировоззрение	Высокая Средняя Низкая	- 66,1 33,9	3,4 63,8 32,8	1,2 57,2 41,6
Социальный статус (говорит о воровстве, преступности)	Высокий Средний Низкий	36,2 17,5 46,3	41,7 17,3 41	29,2 21,3 49,5

## ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ТИПИЧНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ РЕСПОНДЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ТАБАКА

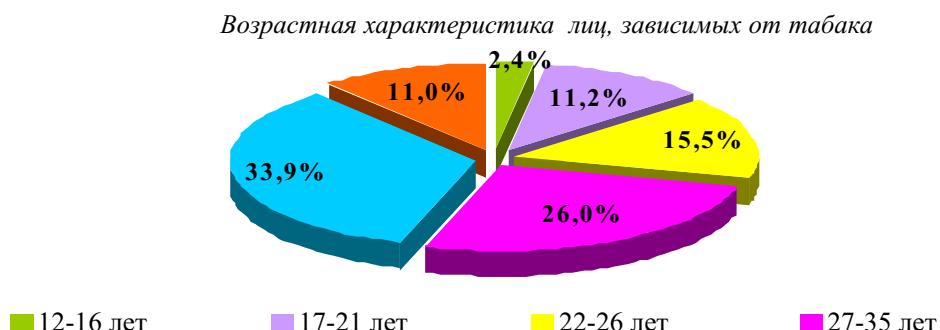
М.Х.Жаксылыкова, В.С.Красникова

г.г. Алматы, Павлодар

При исследовании характеристик респондентов с зависимостью от табака, выявились закономерности: с возрастом число зависимых от табака воз-

растает и наибольшее их количество приходится на возрастной диапазон от 27 до 47 лет (33,9%), наименьшее встречается среди детей до 16 лет (2,4%).

График №1



Мужчин, зависимых от табака (76,2%), в 3 раза больше, чем женщин (23,8%), несмотря на то, что, в целом, мужская часть населения меньше, чем женская.

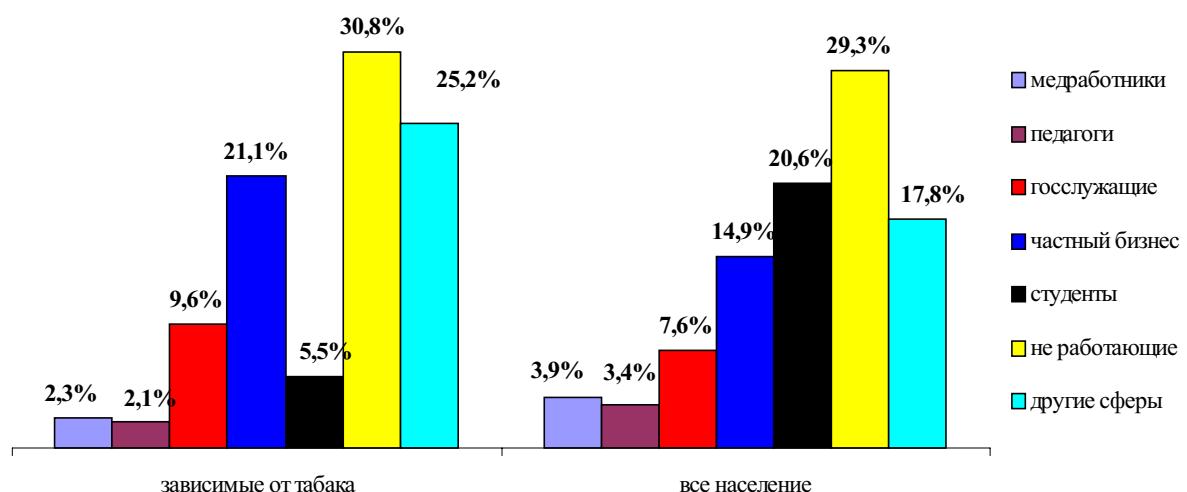
По национальному составу значительное преобладание курящих наблюдается среди русского на-

селения (55,1%), среди казахов показатель в 2 раза меньше (25,4 %).

Кроме того, опрошенные респонденты были распределены по группам, в зависимости от их профессиональной принадлежности.

График №2

Профessionальный статус лиц, зависимых от табака



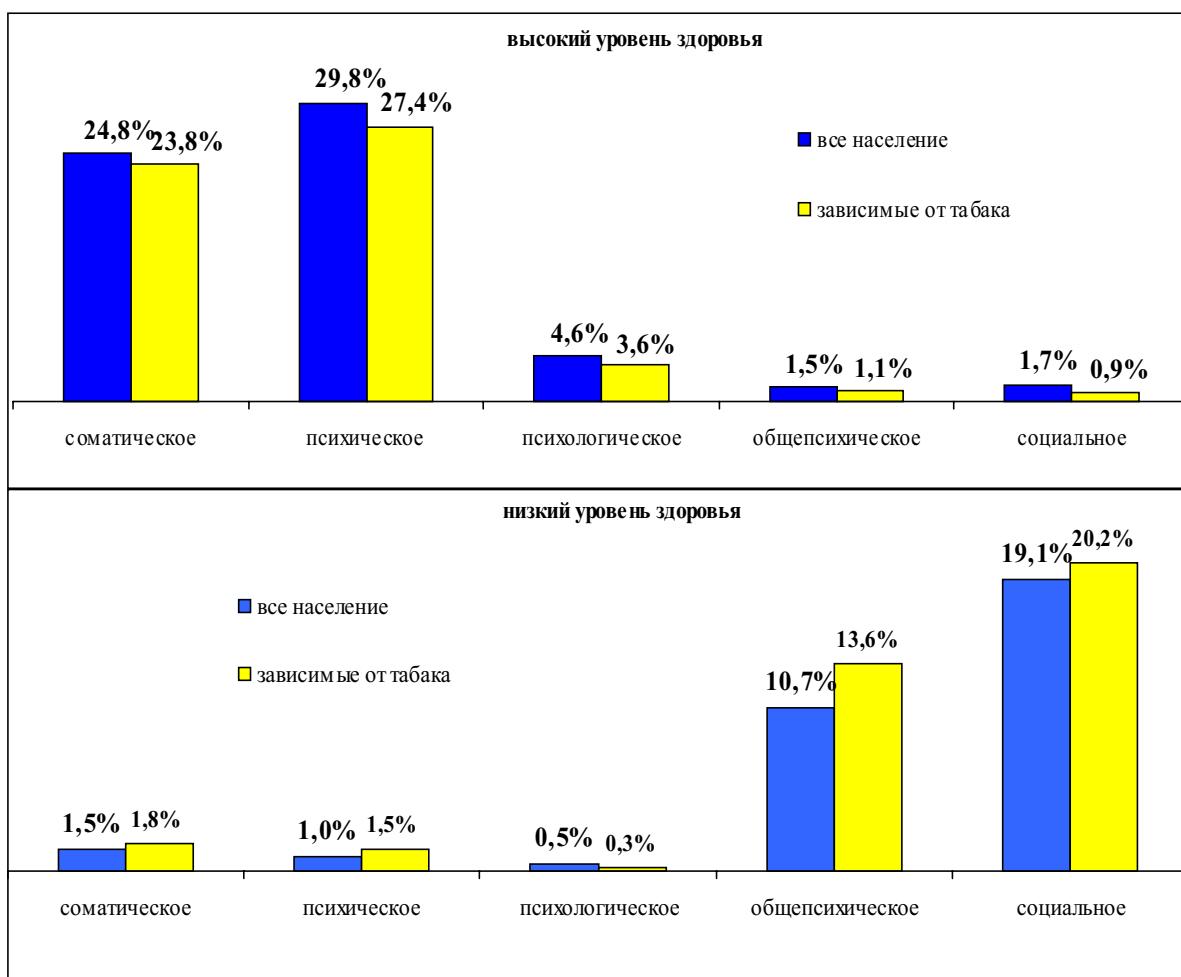
Исследования показали, что наиболее подверженны зависимости от табака представители частного бизнеса и других сфер и неработающие. Среди представителей интеллектуальных профессий и среди студентов процент курящих незначителен. Т.е. люди с более высоким интеллектуальным и профес-

сиональным уровнем менее предрасположены к влиянию табачной зависимости.

В позициях, характеризующих уровень здоровья, наибольший процент наблюдался по средним уровням. Показатели высокого и низкого уровня отражены в графике.

График № 3

Показатели уровней здоровья у лиц, зависимых от табака



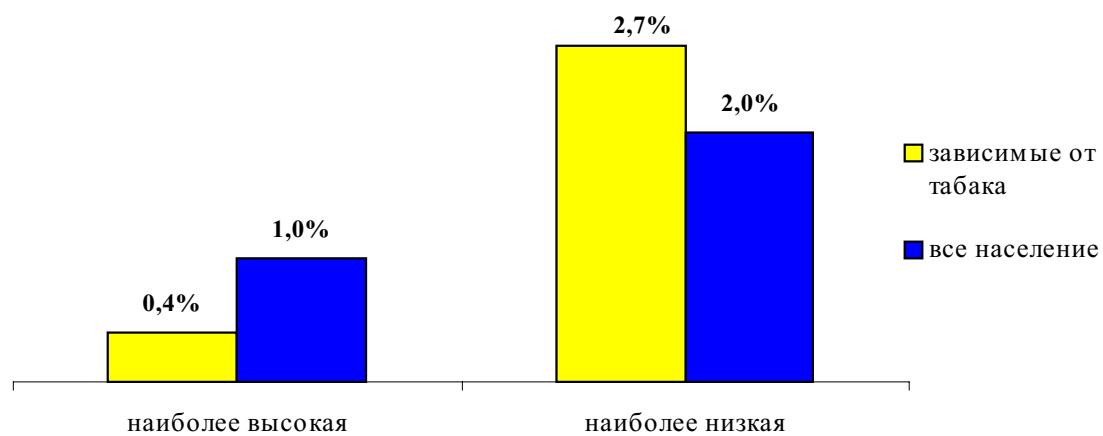
Из графика видно, что у курящих наблюдается более высокое соматическое и психическое здоровье и более низкое общее психическое и социальное здоровье. В целом же, у курящих состояние здо-

ровья хуже, чем у всего населения (в два раза меньше показатель высокого уровня здоровья).

Уровень качества жизни среди зависимых от табака в два раза меньше, чем среди всего населения.

График № 4

Степень качества жизни у лиц, зависимых от табака и населения в целом

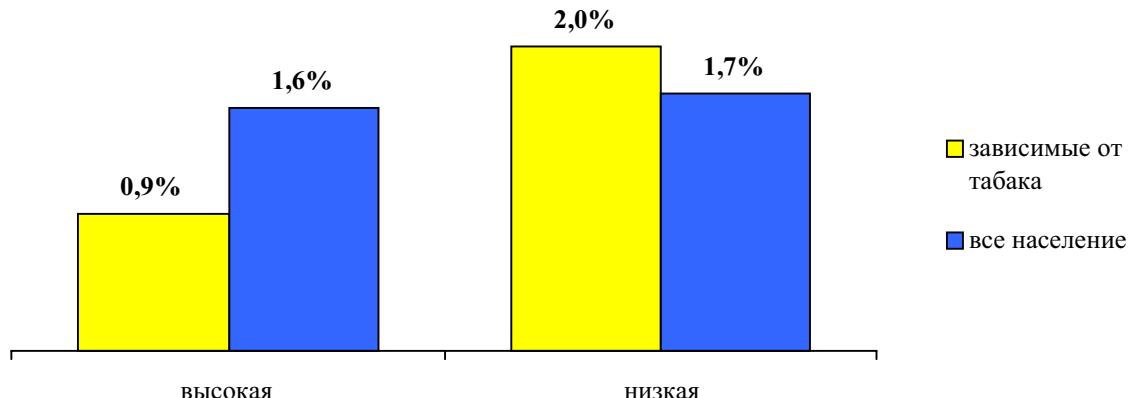


Так же необходимо отметить, что курящие менее адаптированы к различным жизненным ситуациям, о чем свидетельствует показатель низкой скорости адаптации

(по отношению к высокой составляет 2 :1). Соотношение высокой скорости адаптации у зависимых от табака к населению в целом в два раза меньше.

График № 5

*Скорость адаптации у лиц, зависимых от табака.*

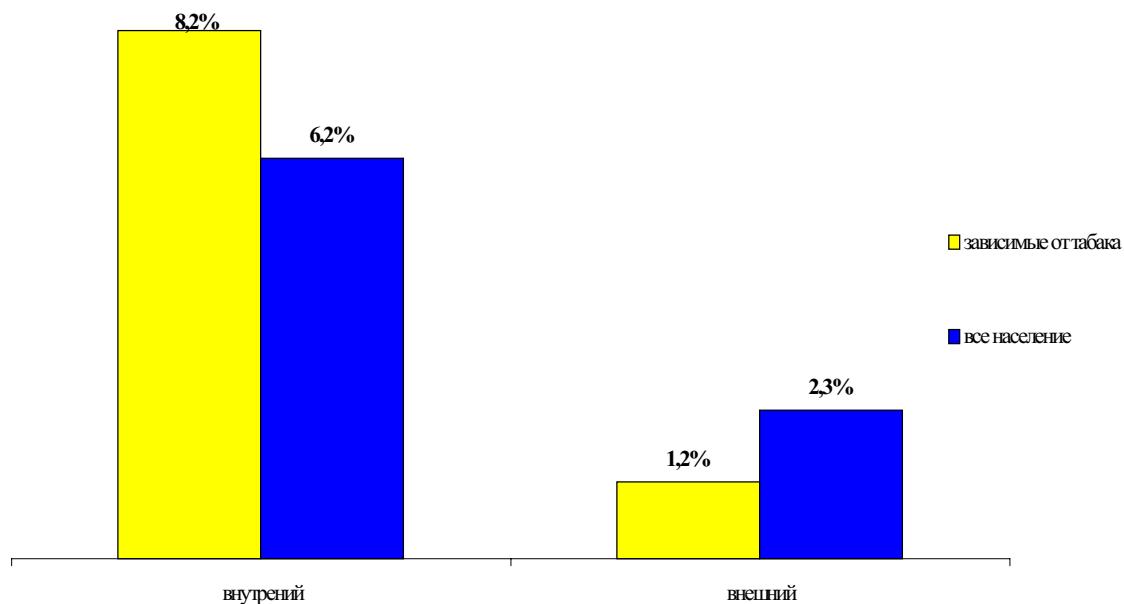


Позитивным фактором является то, что среди курящих процент внутреннего локуса кон-

троля в 6,9 раз выше внешнего локуса контроля.

График № 6

*Показатели локуса контроля лиц, зависимых от табака и населения в целом*

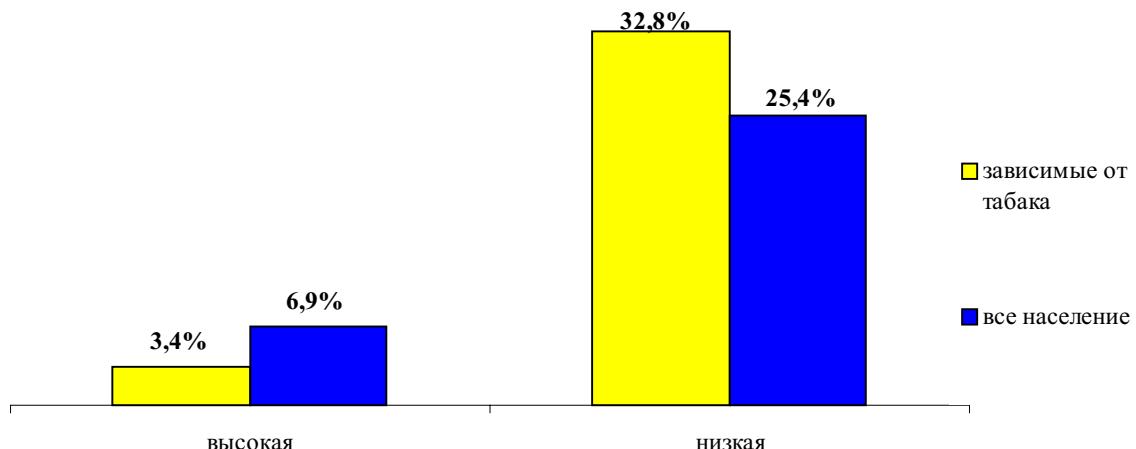


В ходе опроса выясено, что религиозная часть населения менее подвержена зависимости от табака, в частности, с высокой степенью вовлеченнос-

ти в религиозное мировоззрение курящих в 10 раз меньше, чем с низкой степенью вовлеченности, и в два раза меньше, чем среди общего населения.

График № 7

Вовлеченность в религиозное мировоззрение лиц, зависимых от табака и населения в целом

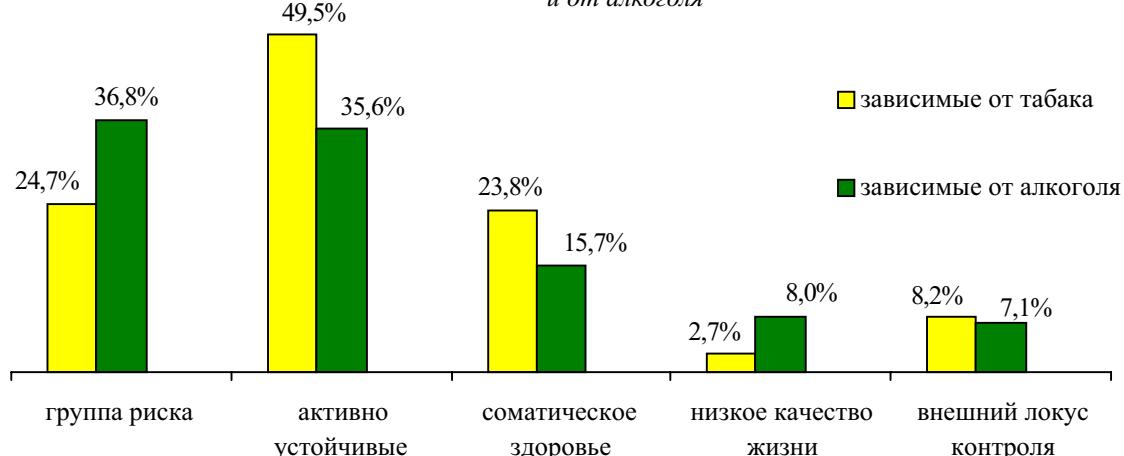


При выявлении соотношения зависимых от табака и алкоголя выяснилось, что курящих, больных

алкоголизмом, значительно меньше, чем курящих, независимых от алкоголя, в соотношении 1:9.

График № 8

*Сравнительная характеристика некоторых показателей у лиц с зависимостью от табака и от алкоголя*



Из графика видно, что количество зависимых от табака, входящих в группу риска, в 1,5 раза меньше, чем зависимых от алкоголя; в группе активно устойчивых их в 1,4 раза больше. Уровень соматического здоровья у курящих в 1,5 раза больше, чем у больных алкоголизмом, показатель более низкого качества жизни в 2,9 раза меньше, внешний локус контроля в 1,2 раза больше.

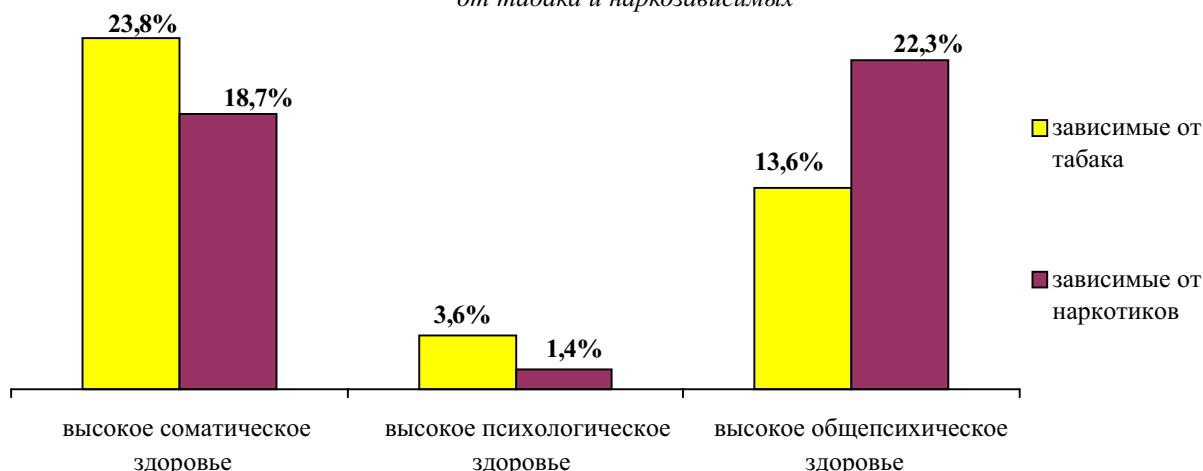
Четкая корреляция прослеживается между наличием зависимости от табака и степенью вовле-

ченности в орбиту наркотизма. Так, почти каждый четвертый опрошенный (24,7%), испытывающий зависимость от табака, попадает в группу риска, что в два раза больше, чем тот же показатель в целом среди населения (11,5%). В группу активно устойчивых входит наибольшее число курящих, однако данный показатель меньше, чем показатель среди всего населения в 1,4 раза

Отсюда следует, что курящие респонденты в большей степени подвержены наркотическому влиянию.

График № 9

Сравнительные характеристики высоких показателей здоровья у лиц, зависимых от табака и наркозависимых



Данная диаграмма позволяет сделать вывод, что показатель высокого соматического здоровья у зависимых от табака в 1,3 раза выше, чем у наркозависимых, показатель высокого психологического здоровья в 2,6 раза выше, низкий уровень общепсихического здоровья в 1,6 раза ниже, чем у наркозависимых.

Таким образом, наиболее типичные характеристики респондентов наблюдаются в группах психическое и социальное здоровье, качество жизни, скорость адаптации, вовлеченность в религиозное мировоззрение и в орбиту наркотизма.

Наиболее существенные отличия между зависи-

мых от табака и зависимыми от алкоголя выявлены в позициях соматического здоровья, качества жизни, скорость адаптации, вовлеченность в орбиту наркотизма и наличия позитивных установок

Наиболее существенные отличия от группы наркозависимых заключаются в позициях: соматическое, психологическое, общепсихическое и социальное здоровье, качество жизни, локус контроля, возраст.

Полученные результаты могут быть использованы в разработке практической программы в отношении группы населения, зависимого от табака или в программах первичной профилактики распространения табакокурения в РК.

## ХАРАКТЕРИСТИКА ОСВЕДОМЛЁННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РК О ПРОБЛЕМЕ НАРКОТИЗМА

Ж.Жолдасова

г. Павлодар

Осведомлённость населения РК о проблеме наркотизма определялась в группах населения в зависимости от уровня качества жизни, социальной динамики, локуса контроля, скорости адаптации, степени заинтересованности своим здоровьем и наличия позитивных целей и установок. Проблема изучалась по следующим параметрам: представление о наркотических веществах; осведомлённость о веществах, относящихся к наркотическим; осведомлённость о способах употребления наркотических веществ; осведомлённость о воздействии наркотических веществ на состояние человека; осведомлённость о воздействии наркотических веществ на состояние человека сразу после употребления; осведомлённость о воздействии наркотических веществ на организм человека после длительного употребления; оценка остроты проблемы наркома-

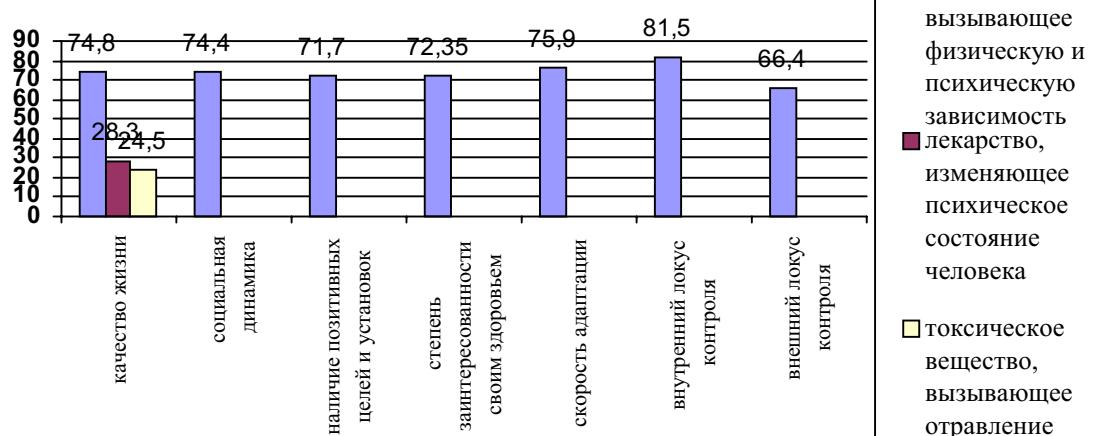
ни; осведомлённость о критерии принадлежности к наркозависимым.

При исследовании было выявлено (данные представлены на графике № 1), что население, независимо от уровня качества жизни (средний показатель – 74,8%), социальной динамики (в среднем 74,4%), наличия позитивных целей и установок (71,7%), степени заинтересованности собственным здоровьем (72,35%) и скорости адаптации (75,9%), имеет высокий уровень осведомлённости о том, что наркотик – это химическое вещество, вызывающее физическую и химическую зависимость. Объём данной группы 2,6 раза больше, чем группы респондентов, которые считают, что наркотики – это лекарство, изменяющее психическое состояние человека (средний показатель – 28,3%) и в три раза боль-

ше, чем группа, считающая, что наркотики – это токсическое вещество, вызывающее отравление (средний показатель – 24,5%). Респонденты с внутренним локусом контроля в 1,2 раза или на 15,1%

лучше, чем респонденты с внешним локусом контроля осведомлены, что наркотики это химическое вещество, вызывающее физическую и психическую зависимость.

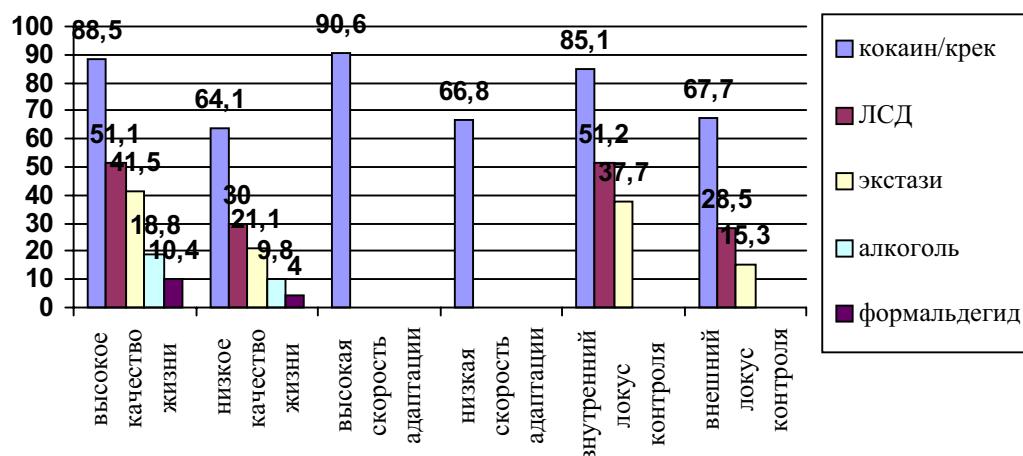
график № 1 представление о наркотических веществах



В частности о героине/марихуане и аناше/гашишке население достаточно осведомлено, как о веществах, относящихся к наркотическим, независимо от разделения на группы. Нет существенных различий в осведомлённости о различных веществах, относящимся к наркотическим, в подгруппах с наличием или отсутствием позитивных целей и установок. О кокаине/креке и опиуме/морфии группа с очень высоким качеством жизни осведомлена лучше в 1,3 раза, чем с низким качеством жизни; в 1,35 раза или на 13,8% лучше осведомлённость у респондентов с высокой скоростью адаптации по сравнению с низкой скоростью адаптации; в 1,25 раза

или на 17,4% больше осведомлённость респондентов с внутренним локусом контроля, чем с внешним. Об ЛСД и экстази респонденты с очень высоким качеством жизни знают больше в 1,7 и 1,9 раза соответственно, чем с очень низким качеством жизни; в 1,8 и 2 раза больше осведомлённость групп с внутренним локусом контроля и высокой скоростью адаптации соответственно, чем в группах с внешним локусом контроля и низкой скоростью адаптации. Об алкоголе и формальдегиде лица с очень высоким качеством жизни осведомлены в два раза больше, чем с очень низким качеством жизни.

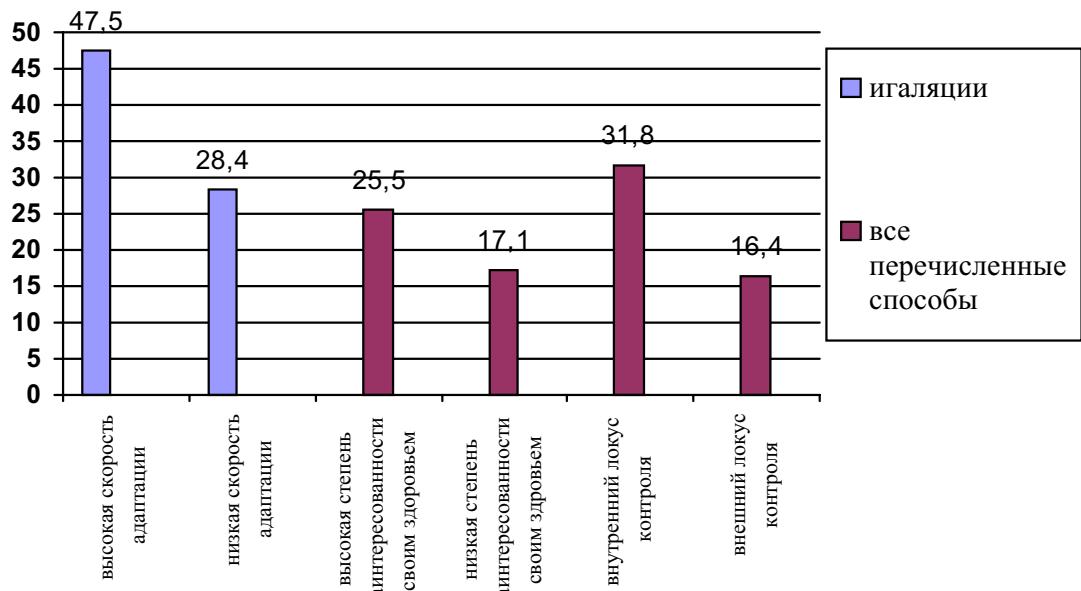
график № 2 осведомлённость о веществах, относящихся к наркотическим



Основным способом употребления наркотических веществ респонденты считают внутривенные инъекции независимо от уровня качества жизни, социальной динамики, наличия позитивных целей и установок, степени заинтересованности собственным здоровьем, скорости адаптации и локуса контроля. Меньше осведомлённость о том, что наркотические вещества курят, ещё меньше об ингаляциях и внутримышечных инъекциях. Респонденты с высокой скоростью адаптации в 1,7 раза или на

19,1% больше осведомлены о таком способе употребления наркотиков, как ингаляции, чем лица с низкой скоростью адаптации. В 1,5 раза или на 8,4% больше респондентов с высокой степенью заинтересованности собственным здоровьем считают, что все указанные способы применяются для употребления наркотических веществ; также в 1,9 раза больше лиц с внутренним локусом контроля, чем с внешним по этому показателю.

График № 3  
Осведомлённость о способах употребления наркотических веществ

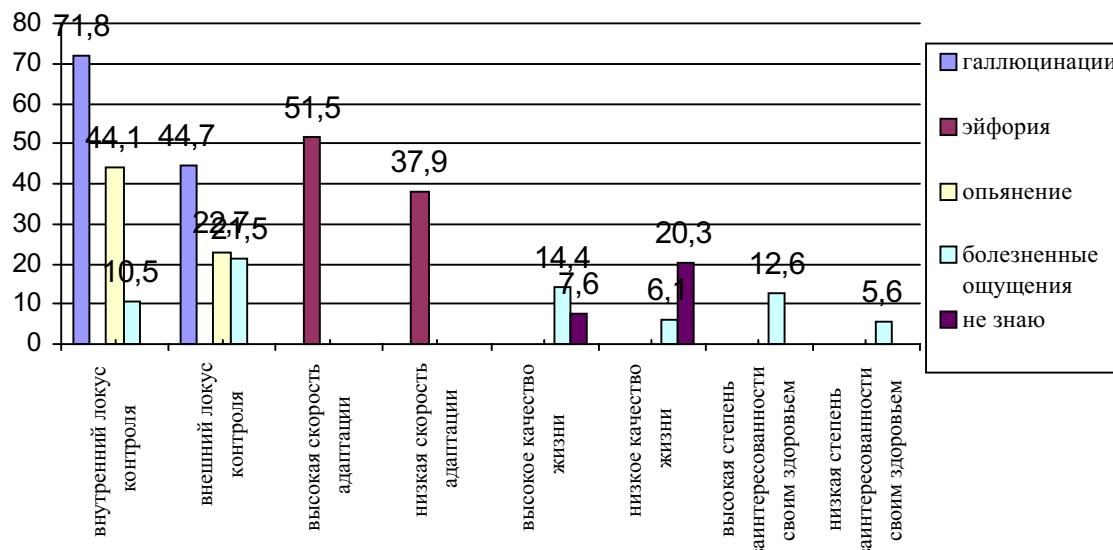


О том, что наркотические вещества вызывают галлюцинации, осведомлено в 1,6 раза или на 27,1% больше респондентов с внутренним локусом контроля по сравнению с респондентами с внешним локусом контроля. Об эйфории осведомлены лучше в 1,4 раза или на 13,6% лица с высокой и средней степенью адаптации, чем с низкой степенью адаптации. В 1,9 раза больше осведомлённость респондентов с внутренним локусом контроля об опьянении, чем с внешним локусом контроля и в 1,2 или на 12,3% больше, чем лиц со средним локусом контроля. Болезненные ощущения отмечают в два раза больше респонденты с высоким качеством жизни (14,4 – 11,4%), чем с низким качеством жизни (5,8 – 6,1%); в 2 раза больше с внешним локусом контроля, чем с внутренним; в 3,5 раза больше с высокой скоростью адаптации, чем с низкой; и в 2,2 раза с высокой степенью заинтересованности, чем с низкой. Со снижением уровня качества жизни растёт

число респондентов, затрудняющихся с ответом или не знающих о воздействии наркотических веществ на состояние человека (от 7,6% до 20,3%).

О приливе бодрости и сил сразу после употребления наркотиков осведомлены в 1,2 раза больше респонденты с внутренним локусом контроля, чем со средним и в 1,8 раза больше, чем с внешним локусом контроля. В 1,4 раза больше лиц с внутренним локусом контроля, чем с внешним считают, что сразу после употребления наркотических веществ возникает сонливость и головокружение. Затрудняются с ответом также около трети всех респондентов, в 1,3 и 1,5 раза больше с низкой степенью адаптации и с внешним локусом контроля, чем с высокой скоростью адаптации и внешним локусом контроля. В 2-2,5 раза больше респондентов с высоким качеством жизни осведомлено о состоянии “похмелья” сразу после употребления (21,2 – 16,6%), чем с низким качеством жизни (10,7 – 8,6%).

график № 4  
Осведомлённость о воздействии наркотических веществ



О быстрой утрате физического здоровья с риском заболевания СПИД и ранней смерти, а также об отрицательном влиянии на развитие умственных способностей человека при длительном употреблении наркотиков осведомлено в 1,5-1,7 раза больше респондентов с высоким качеством жизни, чем с низким качеством жизни; в 1,3 раза больше лиц с внутренним локусом контроля, чем с внешним; в 1,4 раза больше с высокой скоростью адаптации и высокой степенью заинтересованности собственным здоровьем, чем с низкой скоростью адаптации и низкой степенью заинтересованности своим здо-

ровьем. О тяжёлых изменениях психики и утрате физического здоровья и преждевременной смерти больше осведомлены респонденты с высокой скоростью адаптации в 1,2 раза или на 14,5%, чем с низкой скоростью адаптации. В 1,5 раза больше респондентов с высокой скоростью адаптации осведомлено о том, что длительное употребление наркотиков отрицательно влияет на развитие умственных способностей человека, чем с низкой. О том, что человек постепенно утрачивает физическое здоровье, осведомлено в 1,4 раза больше респондентов с внутренним локусом контроля по сравнению с внешним.

график № 5  
Осведомлённость о воздействии наркотиков сразу после употребления

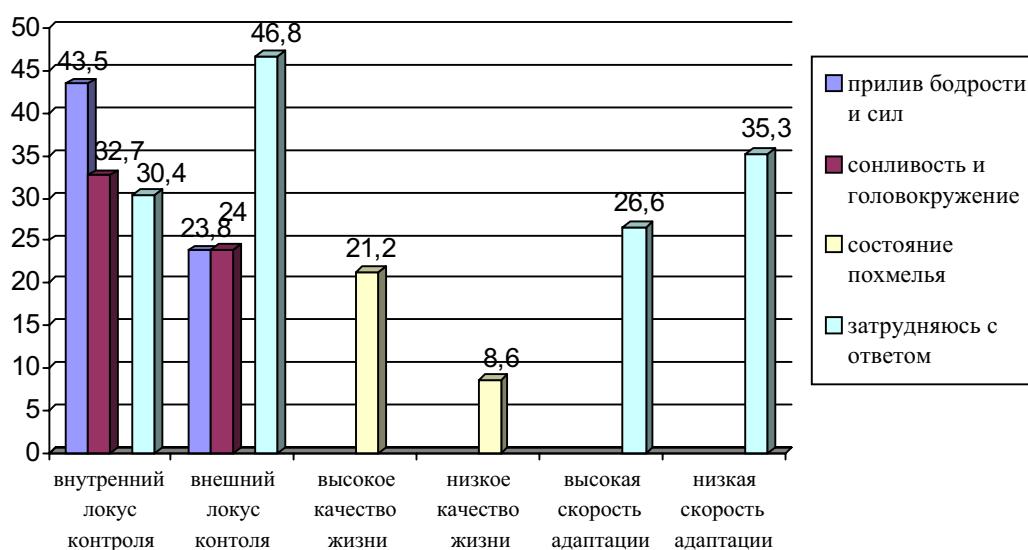
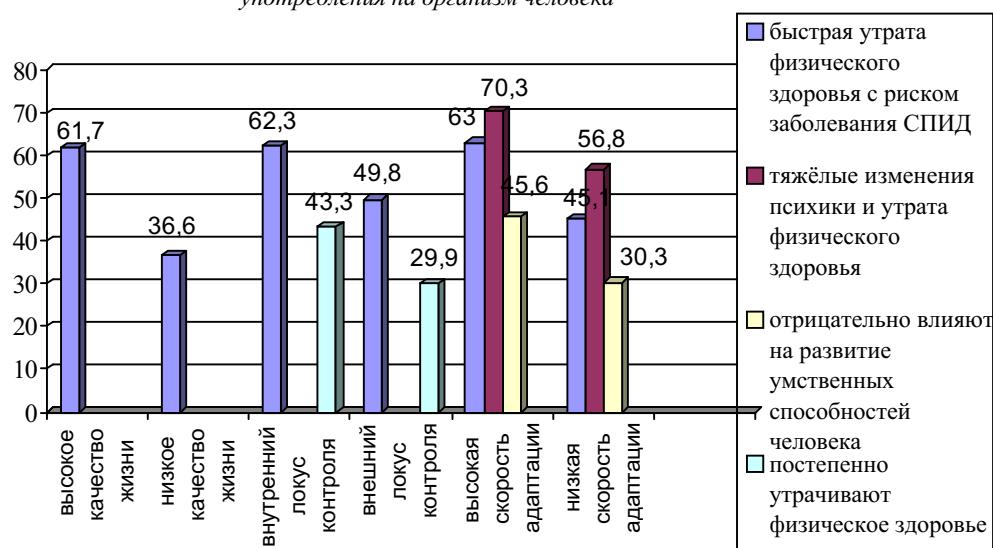


график № 6

Осведомлённость о воздействии наркотических веществ после длительного употребления на организм человека

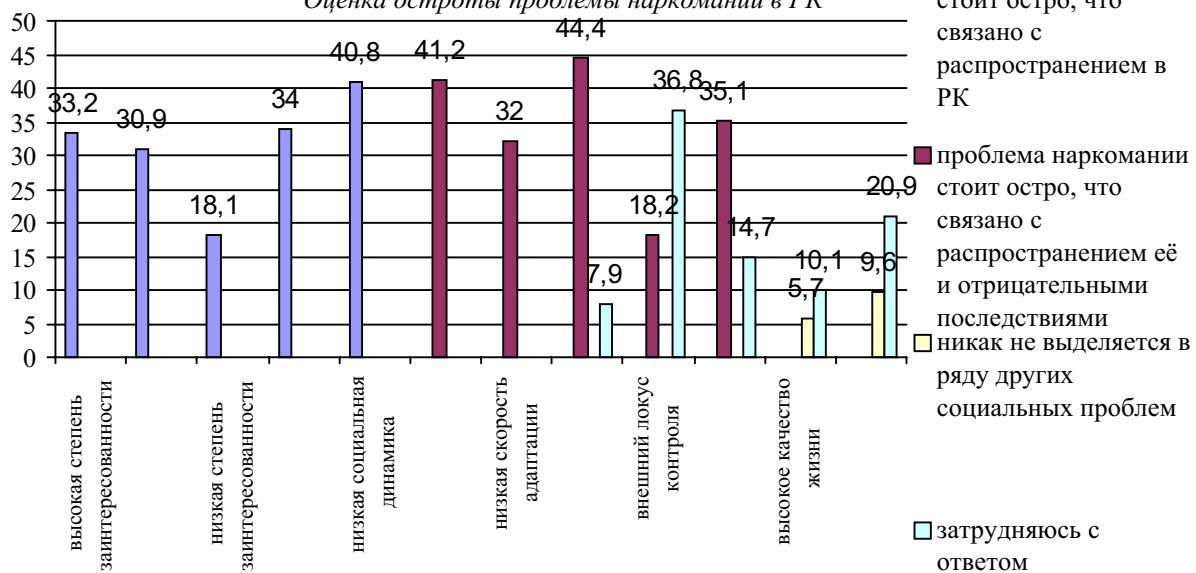


О том, что проблема наркомании стоит остро и это связано с распространением наркомании в РК, осведомлено в 1,7 и 1,8 раза больше респондентов с высокой и средней степенью заинтересованности своим здоровьем, чем с низкой; и в 1,3 раза больше с низкой социальной динамикой, чем с высокой. Проблема наркомании стоит остро, что связано с распространением наркомании и отрицательными последствиями – так считают в 1,3 раза больше респондентов с высокой степенью адаптации, по сравнению с низкой; в 1,9 раз лица со средним локусом контроля и в 2,4 раза с внутренним локусом контроля, чем с внешним. В среднем 9,6% респондентов со средним и низким уровнем качества жизни

считают, что проблема наркомании никак не выделяется в ряду других социальных проблем, что в 1,7 раза больше, чем с высоким качеством жизни; в 2 раза больше считает респондентов с высокой и средней социальной динамикой, а также с низкой скоростью адаптации, чем с низкой социальной динамикой и высокой скоростью адаптации. Затрудняются с ответом группы со средним и низким уровнем качества жизни в 1,6-2 раза больше, чем группы с высоким качеством жизни, в 2,5 раза больше с низкой степенью заинтересованности своим здоровьем, чем с высокой; в 2,5 раза больше с внешним локусом контроля, чем со средним и в 4,6 раза больше, чем с внешним.

график № 7

Оценка остроты проблемы наркомании в РК



*график № 8*  
**Осведомлённость о критерии принадлежности к наркозависимым**



Основная масса населения к критериям принадлежности к наркозависимым относит болезненное пристрастие к наркотикам. Причём, в 1,3 раза больше осведомлено об этом респондентов с высокой степенью заинтересованности собственным здоровьем и высокой скоростью адаптации, чем с низкой степенью заинтересованности своим здоровьем и низкой скоростью адаптации; в 1,9 раза больше с внутренним локусом контроля, чем с внешним. В 3 раза больше респондентов с низкой скоростью адаптации относят к наркозависимым тех, кто постоянно употребляет наркотики свыше одного года; таких респондентов в 2 раза больше в группе с внешним локусом контроля, чем с внутренним. Затрудняются с ответом в 3 раза больше респондентов с внешним локусом контроля, чем со средним и в 8 раз больше, чем с внутренним локусом контроля.

**Выводы:** население Республики Казахстан имеет высокий уровень осведомлённости о наркотических веществах, о внутреннем способе их употребления и о воздействии наркотиков на организм человека.

Респонденты показали низкую осведомлённость о таких психоактивных веществах, как ЛСД, экстази, транквилизаторы, алкоголь формальдегид; о некоторых способах употребления наркотиков – ингаляции; об остроте проблемы наркомании, что связано с отрицательными последствиями употребления наркотиков, а не только с уровнем распространением наркомании.

Полученные данные можно использовать в целях усовершенствования программ профилактики распространения наркозависимости среди населения РК.

### ОЦЕНКА ЛИЧНОГО ОТНОШЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ РК К ПРОБЛЕМЕ НАРКОМАНИИ

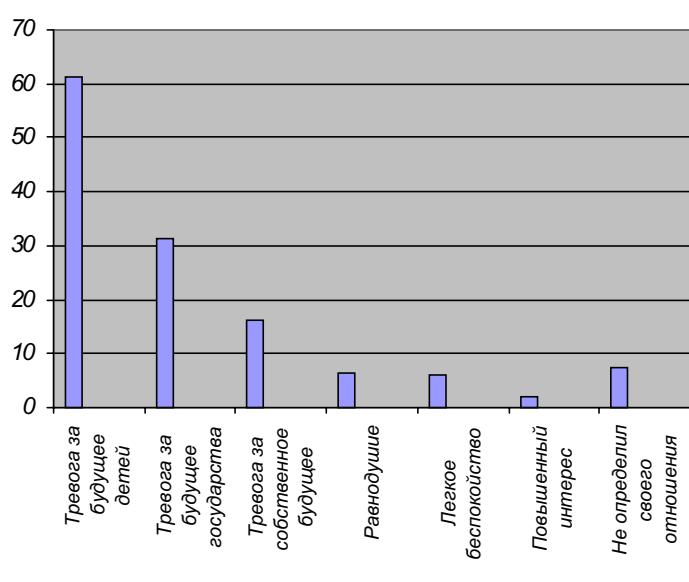
А.М.Идрисова, Б.Б.Джарбусынова

г.г. Алматы, Павлодар

В проведенном исследовании анализировались данные опроса, выясняющего личное отношение населения РК к проблеме наркомании, по параметрам, приведенным в диаграмме 1. Данная диаграмма иллюстрирует отношение к проблеме всего населения РК в целом. Основная масса населения (61,2 %) выразила тревогу за будущее детей. Треть опрошенных (31,4 %) испытывают тревогу за будущее государства. Тревогу за собственное будущее проблема наркомании вызывает у 16,1% респондентов. Равнодушие, легкое беспокойство по поводу дан-

ной проблемы испытывают 6,4 и 5,9% соответственно. Повышенный интерес к проблеме наркомании испытывают 1,9% респондентов. 7,4 % респондентов не смогли определить своего отношения к проблеме. Основную часть этой группы составляли пассивно воздерживающиеся, имеющие низкое психологическое здоровье, низкое качество жизни, внешний локус контроль, низкую степень информированности о вреде наркотиков, а также подростки в возрасте от 12 до 16 лет и те, кто в настоящее время учится.

Диаграмма 1

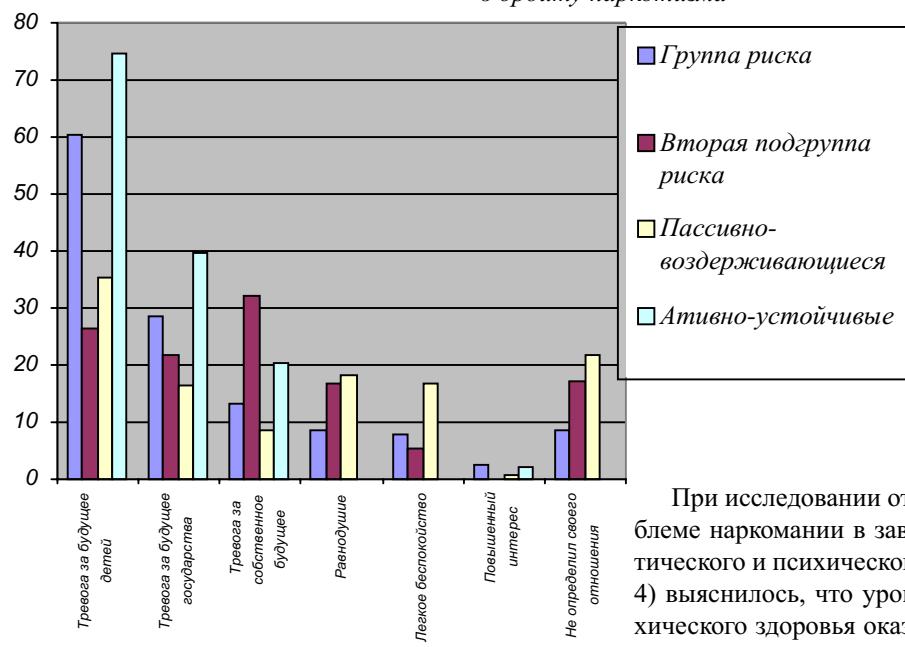


В группе активно-устойчивых нет никого, кто испытывает равнодушие, легкое беспокойство или не определил своего отношения к проблеме наркомании. В то время как среди пассивно воздерживающихся были получены самые высокие показатели при ответе на эти вопросы (равнодушие - 16,2%, ис-

пытывающих легкое беспокойство - 16,7%, не определивших своего отношения к проблеме - 21,7%) и самый низкий процент тревоги за собственное будущее (8,5%), в группе активно-устойчивых тревога за собственное будущее составила 20,5% (соотношение 2,4:1). Тревогу за будущее государства в значительно большей степени испытывают респонденты, входящие в группу активно-устойчивых (39,7%), в группе пассивно воздерживающихся этот показатель составляет 16,3% (соотношение 2,4:1).

Диаграмма 2

*Личное отношение к проблеме наркомании в зависимости от степени вовлеченности в орбиту наркотизма*



В группах с высоким уровнем соматического и психического здоровья этот показатель почти в 2 раза

пытывающих легкое беспокойство - 16,7%, не определивших своего отношения к проблеме - 21,7%) и самый низкий процент тревоги за собственное будущее (8,5%), в группе активно-устойчивых тревога за собственное будущее составила 20,5% (соотношение 2,4:1).

При исследовании отношения населения к проблеме наркомании в зависимости от уровня соматического и психического здоровья (диаграмма 3 и 4) выяснилось, что уровень соматического и психического здоровья оказывают влияние на показатель тревоги за собственное будущее.

выше, чем в группах с низким уровнем здоровья (18,1% и 9,2%; 17,8% и 9,5%).

Диаграмма 3

Показатель тревоги за собственное будущее в зависимости от уровня соматического здоровья

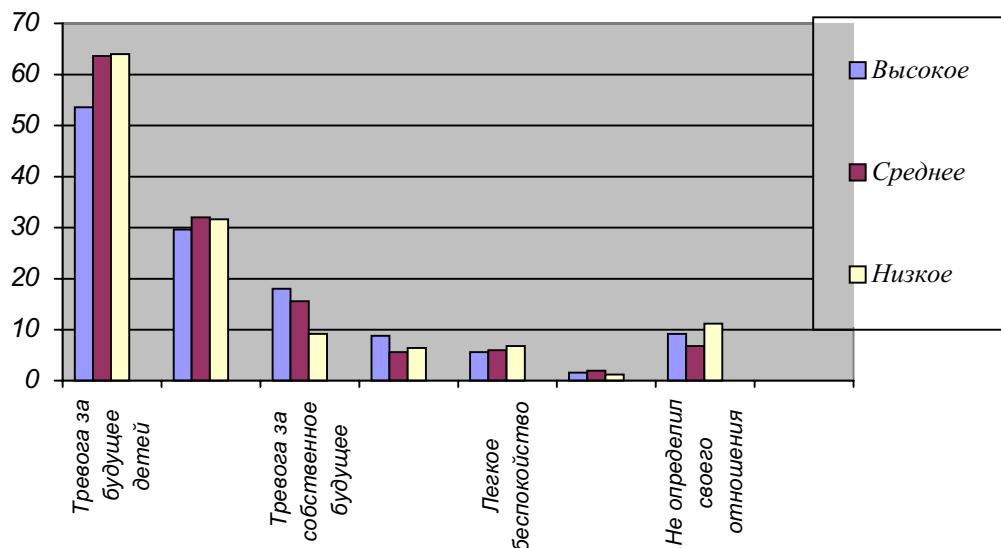
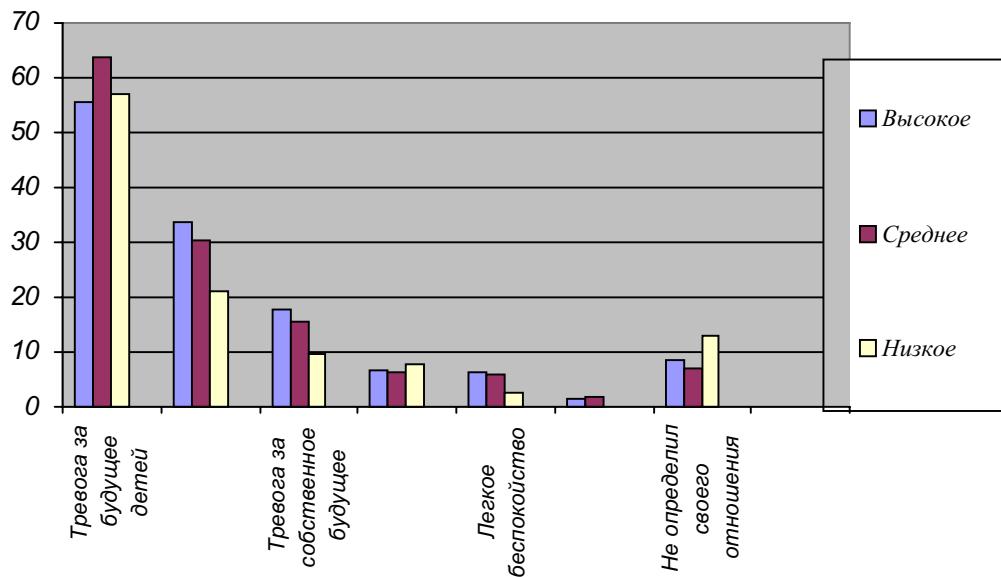


Диаграмма 4

Показатель тревоги за собственное будущее в зависимости от уровня психического здоровья

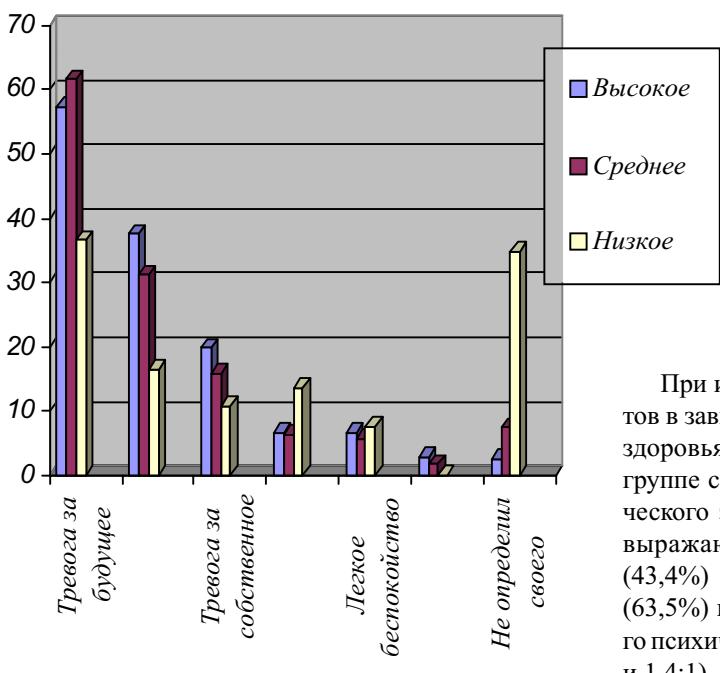


В зависимости от уровня психологического здоровья ответы (диаграмма 5) распределились следующим образом: у респондентов с высоким и средним уровнем психологического здоровья более высокий процент тревоги за будущее детей (57,2 и 61,6% соответственно). Среди опрошенных с низким уровнем психологического здоровья этот показатель составляет 36,6% (1,5 и 1,6:1). Уровень

тревоги за будущее государства существенно отличается в группах с высоким (37,5%) и низким уровнем психологического здоровья (16,5%) - 2,2:1. Среди опрошенных с низким уровнем психологического здоровья в 2 раза больше равнодушных (13,6%) и в 13 раз больше не определивших своего отношения к проблеме (34,8%) по сравнению с группой с высоким уровнем психологического здоровья (2,6%).

Диаграмма 5

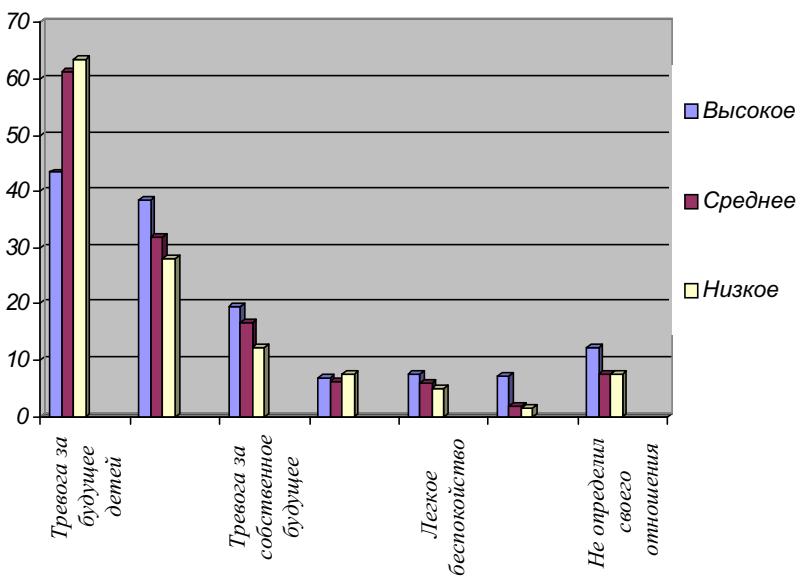
Распределение ответов в зависимости от уровня психологического здоровья



При исследовании распределения ответов в зависимости от общего психического здоровья (диаграмма 6), выявлено, что в группе с высоким уровнем общего психического здоровья процент респондентов, выражающих тревогу за будущее детей (43,4%) меньше, чем в группах с низким (63,5%) и средним (61,3%) уровнем общего психического здоровья (соотношение 1,5 и 1,4:1).

Диаграмма 6

Показатель тревоги за будущее детей в зависимости от уровня общего психического здоровья

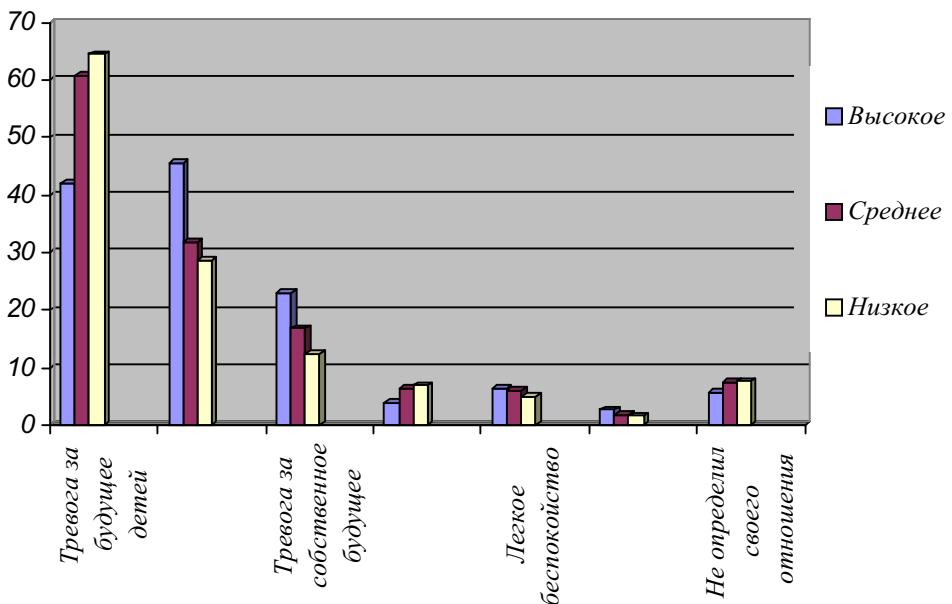


Оценка уровня социального здоровья показала (диаграмма 7), что респонденты с высоким уровнем социального здоровья в большей степени выражают тревогу за будущее государства (45,5%), на второй

позиции стоит показатель тревоги за будущее детей (42%). В группе с низким уровнем социального здоровья тревогу за детей испытывают в 1,5 раза чаще, чем с высоким уровнем социального здоровья.

Диаграмма 7

Распределение ответов в зависимости от уровня социального здоровья

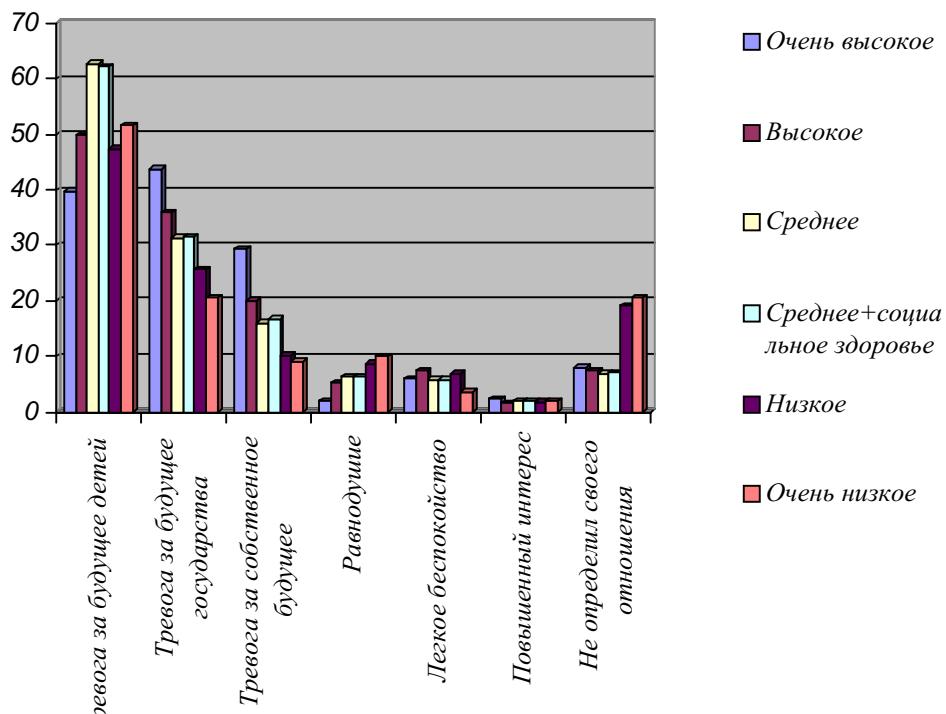


В зависимости от уровня качества жизни (диаграмма 8) ответы распределились следующим образом: наименьший показатель тревоги за судьбу детей получен в группе респондентов с очень высоким качеством жизни (39,8%), самые высокие показатели получены в группе со средним качеством жизни (62,7%) и среднее + социальное здоровье (62,2%) (соотношение 1,57 и 1,56:1). Тревогу за будущее государства в значительно большей степени испытывают респонденты с очень высоким уров-

нем жизни (43,7%), наименьшие показатели получены в группах с очень низким (20,6%) и низким уровнем жизни (25,6%) (соотношение 2,1 и 1,7:1). В группах с низким и очень низким уровнем жизни наибольшее число равнодушных (8,7 и 10%) (соотношение к высокому уровню качества жизни 4,5 и 5,2:1) и не определивших своего отношения к проблеме наркомании (19,2 и 20,6%) (соотношение к высокому уровню качества жизни 2,4 и 2,5:1).

Диаграмма 8

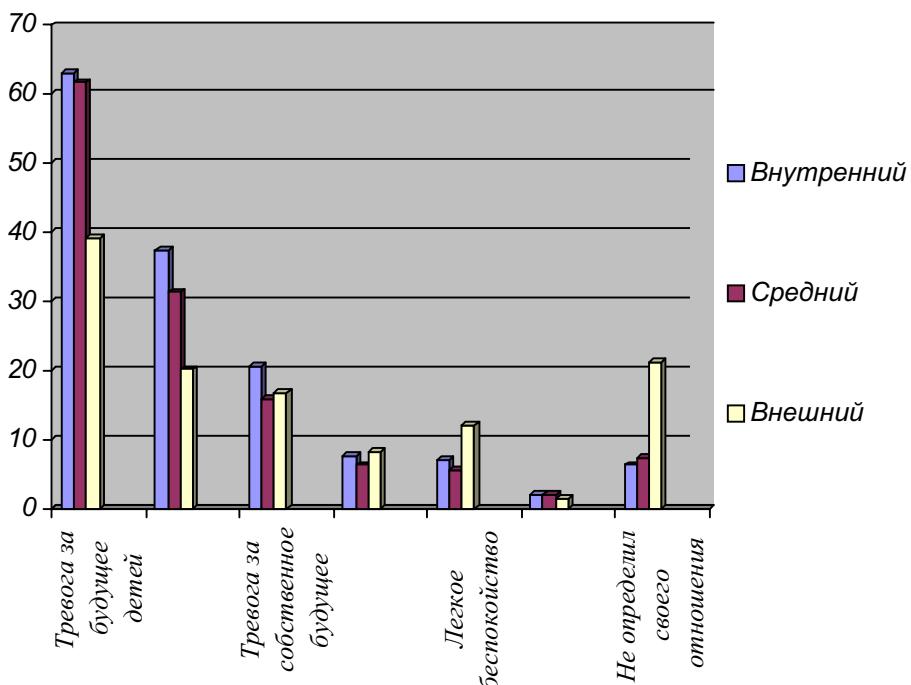
Распределение ответов в зависимости от уровня качества жизни



Ответы на вопросы в зависимости от уровня локуса контроля (диаграмма 9) показали, что респонденты с внешним уровнем локуса контроля испытывают наименьшую тревогу за будущее детей (39,1%) и будущее государства (20,1%), среди них также больше всего не определивших своего отношения к проблеме (21,1%). В группе с внутренним локусом-контролем полученные показатели составляют

63,1% (уровень тревоги за будущее детей), это в 1,6 раза больше, чем при внешнем уровне локуса контроля, 37,4% тревожащихся за будущее государства (в 1,8 раза больше, чем при внешнем уровне локуса контроля) и 7,6% не определили своего отношения к проблеме, что в 2,7 раза меньше, чем при внешнем уровне локуса контроля.

*Распределение ответов в зависимости от уровня локуса контроля*

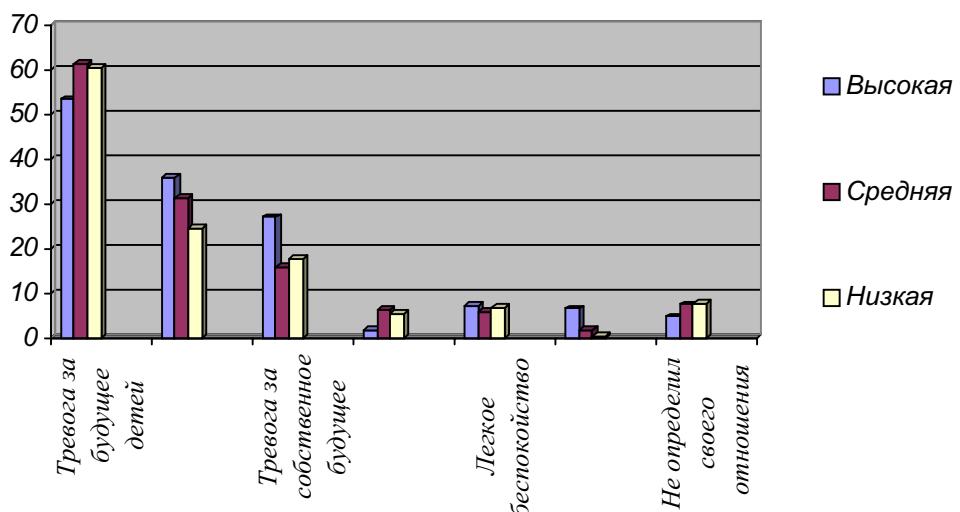


При анализе ответов в зависимости от скорости адаптации выявлено (диаграмма 10), что респонденты с высокой скоростью адаптации в 1,5 - 1,7 раза

чаще выражают тревогу за собственное будущее по сравнению с группами с низкой и средней скоростью адаптации.

*Диаграмма 10*

*Распределение ответов в зависимости от скорости адаптации*

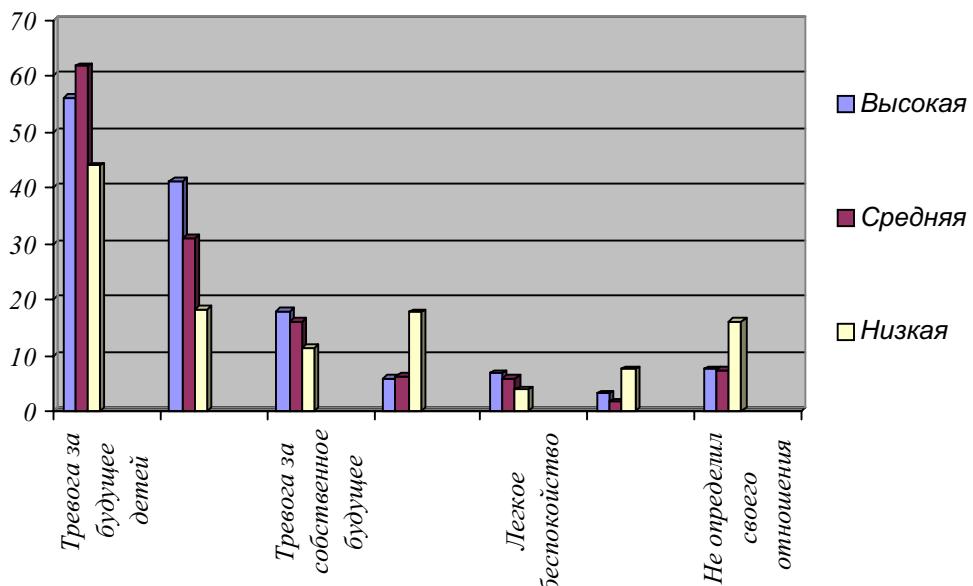


В зависимости от степени заинтересованности собственным здоровьем (диаграмма 11), среди респондентов с низкой заинтересованностью собственным здоровьем, наблюдается увеличение процентного соотношения равнодушных

17,7% и не определивших своего отношения к проблеме (16,1%), что в 2-2,5 раза превышает данные показатели в группах с высокой (5,8%) и средней заинтересованностью (6,3%) собственным здоровьем.

Диаграмма 11

*Распределение ответов в зависимости от заинтересованности собственным здоровьем*

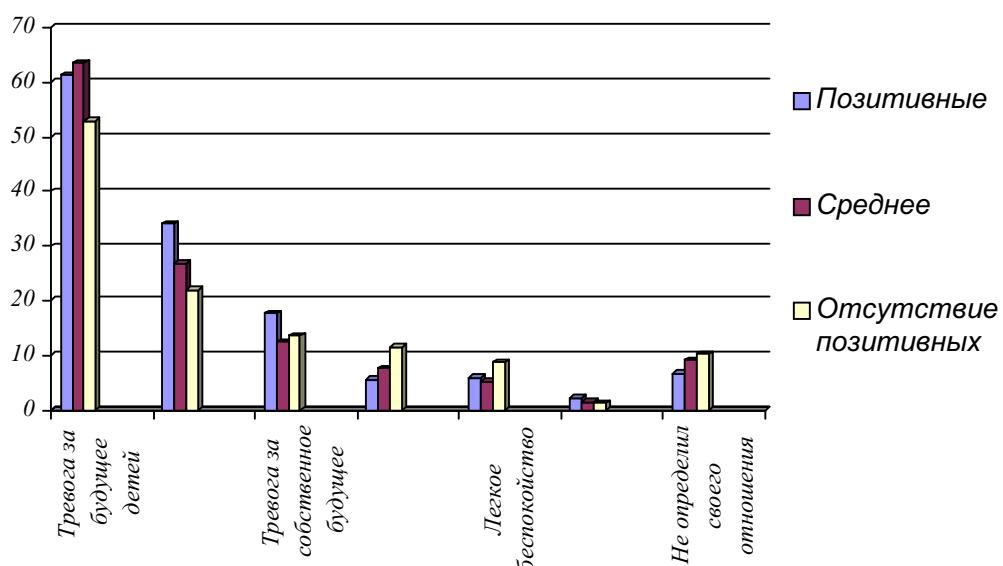


Анализ ответов в зависимости от наличия позитивных целей и установок (диаграмма 12) показал, что у респондентов, не имеющих позитивных уста-

новок, показатель уровня тревоги за будущее государства (22%) в 1,5 раза меньше, чем у опрошенных с позитивными целями и установками (34,1%)

Диаграмма 12

*Распределение ответов в зависимости от наличия позитивных целей и установок*

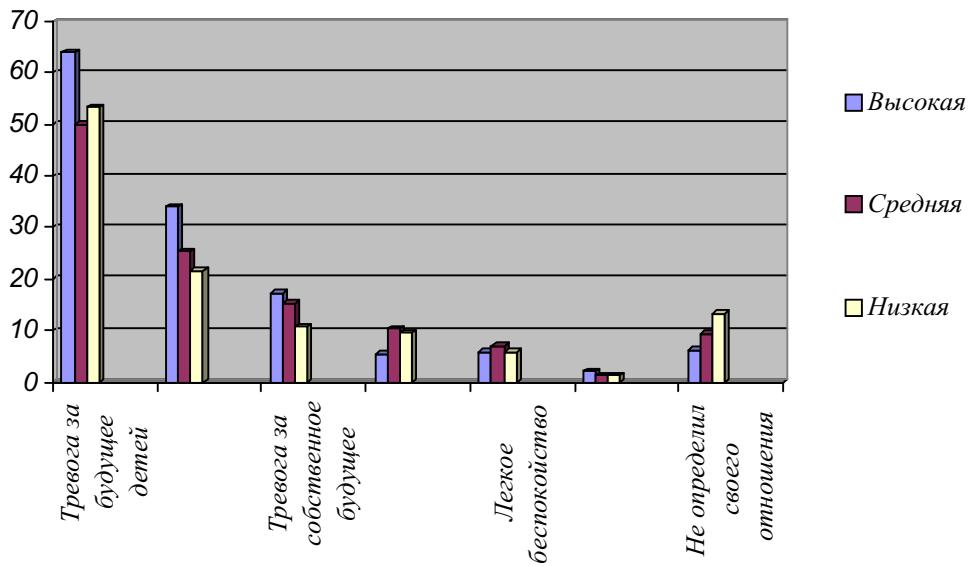


При исследовании ответов в зависимости от информированности о вреде наркотиков (диаграмма 13), определяется, что показатель тревоги за соб-

ственное будущее в группе с низкой информированностью (10,7%) в 1,6 раза ниже, чем в группе с высокой информированностью (17,3%).

Диаграмма 13

*Распределение ответов в зависимости от степени информированности о вреде наркотиков*

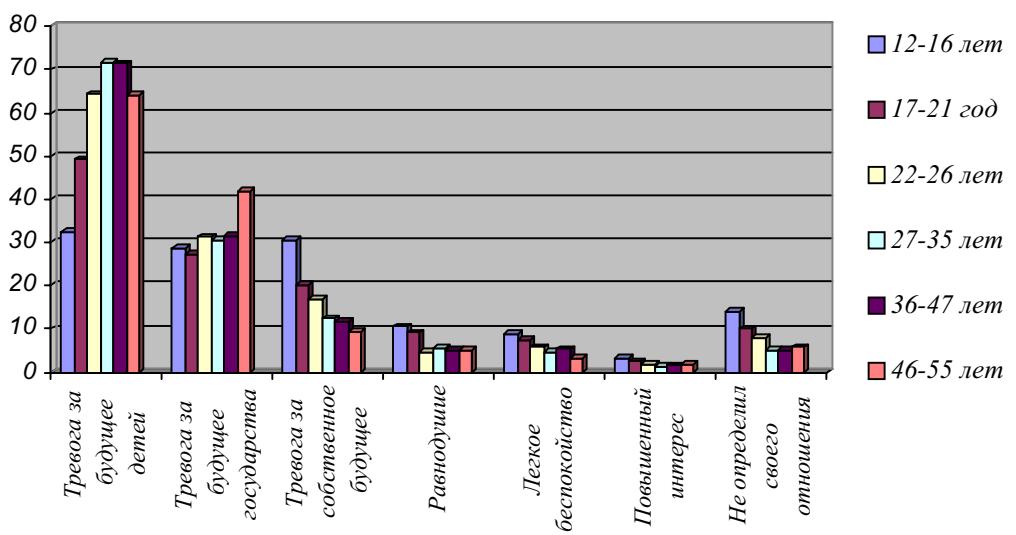


При анализе личного отношения респондентов в зависимости от возраста (диаграмма 14) наблюдается тенденция к повышению роста уровня тревоги за будущее детей от 32,3% в 12-16-летнем возрасте до 71,7% в 27-35 лет (соотношение 2,2:1), с последующим снижением до 64 % к 46-55 годам. В то время как тревога за собственное будущее воз-

никает у 12-16-летних в 30,5%, что в 2,4 раза больше, чем в 27-35 лет (12,4%). Среди 12-16-летних гораздо больше респондентов, испытывающих равнодушие 10,4% (27-35 лет - 5,5%), легкое беспокойство - 8,7% (27-35 лет - 4,7%), повышенный интерес 3,1% (27-35 лет - 1,3%) и не определивших свое отношение к проблеме - 14,1% (27-35 лет - 5,1%).

Диаграмма 14

*Распределение ответов в зависимости от возраста респондентов*

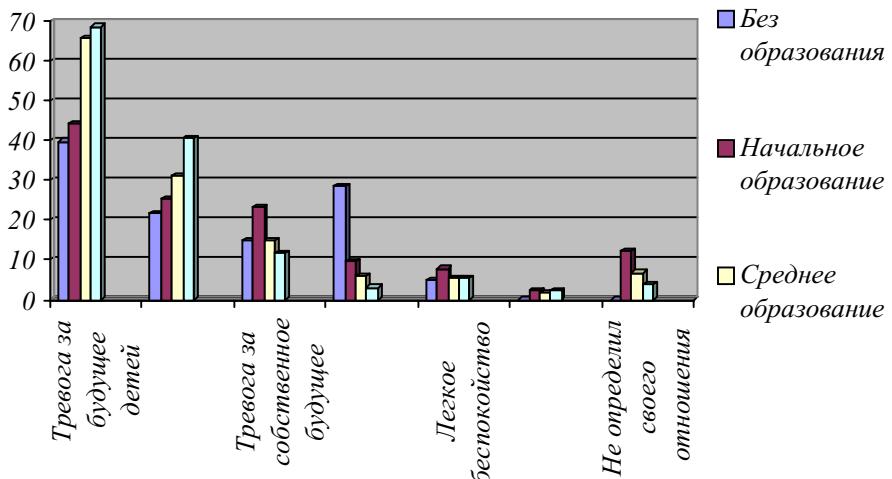


В зависимости от уровня образования (диаграмма 15) были получены следующие результаты: наименьшую тревогу за детей среди опрошенных испытывают респонденты без образования (39,7%), в то время, как у респондентов с высшим образованием - 68,6% (соотношение 1,7). Наименьший показатель тревоги за собственное будущее в группе респондентов с высшим образованием (11,8%), а

самый высокий показатель в группе с начальным образованием - 23,2% (соотношение 1,9:1). Наименьший процент равнодушных в группе с высшим образованием (3%), затем со средним (6%) и начальным образованием (9,7%). Самый высокий процент равнодушно относящихся к проблеме в группе без образования (28,6%), в то время как среди респондентов с высшим образованием 3,9% (соотношение 7,3:1).

Диаграмма 15

*Распределение ответов в зависимости от уровня образования респондента*

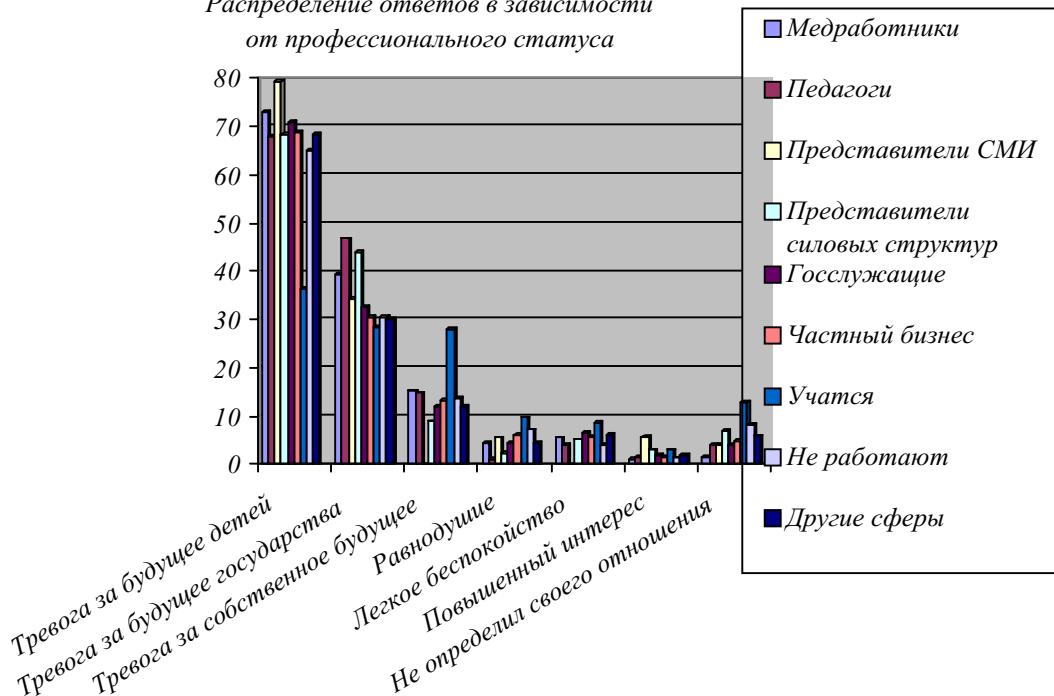


При анализе ответов в зависимости от профессионального статуса (диаграмма 16), выявилось, что по сравнению со всеми группами респондентов, в группе учащихся самый низкий показатель тревоги за будущее детей (36,3%), у представителей СМИ - 79,4% (соотношение 2,2:1), самый высокий показатель тревоги за соб-

ственное будущее - 28,1%, что примерно в 2 раза выше, чем в других группах, также получены самые высокие процентные соотношения показателя равнодушия - 9,7% и не определивших своего отношения к проблеме - 12,7%, что в среднем в 1,5-2 раза больше, чем среди остальных групп опрошенных

Диаграмма 16

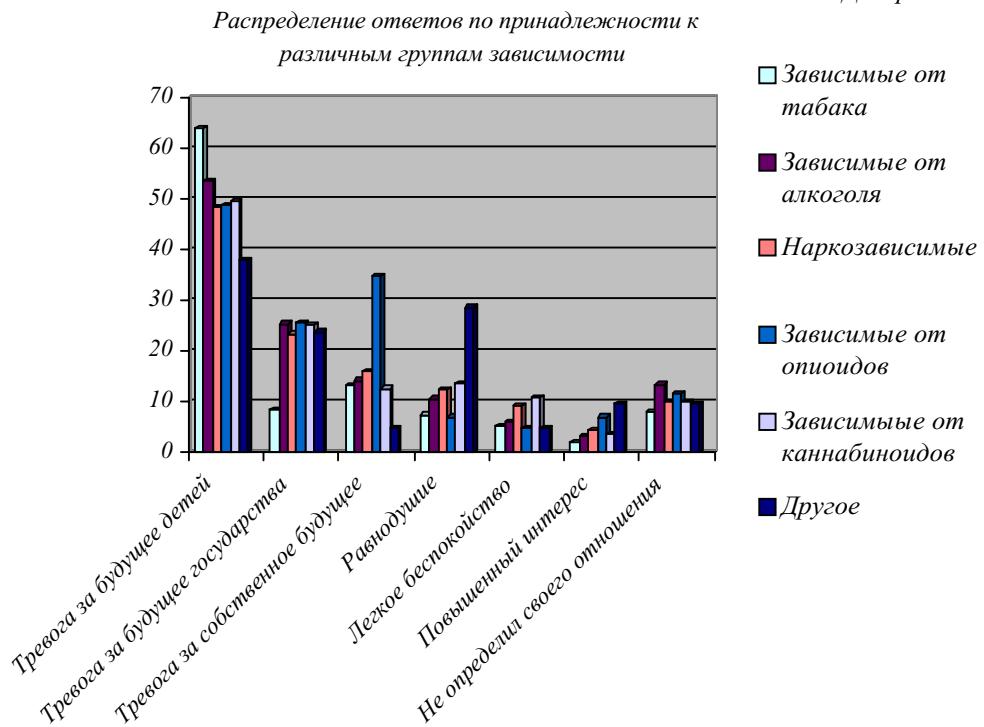
*Распределение ответов в зависимости от профессионального статуса*



Анализ ответов по принадлежности респондентов к различным группам зависимости (диаграмма 17) показал, что уровень тревоги за детей среди наркозависимых (48,3%), зависимых от опиоидов (48,8%) и зависимых от каннабиноидов (49,5%) ниже, чем у зависимых от алкоголя (53,5%) и таба-

ка (63,9%). Процент тревоги за собственное будущее значительно выше в группе зависимых от опиоидов (34,9%), по сравнению с другими группами: наркозависимые - 16%, зависимые от алкоголя - 14,2%, от табака - 13,2% (соотношение 2,4; 2,7; 2,9 : 1).

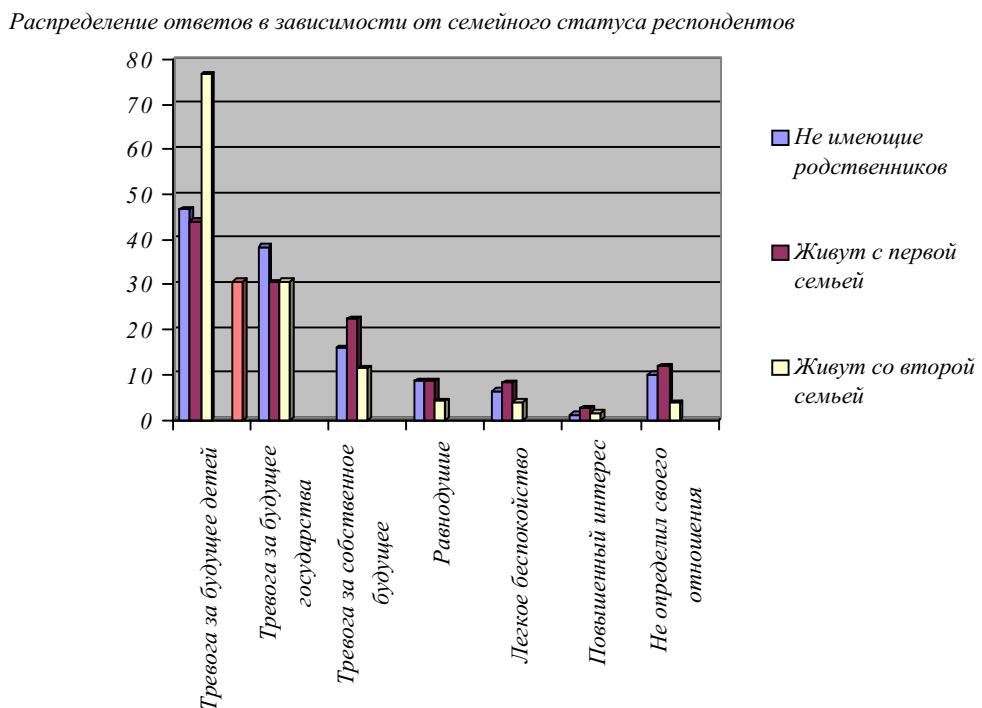
Диаграмма 17



В зависимости от семейного статуса (диаграмма 18) наблюдаются существенные различия величины показателя тревоги за будущее детей в группе живу-

щих со второй семьей (76,5%), по сравнению с живущими с первой семьей (44,1%) и не имеющими родственников (46,8%) (соотношение 1,7 и 1,6:1).

Диаграмма 18

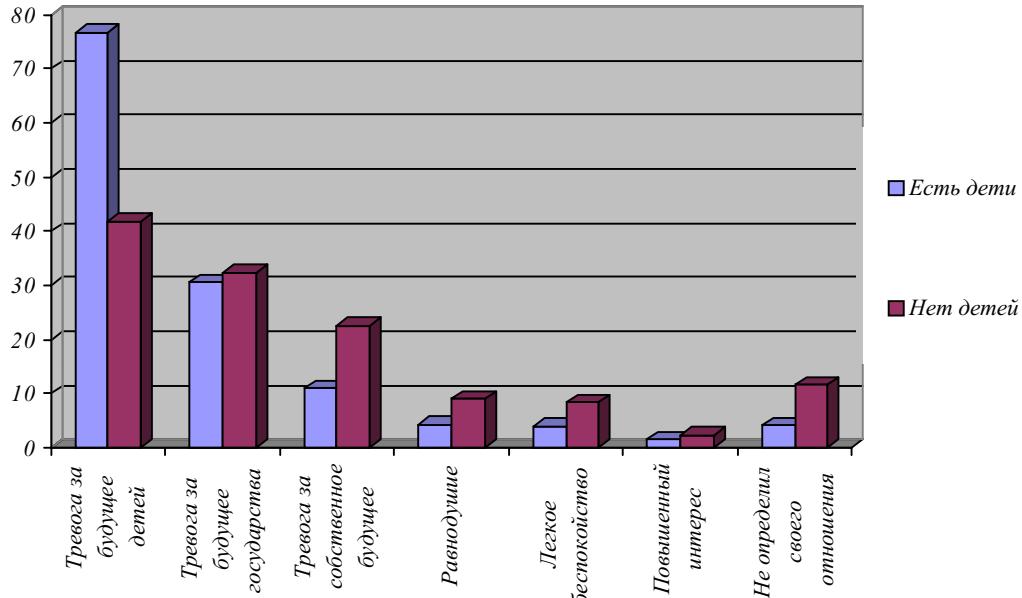


При анализе ответов в зависимости от наличия детей (диаграмма 19) выявлено, что респонденты, имеющие детей, значимо больше испытывают тревогу за их будущее (76,6%), чем не-

имеющие детей (41,8%) (соотношение 1,7:1). За собственное будущее респонденты, не имеющие детей, беспокоятся в 2 раза чаще (22,6%), чем имеющие детей.

Диаграмма 19

*Распределение ответов в зависимости от наличия детей*



Анализ данных о личном отношении населения РК к проблеме наркомании в зависимости от социальной динамики, вовлеченности в религиозное мировоззрение, от социального статуса, национальности, пола и уровня доходов на одного члена семьи значимых различий не выявил.

Значимые различия были получены при анализе ответов в зависимости от степени вовлеченности в орбиту наркотизма, уровня психологического и социального здоровья, качества жизни, уровня локуса контроля, возраста, образования, семейного статуса и наличия детей.

Наиболее существенные различия в этих группах были получены по параметрам: уровень тревоги за будущее детей, тревоги за будущее государства и собственное будущее, равнодушия и определения своего отношения к проблеме.

Высокий уровень психологического здоровья, наличие внутреннего локуса контроля позволяют сформировать активную жизненную позицию и конструктивные отношения к проблеме наркомании, на что необходимо обращать внимание при разработке и внедрении программ по профилактике, лечению и реабилитации зависимостей.

## ОЦЕНКА УРОВНЯ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ О ПРОБЛЕМЕ НАРКОТИЗМА В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА И УРОВНЯ ВОВЛЕЧЕННОСТИ В ОРБИТУ НАРКОТИЗМА

А.С.Каражанова

г. Павлодар

Оценка уровня осведомленности населения о проблеме наркотизма в Республике Казахстан проводилась по следующим параметрам, приведенным в таблице 1.

На графике 1 представлены данные об осведомленности населения РК о природе наркотических веществ. В целом, все население имеет высокий уровень осведомленности по этому вопросу (70,5%). Соотношение респондентов между млад-

шей возрастной группой 7-11 лет и старшой 12-55 лет, относящих к наркотикам химические вещества, которые вызывают физическую и психическую зависимость, составляет 1:1,5. Соотношение респондентов с различным уровнем вовлеченности в орбиту наркотизма с респондентами старшой возрастной группы не имеет существенной разницы. Интересно, что число опрошенных, считающих наркотик токсическим веществом, в два раза больше в

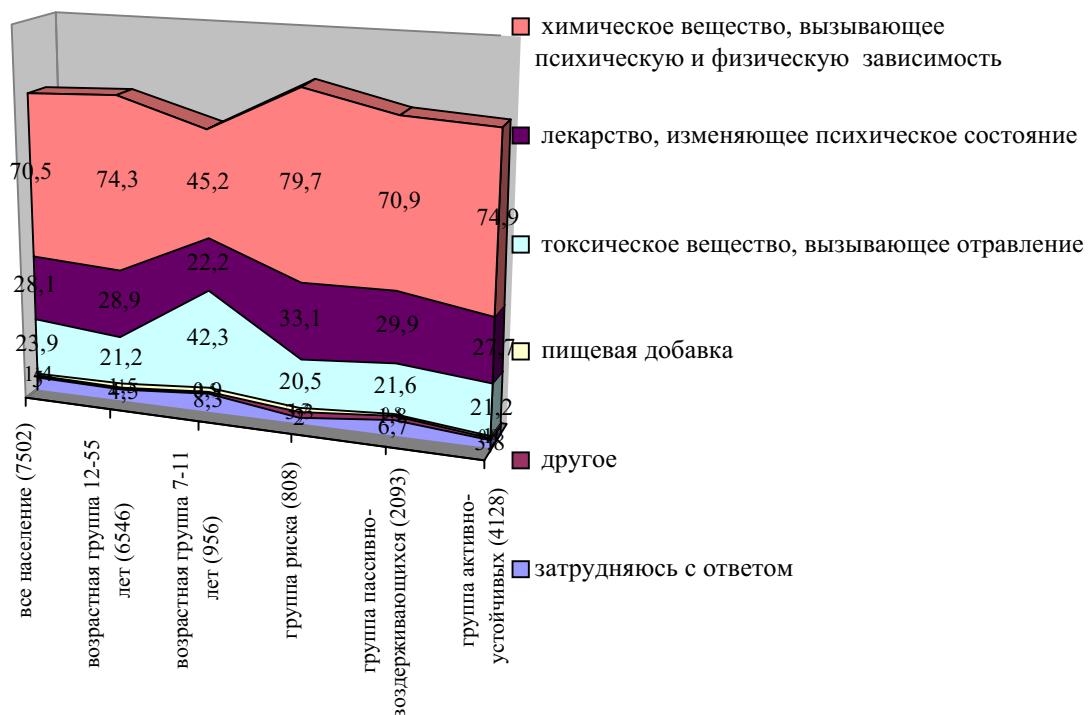
## Учитываемые параметры

1. Осведомленность о наркотических веществах.
2. Осведомленность о веществах, относящихся к наркотическим.
3. Осведомленность о способах употребления наркотических веществ.
4. Осведомленность о воздействии наркотических веществ на человека.
5. Осведомленность о воздействии наркотических веществ на человека сразу после употребления.
6. Осведомленность о воздействии наркотических веществ на человека после длительного употребления.
7. Осведомленность о критериях принадлежности к наркозависимым.
8. Оценка остроты проблемы наркомании в РК.

младшей возрастной группе, чем в старшей и составляет соотношение 1:2. Процент опрошенных, которые считают наркотики лекарством, изменяющим психическое состояние, значимо больше во второй подгруппе риска у респондентов с низким уровнем психологического здоровья и составляет

1:1,5 при сравнении с группой активно-устойчивых. Количество респондентов, не осведомлённых по этому вопросу, больше в младшей возрастной и в группе пассивно-воздерживающихся, при сравнении со старшей возрастной группой представляет соотношение 1,8 : 1; 1,4 : 1.

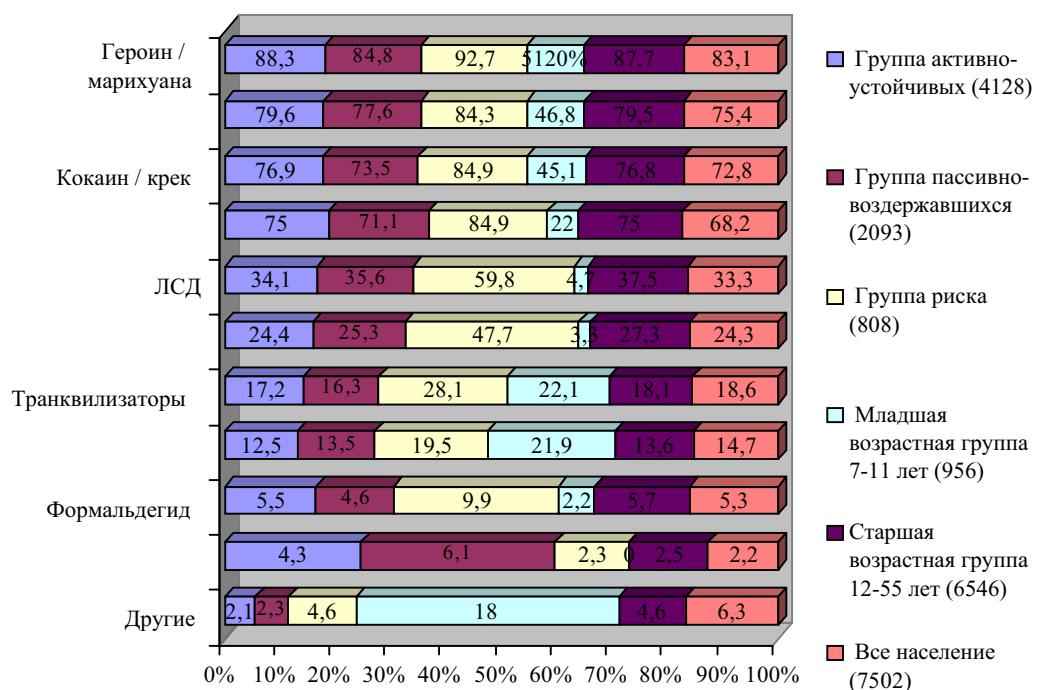
График 1. Представление о наркотических веществах



Следующий график 2 показывает уровень осведомленности о веществах, относящихся к наркотикам. Так, при опросе выявлено, что население РК в целом имеет высокий уровень осведомленности о таких наркотических веществах как героин/марихуана, анаша/гашиш, кокаин/крек, опиум/морфий. Младшая возрастная группа 7-11 лет менее осведомлена об этих веществах и имеет существенную разницу в сравнении со старшей возрастной группой в соотношении 1: 1,7 , с группой риска соотношение 1: 1,8 . Осведомленность населения о галлюциногенах (ЛСД, экстази), как о наркотических веществах, гораздо ниже и составляет 33,3%, 24,3% соответственно. Это характерно для всех респон-

дентов независимо от принадлежности к той или иной группе. Также необходимо отметить, что младшая возрастная группа осведомлена об этих наркотических веществах значительно хуже в сравнении со старшей возрастной группой и составляет соотношение 1:7, 1:8 соответственно. О транквилизаторах, как о наркотическом веществе, менее всех осведомлены респонденты группы пассивно-воздерживающихся, что составляет существенную разницу при сравнении с группой риска 1:1,7. Число опрошенных, относящих алкоголь к наркотическим веществам, больше в младшей возрастной группе, чем в старшей и имеет соотношение 1:1,6 , а также в группе риска и составляет соотношение 1:1,5 при

График 2. Осведомленность о веществах, относящимся к наркотикам.



сравнении с группой активно-устойчивых. Среди опрошенных младшей возрастной группы не нашлось таких, которые не знали бы ни одного наркотического вещества.

Анализируя следующий график 3, можно говорить о среднем уровне осведомленности населения РК, о способах употребления наркотических веществ. Наиболее распространенным является мнение, что наркотические вещества вводятся внутривенно (69,5%) и здесь не было выявлено существенных различий между отдельными группами респондентов. О таких способах введения наркотических веществ как курение, ингаляции разница в осведомленности между различными группами также не существенна. Количество респондентов, считающих, что употребление наркотических веществ возможно любым из перечисленных способов, значительно больше в группе риска и составляет в сравнении с группой активно-устойчивых соотношение 1:1,4, а при сравнении с младшей возрастной группой 1:6.

Информацию об уровне осведомленности о воздействии наркотических веществ на человека можно получить в графике 4. Необходимо отметить, что уровень осведомленности населения является средним (56,9%). О том, что наркотические вещества вызывают галлюцинации, эйфорию, опьянение менее всех осведомлены респонденты младшей

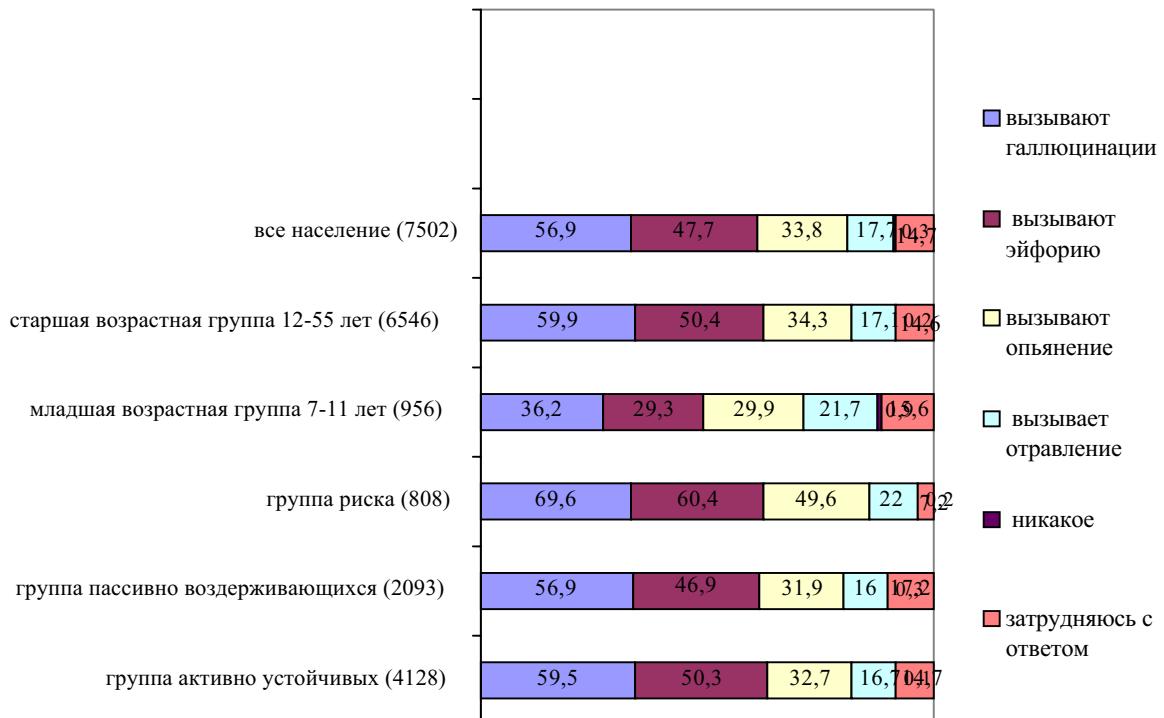
возрастной группы. При сравнении со старшей возрастной и группами с различным уровнем вовлеченности в орбиту наркотизма составляет соотношение 1:1,7. Особое внимание необходимо обратить на то, что опрошенные среди младшей возрастной группы считают, что не существует никакого воздействия наркотиков на организм, в отличие от старшей возрастной и группы пассивно воздерживающихся, где число придерживающихся этого мнения гораздо меньше в соотношении 1:3. Около 15% населения вообще ничего не знают о последствиях употребления наркотических веществ и при сравнительном анализе между возрастными группами существенных различий не выявлено.

Воздействие наркотических веществ на человека сразу же после их употребления характеризуется, в зависимости от вида наркотика, либо приливом сил и бодрости, либо сонливостью и головокружением. Более осведомленными оказались респонденты группы риска в сравнении с группами активно устойчивых и пассивно воздерживающихся 1:1,6. Затрудняющиеся с ответом на этот вопрос значительно больше в группе пассивно воздерживающихся в сравнении с группой риска 1:1,7. Интересно, что ответы старшей возрастной группы более близки по своему значению к ответам респондентов из группы активно-устойчивых.

*График 3. Осведомленность о способах употребления наркотических веществ*



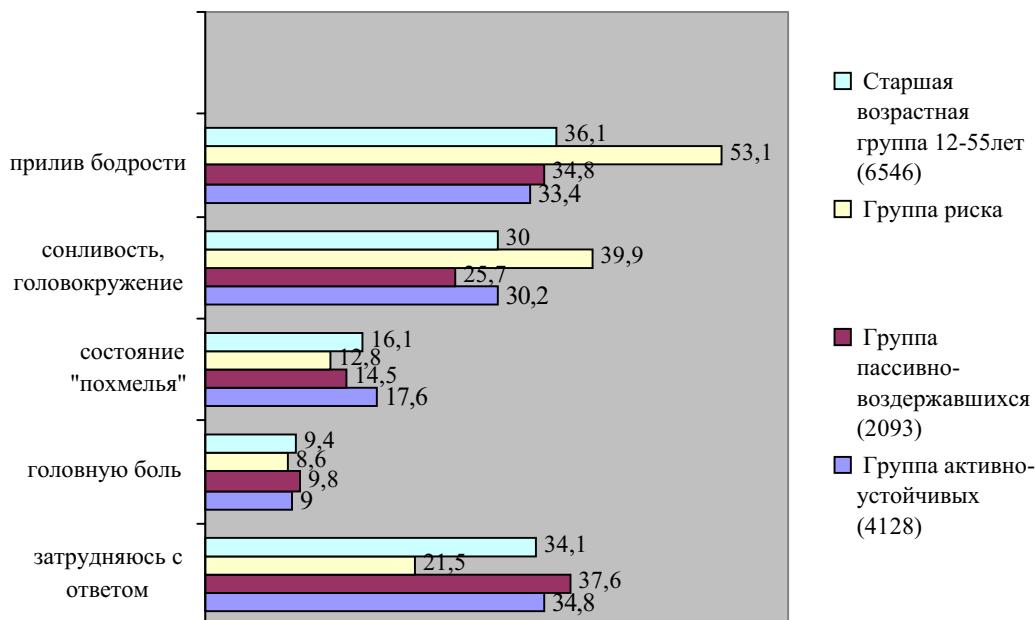
*График 4. Осведомленность о воздействии наркотических веществ на человека.*



На следующем графике 6 представлена осведомленность населения РК о воздействии наркотических веществ на человека после длительного употребления. Так о том, что после длительного применения наркотиков у человека происходят тяжелые изменения психики и быстрая утрата физического здоровья осведомлены 61% населения, а при сравнительном анализе между различными группами респондентов существенных различий не выявлено. Количество респондентов, считающих, что при этом происходит утрата физического здоровья с

риском заболевания СПИД и ранняя смерть, а также отрицательное влияние на развитие умственных способностей, меньше в младшей возрастной группе в соотношении 1:1,4. Настораживает тот факт, что почти 6% опрошенных не осведомлены об отрицательном воздействии наркотиков на организм. При этом респондентов младшей возрастной и группы пассивно воздерживающихся больше, по сравнению со старшей возрастной группой в соотношении 1:1,4, а с группой риска 1:4,3.

*График 5. Осведомленность о воздействии наркотических веществ на человека сразу после употребления.*

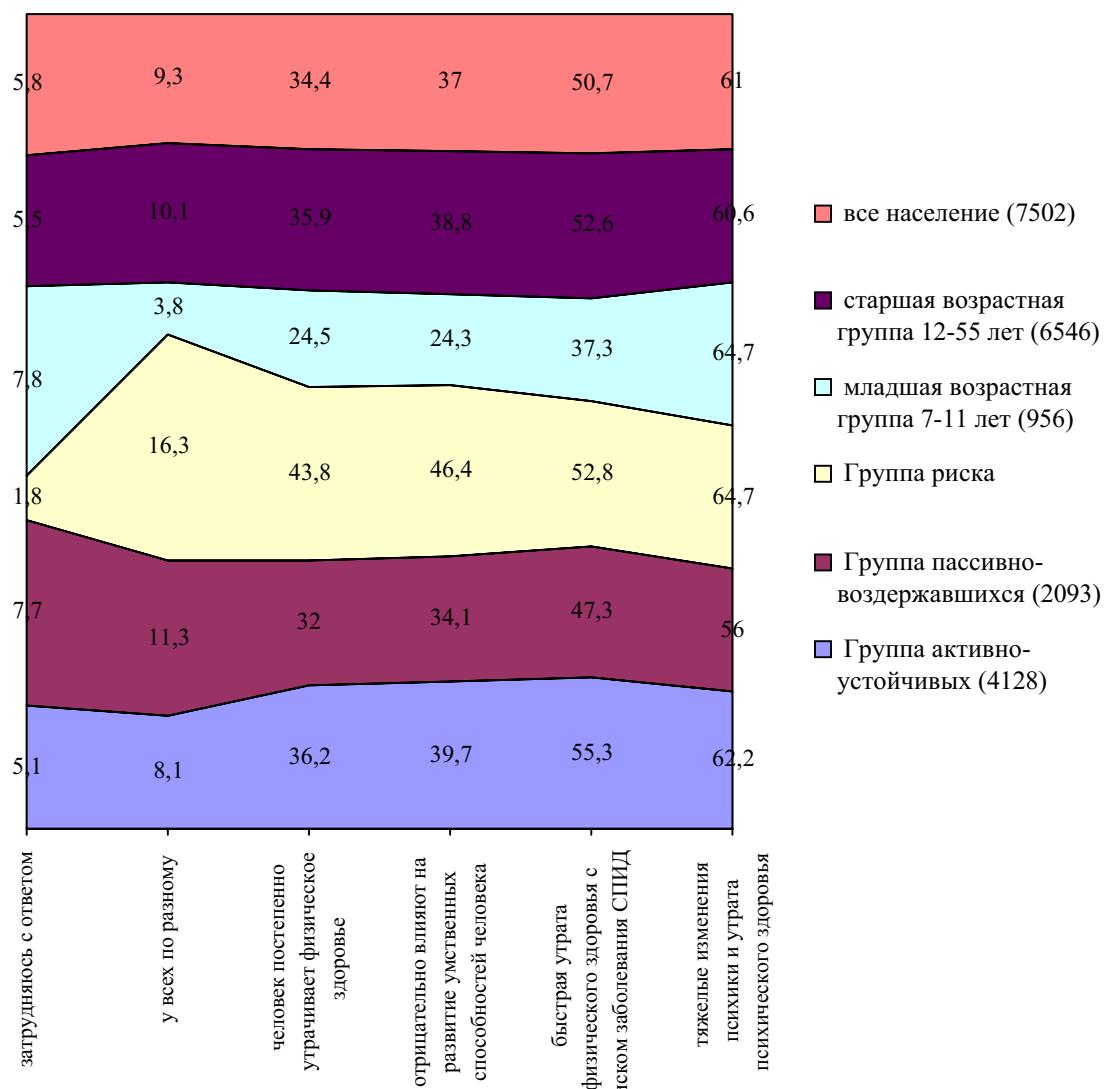


Следующий график 7 дает представление об осведомленности населения о критериях принадлежности к наркозависимым. В общем население имеет средний уровень осведомленности об этих критериях 61,8%. Респондентов младшей возрастной группы, относящих к наркозависимым всех, кто хотя бы раз пробовал наркотик или употреблял в течении определенного количества времени, гораздо больше, чем респондентов в старшей возрастной группе в соотношении 1:3,3. Затрудняющиеся с ответом на вопрос о критериях принадлежности к наркозависимым, значительно больше в младшей возрастной группе в соотношении 1:3,4.

Следующий график 8 представляет общее восприятие проблемы наркомании в РК. Так, наиболее распространенное мнение респондентов заключа-

ется в понимании того, что данная проблема стоит остро в нашей республике и это связано с распространением наркомании и отрицательными её последствиями. При анализе такой точки зрения существенной разницы между респондентами старшей возрастной группы и респондентами различного уровня вовлеченностя в орбиту наркотизма не выявлено. Почти каждый десятый опрошенный не выделяет проблему наркомании в ряду других социальных проблем. При этом респондентов, придерживающихся такого мнения, значительно больше в группе риска, чем в группе активно-устойчивых 1:1,4. Число респондентов, возлагающих ответственность за эту проблему на государственных чиновников, значительно больше в группе риска в сравнении с группой активно-устойчивых 1:6,4.

*График 6. Осведомленность о воздействии наркотических веществ на человека после длительного применения*



Анализируя приведенные данные, можно сделать следующие выводы.

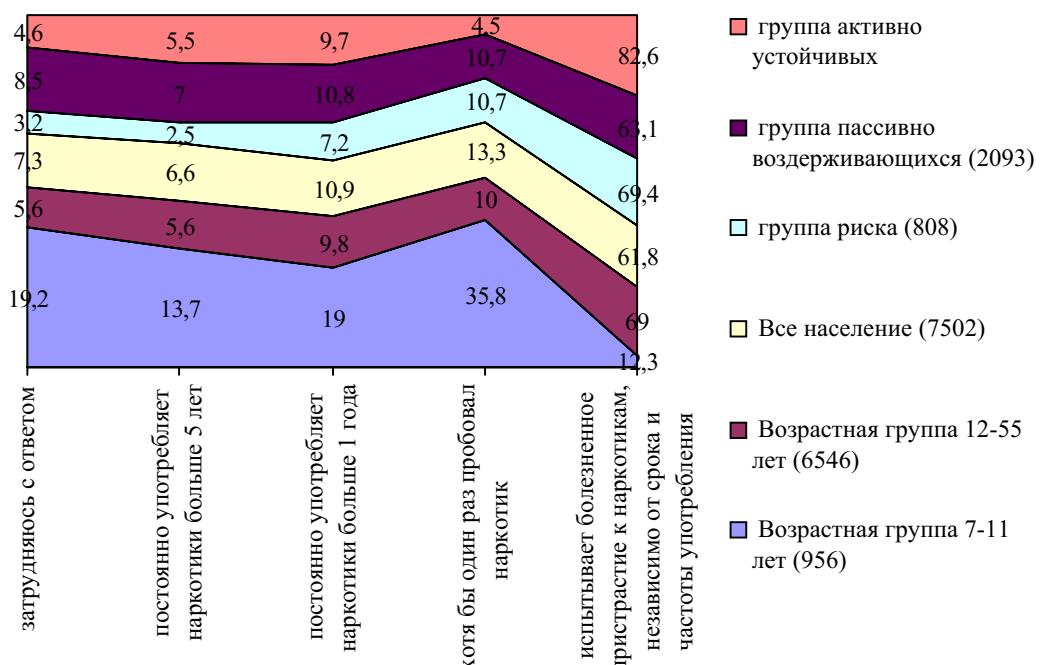
1. В целом уровень осведомленности населения РК о наркотических веществах, способах их употребления и последствиях является средним. Наименее осведомленной частью населения относительно проблем наркотизации является младшая возрастная группа 7-11 лет. Относительно более высокий уровень осведомленности у респондентов из группы риска.

2. При оценке остроты проблемы наркомании респонденты группы активно устойчивых более реально оценивают эту ситуацию и не перекладывают эту ответственность на других.

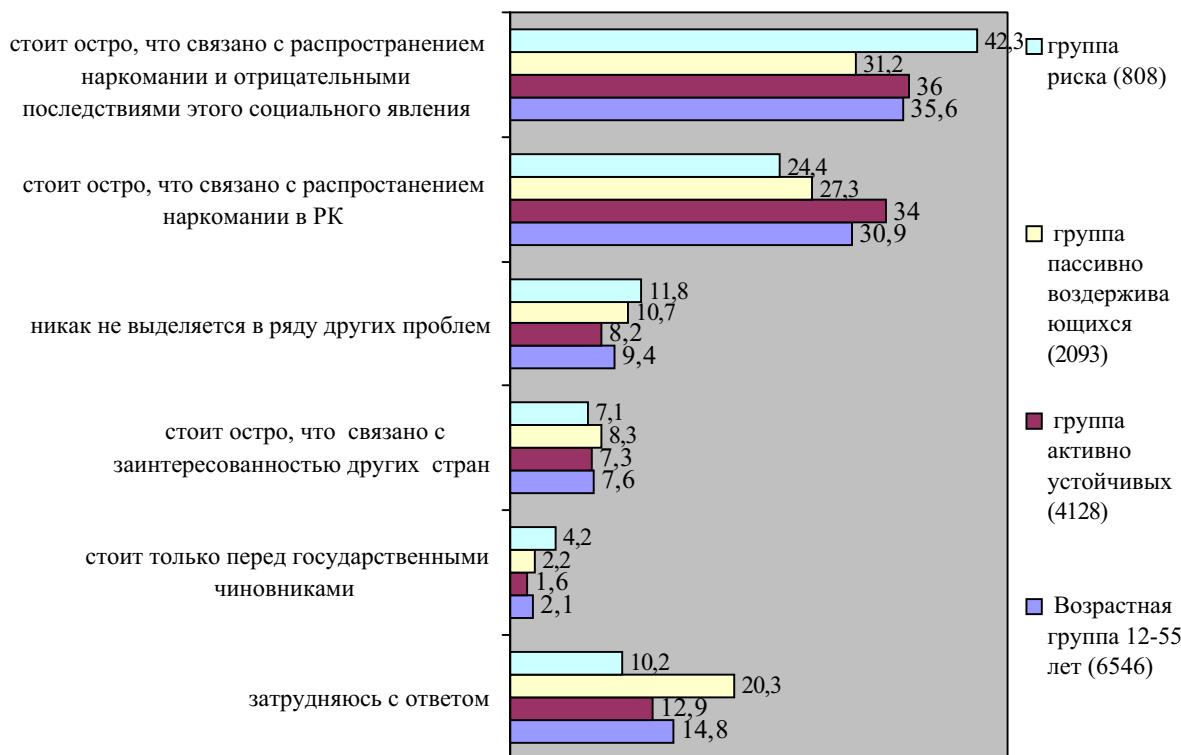
Таким образом, при проведении профилактики и реабилитации можно опираться на данные, полученные при этом исследовании.

Также необходимо проводить работу с целью повышения осведомленности детей и их родителей о последствиях наркозависимости.

*График 7. Осведомленность о критериях принадлежности к наркозависимым.*



*График 8. Оценка остроты проблемы наркомании в РК*



## ПРЕДСТАВЛЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ О СТЕПЕНИ ОТВЕТСТВЕННОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ИНСТИТУТОВ И СУБЪЕКТОВ В ОТНОШЕНИИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НАРКОЗАВИСИМОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

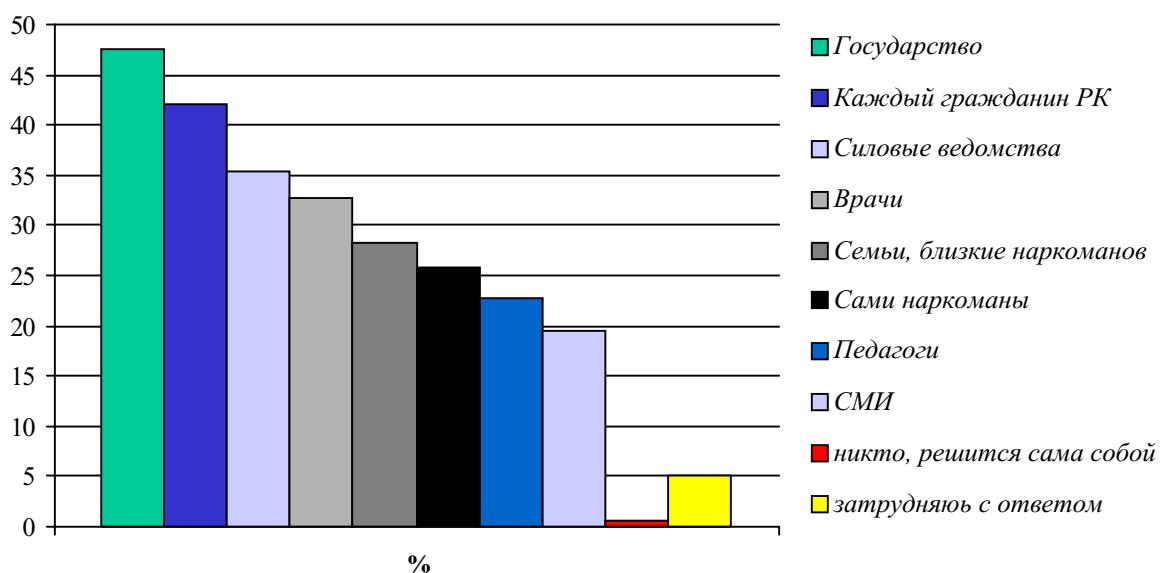
С.Н.Молчанов, В.С.Красникова

г.г. Алматы, Павлодар

В ходе проведенного многоуровневого исследования проблемы распространения наркозависимости среди населения Республики Казахстан выявлены существенные различия в представлениях об ответственности за конструктивное решение данной проблемы среди различных групп населения РК.

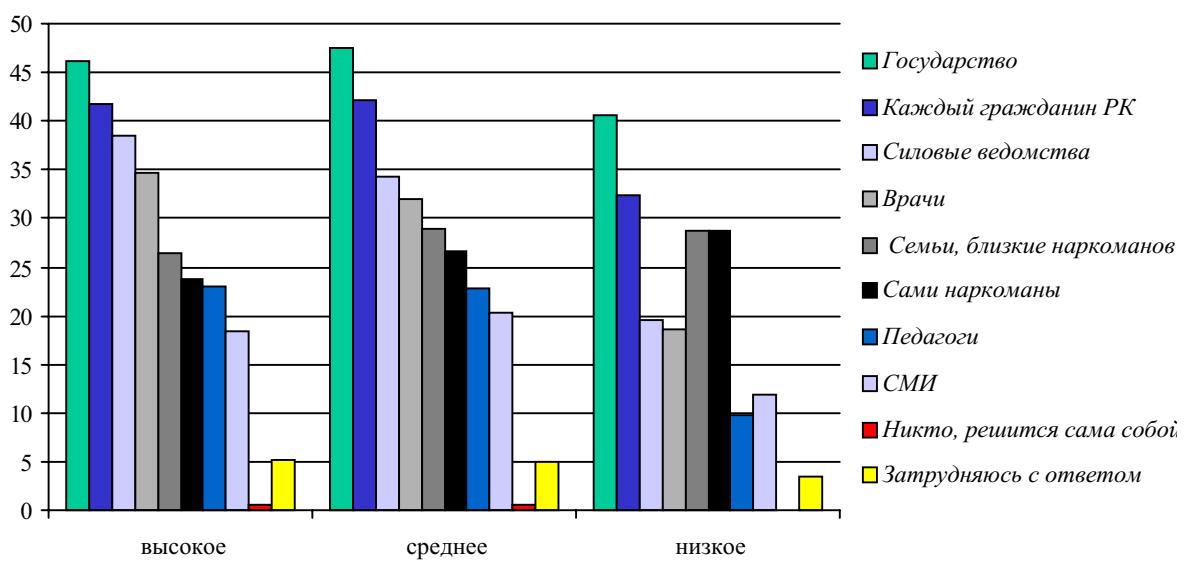
Диаграмма № 1 отражает мнение всех опрошенных респондентов, кто должен решать эту про-

блему в Республике Казахстан. Как видно, 47,1% высказались за решение проблемы государством, 42% считают это проблемой каждого гражданина РК, 35,4% силовых ведомств, 32,7% врачей, 28,2% семей наркоманов, 22,7% самих наркоманов, 19,6% СМИ; ответ “Никто. Решится сама собой” дали 0,6%, затруднились с ответом 5% всех опрошенных.



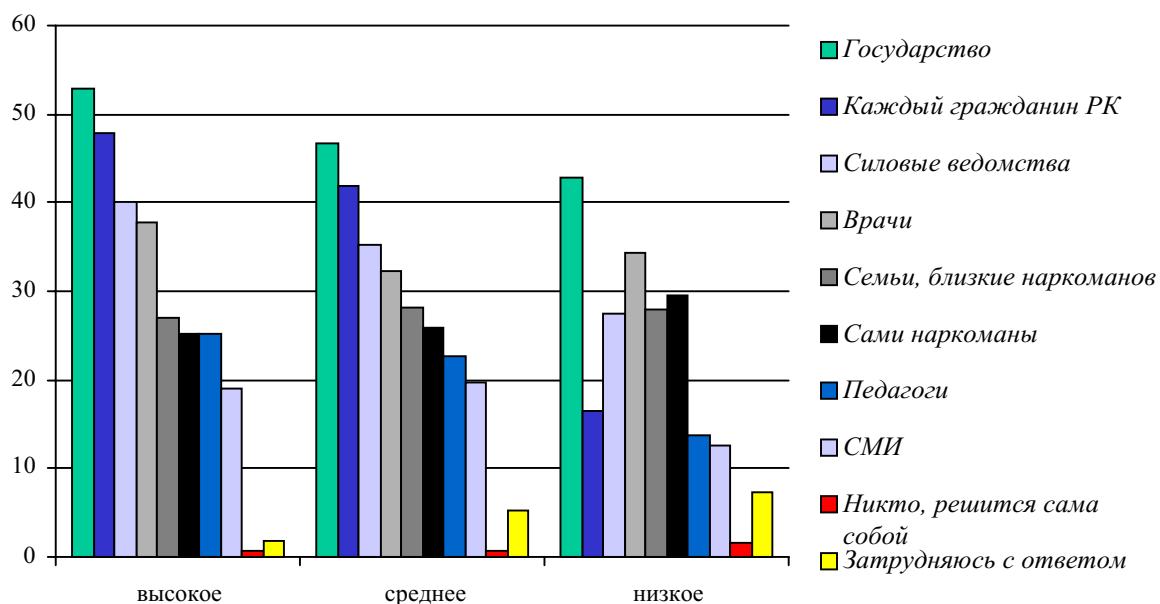
В диаграмме № 2 отражено мнение опрошенных в зависимости от уровня психического здоровья, здесь существенная разница видна в оценке роли силовых ведомств и врачей,

т.е. респонденты с высоким уровнем психического здоровья в 2 раза; и в 1,8 раза выше оценили роль данных структур, чем респонденты с низким уровнем.



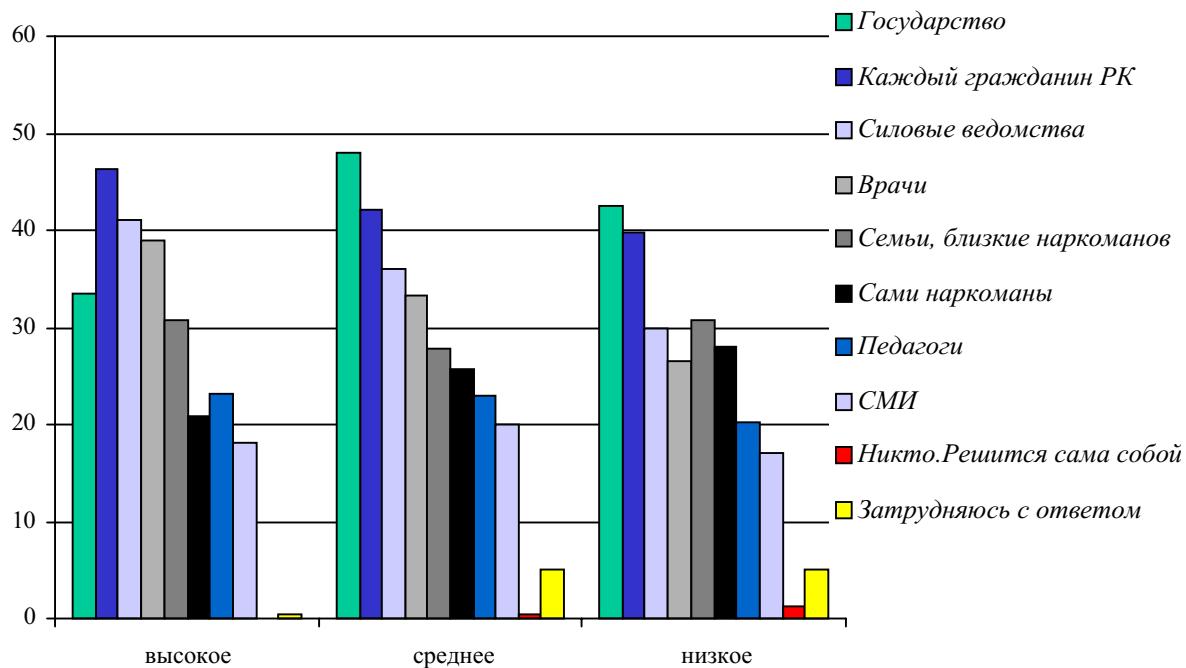
В диаграмме № 3 отражено мнение респондентов в зависимости от уровня психологического здоровья: так, среди респондентов с высоким уровнем психологического здоровья, выявились разности в 1,2 раза с теми, у кого оно более низкое при оценке роли государства в решении проблемы наркомании, респонденты с высоким уровнем психологического здоровья роль государства

дарства оценивают выше. Также они в 2,8 раза выше оценивают роль каждого гражданина РК, в 1,4 раза роль силовых ведомств, в 1,8 раза вклад педагогов в решение этой проблемы. Затруднившихся с ответом, среди опрошенных с низким уровнем психологического здоровья, было в 3,8 раза больше, чем с высоким уровнем психологического здоровья.



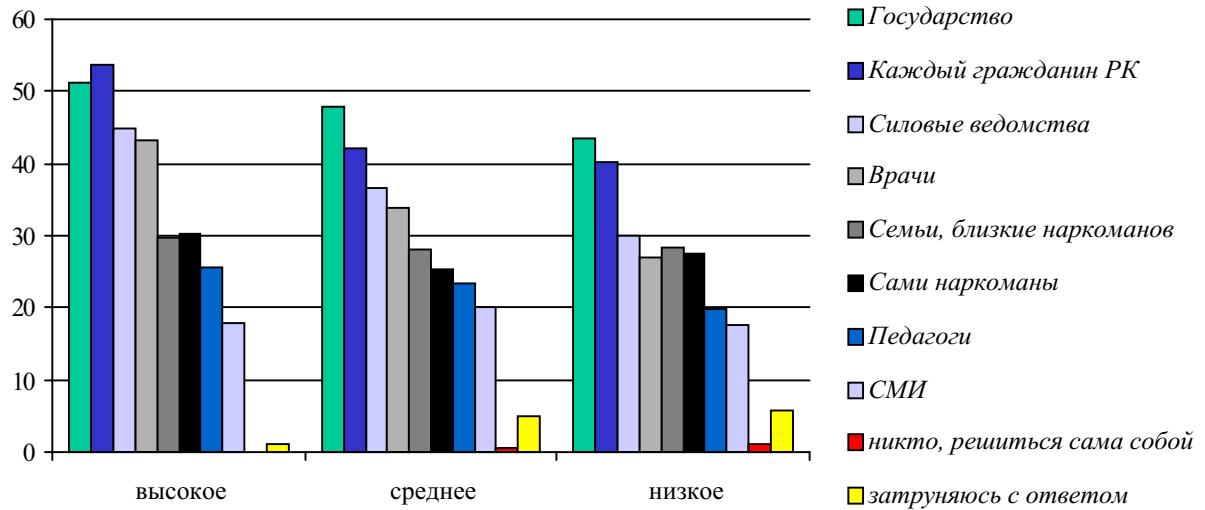
В диаграмме № 4 отражено мнение опрошенных в зависимости от общего психического здоровья: единственно существенная разница состоит

в том, что среди опрошенных с низким уровнем общего психического здоровья в 10 раз больше тех, кто затруднился с ответом.



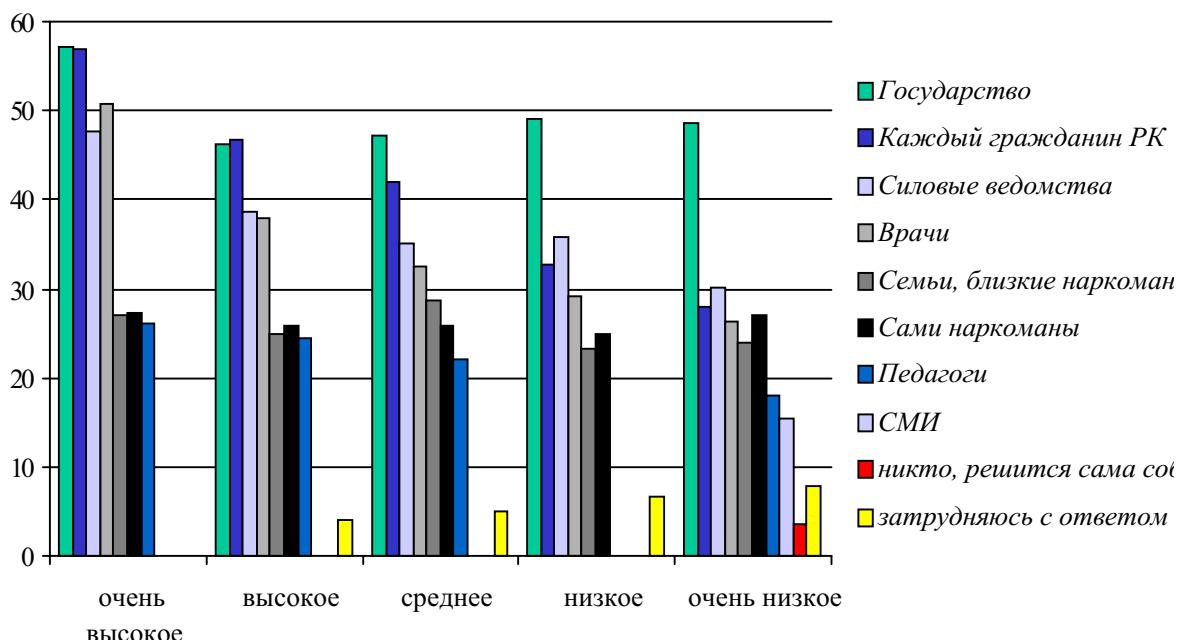
В диаграмме № 5 показано представление опрошенных в зависимости от уровня социального здоровья: респонденты с высоким уровнем социального здоровья оценивают роль силовых ведомств в 1,4, врачей в 1,6 раза больше, чем респонденты с

низким уровнем социального здоровья. Среди этой категории опрошенных затруднившихся с ответом было в 6 раз меньше чем среди опрошенных с низким уровнем социального здоровья. По остальным позициям существенных различий нет.



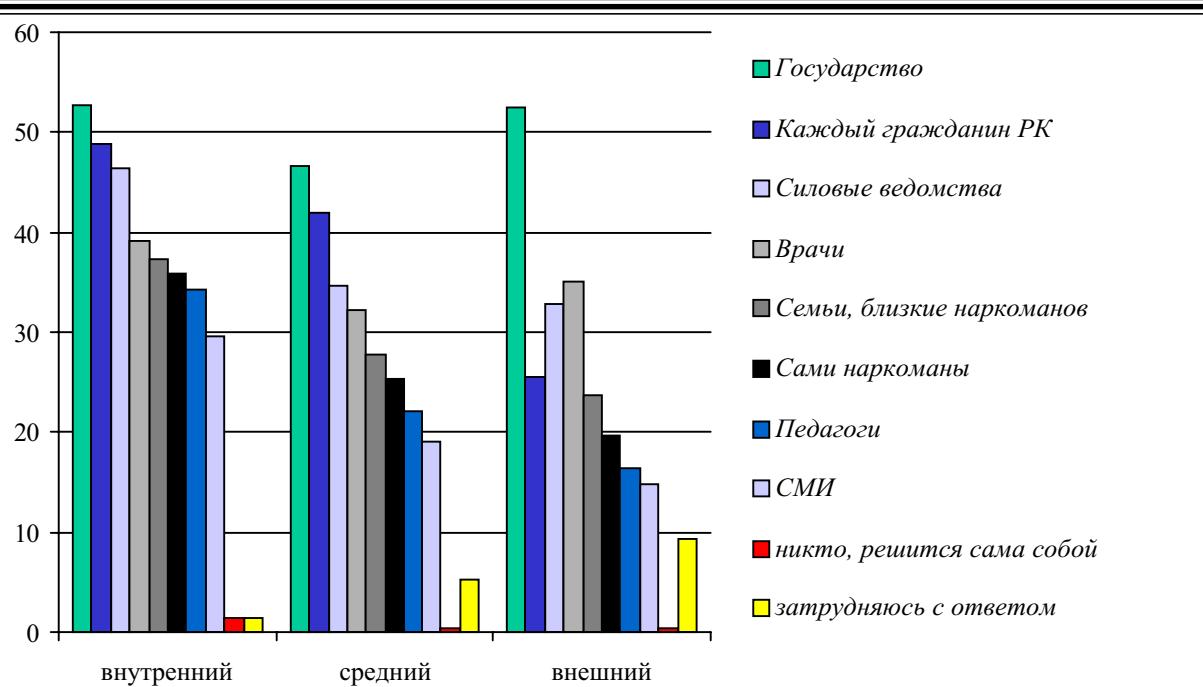
В диаграмме № 6 показано представление опрошенных в зависимости от уровня качества жизни: существенные различия отмечаются в оценке роли врачей, силовых ведомств, каждого гражданина РК; т. е. респонденты с более высоким

качеством жизни оценили выше в 1,9; в 1,5; в 2 раза соответственно, чем респонденты с более низким качеством жизни, среди них также в 4,6 раза было больше тех, кто затруднился с ответом.



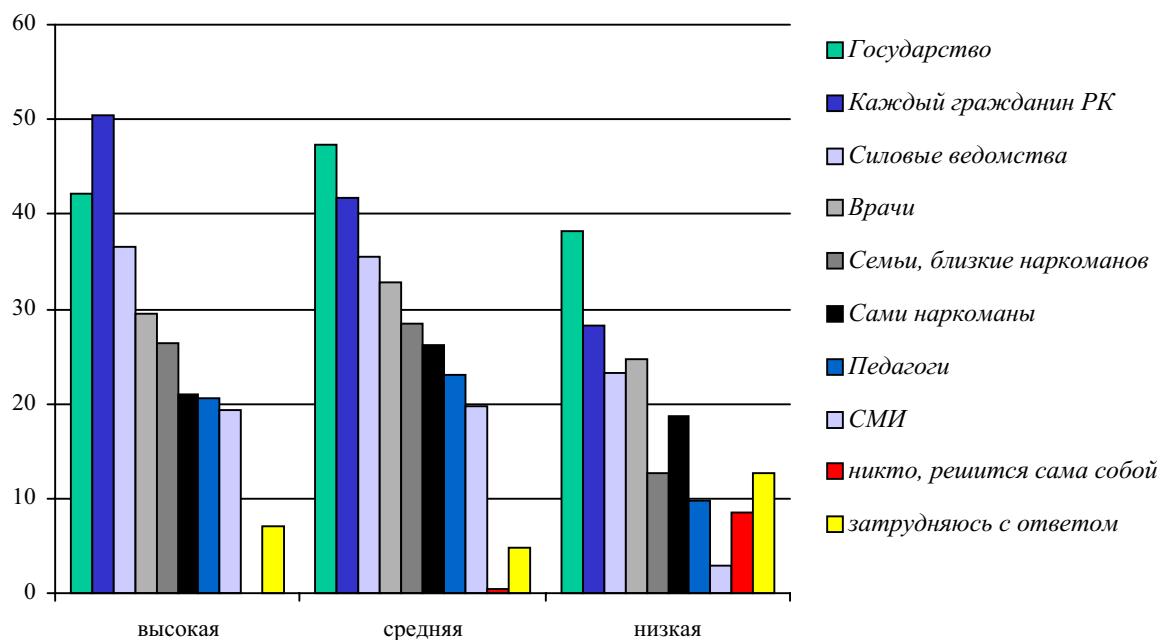
В диаграмме № 7 отражено мнение респондентов в зависимости от уровня локуса контроля: респонденты с внутренним локусом контроля оценили выше, чем респонденты с внешним локусом контроля роль: каждого гражданина РК в 1,9; силовых ведомств в 1,4 раза; семей нар-

команов в 1,5; самих наркоманов в 1,8 раза; педагогов в 2; СМИ в 2 раза. Затруднившихся с ответом среди респондентов с внешним локусом контроля было в 6,7 раз больше, чем среди респондентов с внутренним локусом контроля.



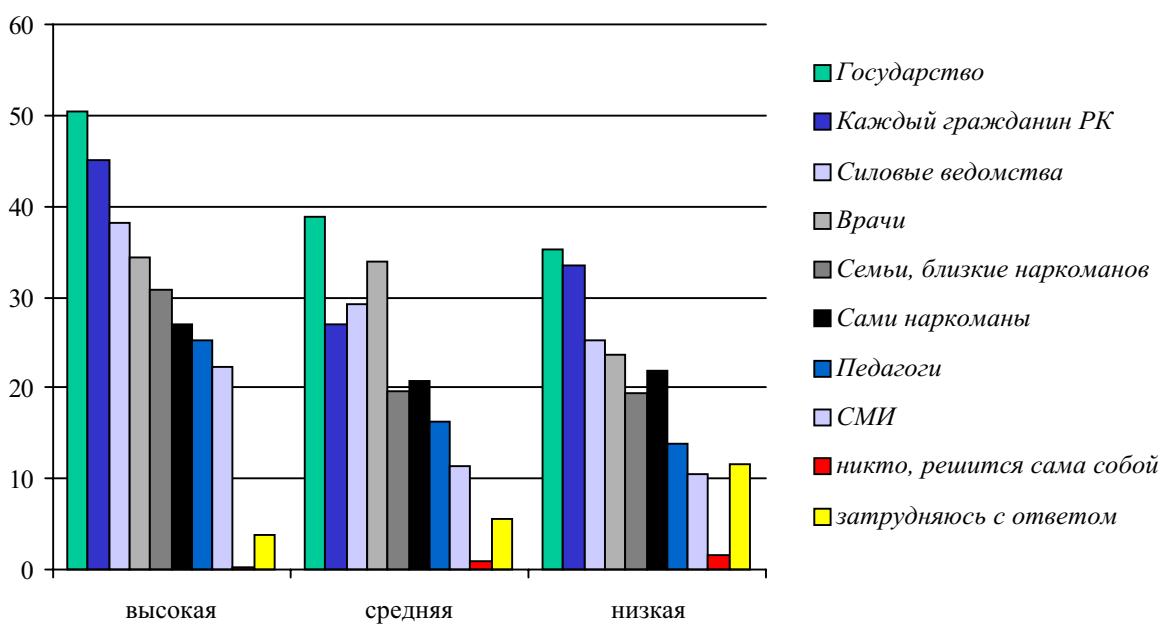
В диаграмме № 8 показано представление опрошенных в зависимости от степени заинтересованности собственным здоровьем. Так, среди опрошенных с высокой степенью заинтересованности собственным здоровьем в 1,7 раза больше тех, кто счи-

тает, что данную проблему должно решать государство, в 1,6 раза силовые ведомства, в 2 раза семьи наркоманов, в 2,1 раза педагоги, в 6,4 раза СМИ, чем среди опрошенных с низкой степенью заинтересованности собственным здоровьем



В диаграмме № 9 отражено мнение респондентов в зависимости от степени информированности о вреде наркотиков. Респонденты с высокой степенью информированности о вреде наркотиков в 1,4 раза больше считают, что проблему должно решать государство, в 1,5

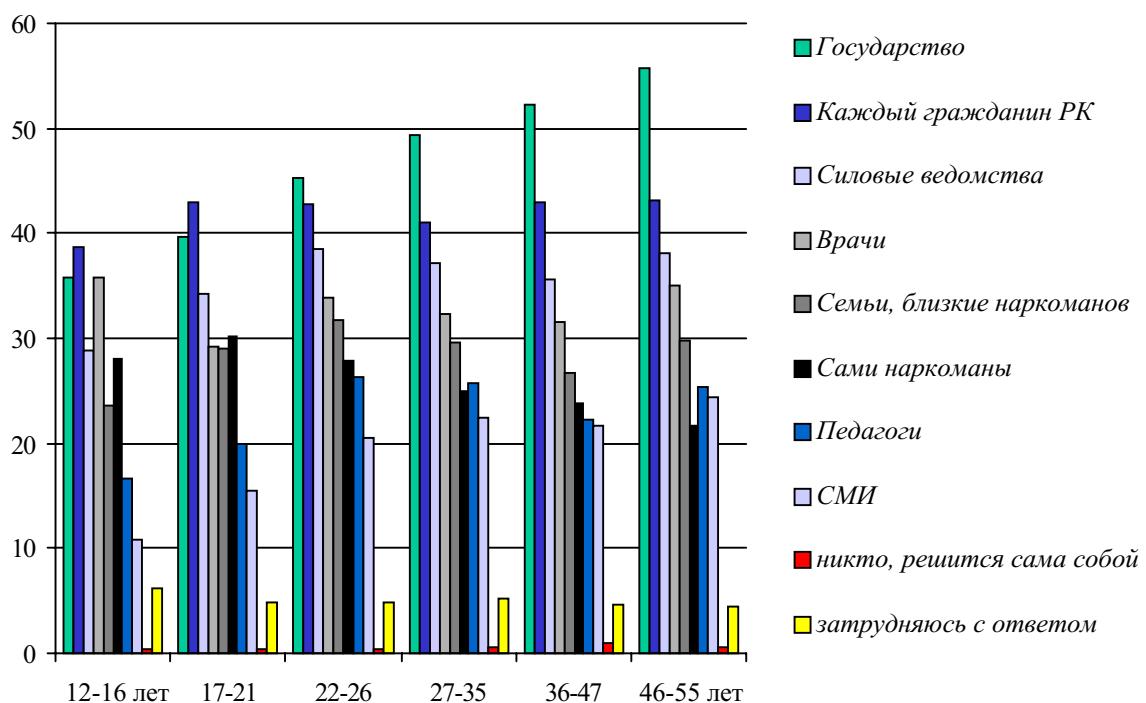
раза силовые ведомства, в 1,8 раза педагоги, в 2,1 раза СМИ; в то же время среди респондентов с низкой степенью информированности в 5,3 раза больше тех, кто считает, что проблема решиться сама собой и в 3,1 раза тех, кто затруднился с ответом.



В диаграмме № 10 показано представление опрошенных в зависимости от возраста.

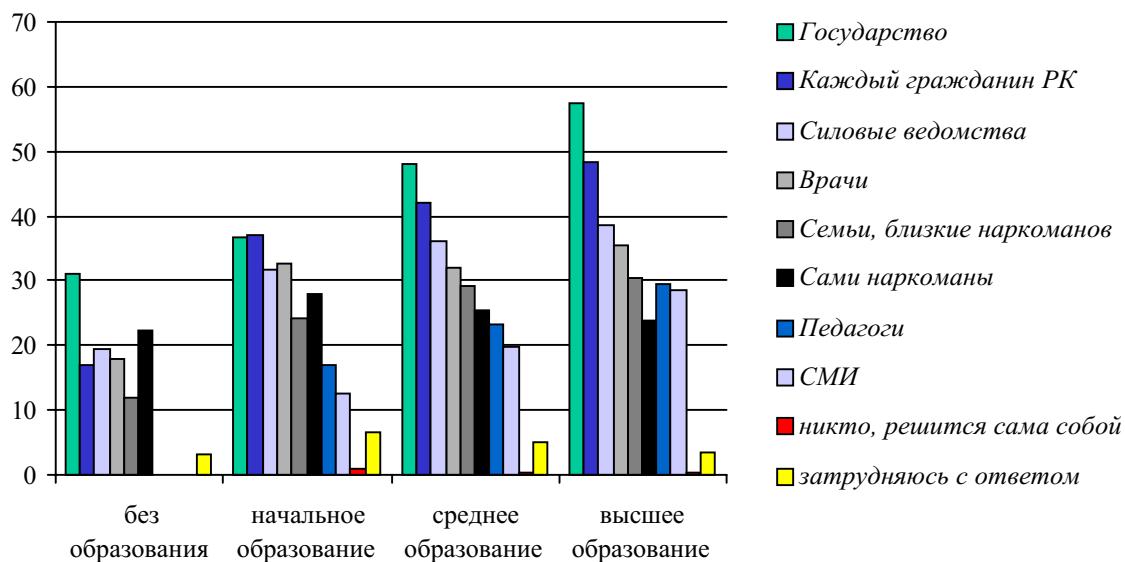
Как вы видите, с увеличением возраста,

респонденты начинают больше доверять: каждому гражданину РК, педагогам, СМИ и государству.



В диаграмме № 11 показано представление респондентов в зависимости от уровня образования. Результаты исследования показывают, что среди респондентов с высшим образованием в 1,8 раза больше тех, кто считает, что проблему

должно решать государство, в 2,8 раза каждый гражданин РК, в 2 раза силовые ведомства, в 2 раза врачи, в 2,5 раза семьи и близкие наркоманов. Респонденты без образования роль педагогов и СМИ вообще не отметили.



По таким критериям как: вовлечённость в орбиту наркотизма, соматическое здоровье, социальная динамика, скорость адаптации, цели и установки, вовлечённость в религиозное мировоззрение, социальный статус, место проживания, национальность, семейный статус, пол респондента, доход на одного члена семьи - существенных различий не выявлено.

Таким образом, наиболее значимые различия от-

мечаются в группах респондентов, по таким критериям как: уровень локус контроля, психологического здоровья, образования. Следовательно, профилактические и реабилитационные программы должны быть ориентированы на развитие в целевых группах внутреннего локуса контроля, высокого уровня психологического здоровья, повышение уровня образования, как одних из составляющих феномена антинаркотической устойчивости.

## ОЦЕНКА УРОВНЯ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН О ПРОБЛЕМАХ НАРКОТИЗМА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ПО УРОВНЯМ СОМАТИЧЕСКОГО, ПСИХИЧЕСКОГО, ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО И СОЦИАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ

А.З.Нургазина, В.С.Красникова

г.г. Алматы, Павлодар

Оценка уровня осведомленности населения Республики Казахстан о проблеме наркотизма, в ходе проведенного комплексного исследования данной проблемы, проводилась по критериям, приведенным на диаграмме 1.

1. Оценка осведомленности о воздействии наркотических веществ на человека сразу и после употребления.
2. Оценка осведомленности о воздействии наркотических веществ на состояние человека после длительного их применения.
3. Оценка остроты проблемы наркомании в РК.
4. Оценка осведомленности о веществах, относящихся к наркотическим.
5. Оценка осведомленности о способах употребления наркотических веществ.
6. Оценка осведомленности о воздействии нар-

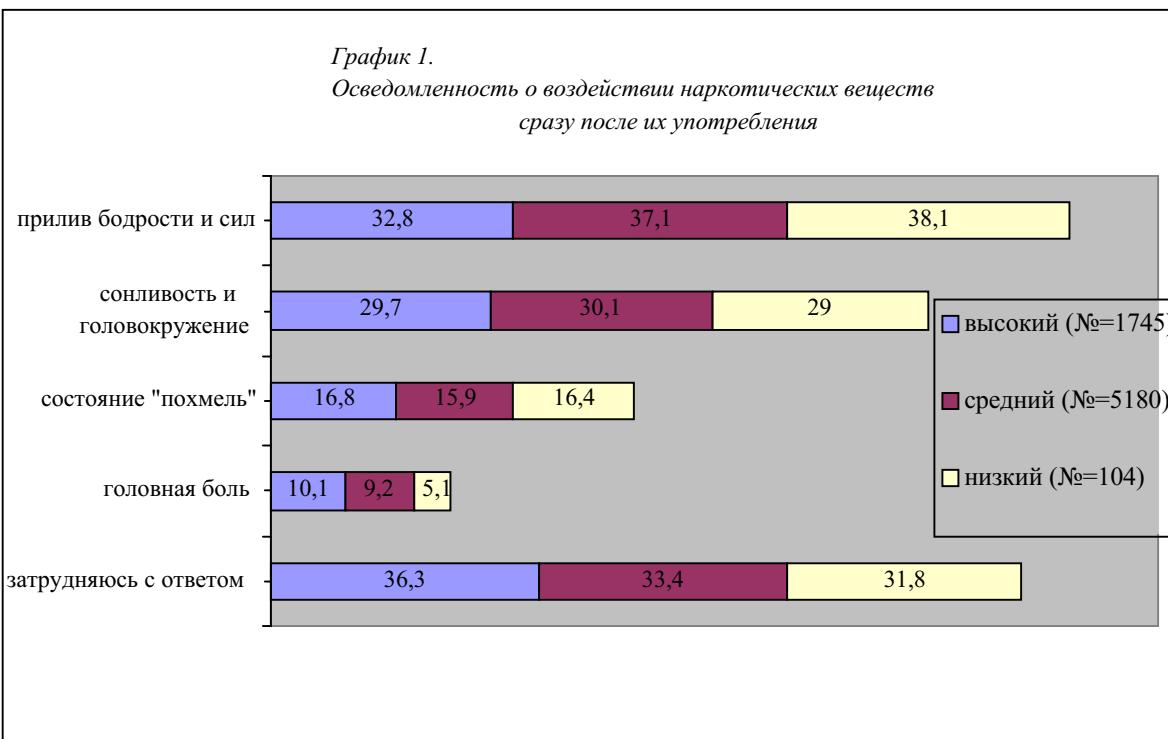
котических веществ на состояние человека.

7. Оценка осведомленности о критерии принадлежности к наркозависимым.

8. Оценка осведомленности о природе наркотических веществ.

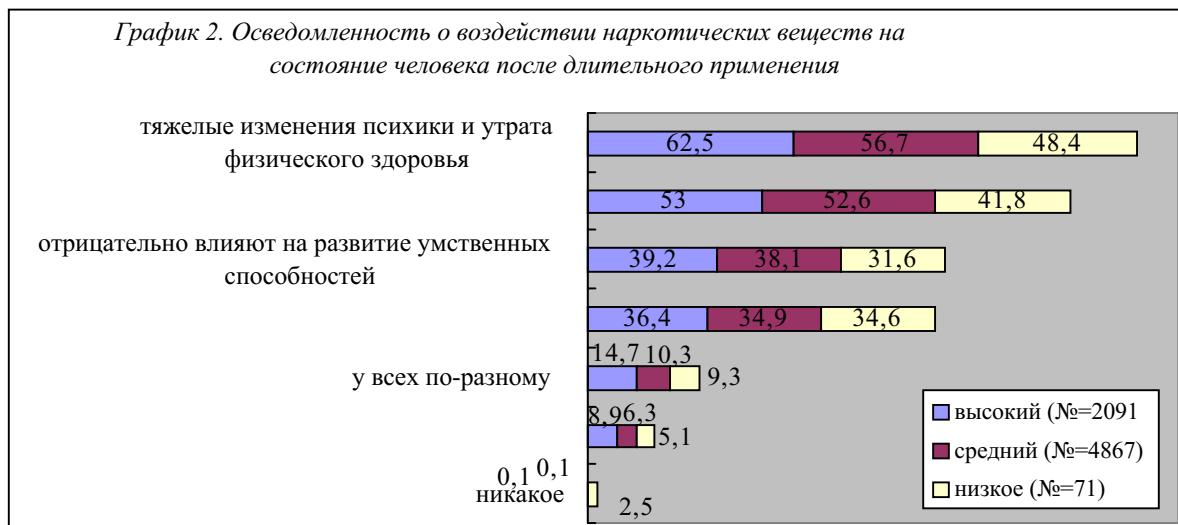
Все параметры используются между группами с высоким, средним и низким уровнем соматического, психического, психологического, общего психического и социального здоровья.

1. При анализе осведомленности о воздействии наркотических веществ сразу и после употребления наиболее существенные различия определились по параметру, что “наркотическое вещество вызывает головную боль” между группами с высоким и низким уровнем соматического здоровья, соотношения 1,9:1.



2. При анализе осведомленности воздействия наркотических веществ на состояние человека после длительного применения наиболее существенные различия выявились по

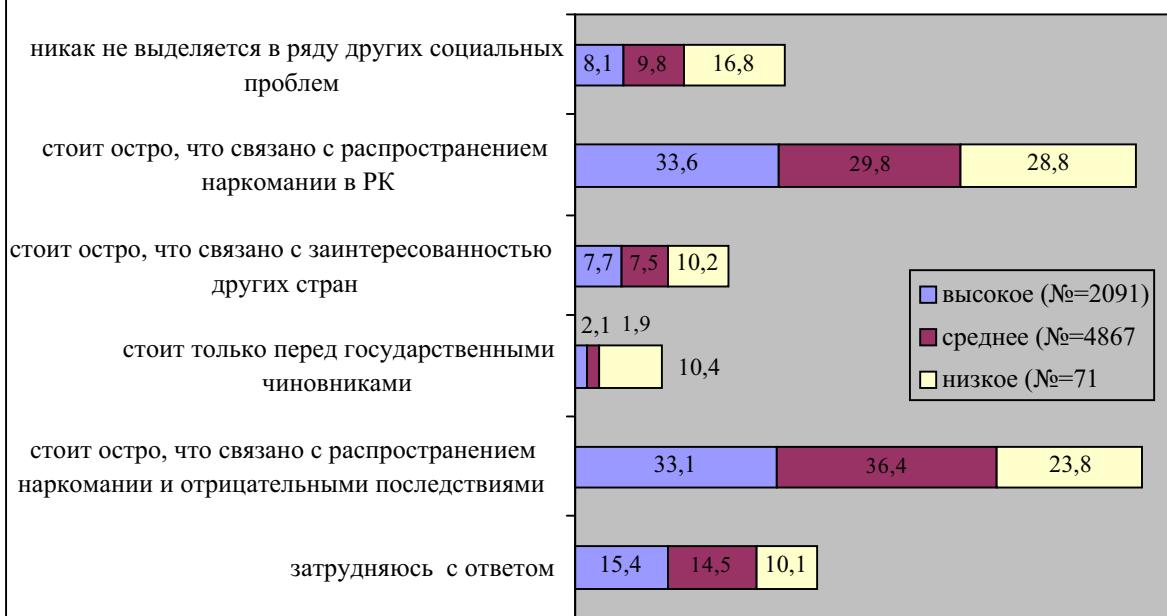
параметру, что “воздействие наркотических веществ никакое” между группами с высоким и низким уровнем психического здоровья, соотношение 1:25.



3. При анализе оценки остроты проблемы наркомании в РК наиболее существенные различия выявились по параметру, что “проблема стоит толь-

ко перед государственными чиновниками” между группами с высоким и низким уровнем психическим здоровьем, соотношение 1:5,5.

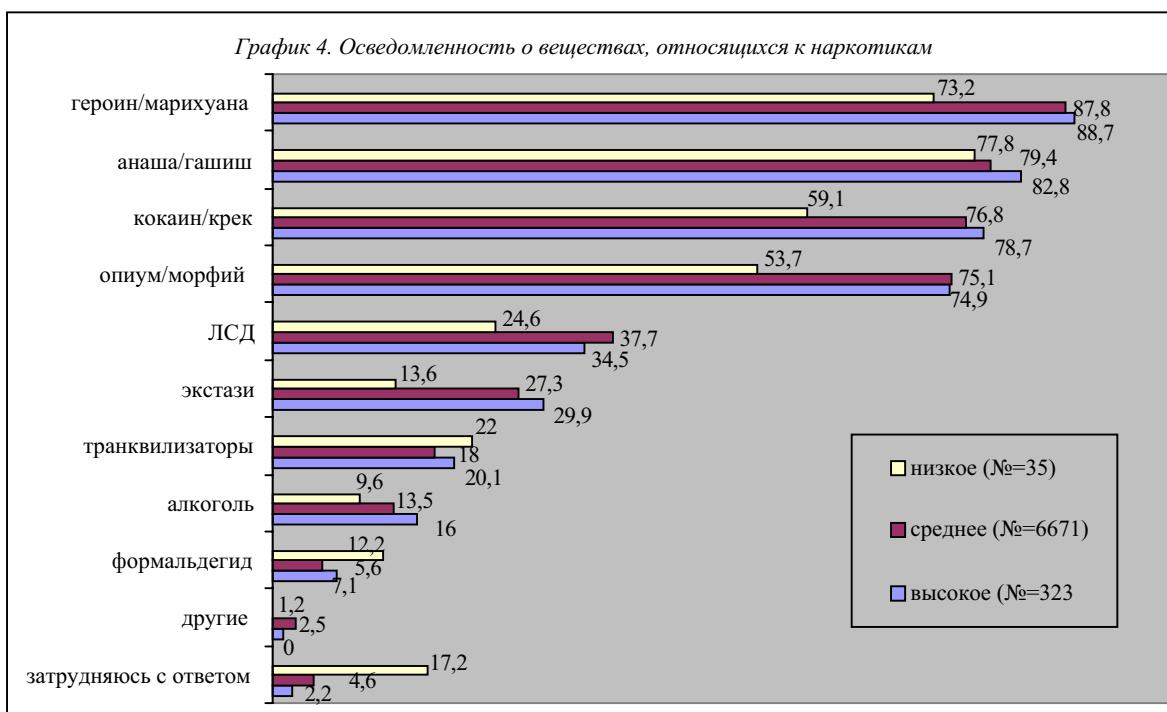
*График 3. Оценка остроты проблемы наркомании в РК*



4. При оценке осведомленности о веществах, относящихся к наркотикам, наиболее существенные различия выявились по параметрам “затруд-

няюсь с ответом” между группами с высоким и низким уровнем психологического здоровья, соотношения 1:7,8.

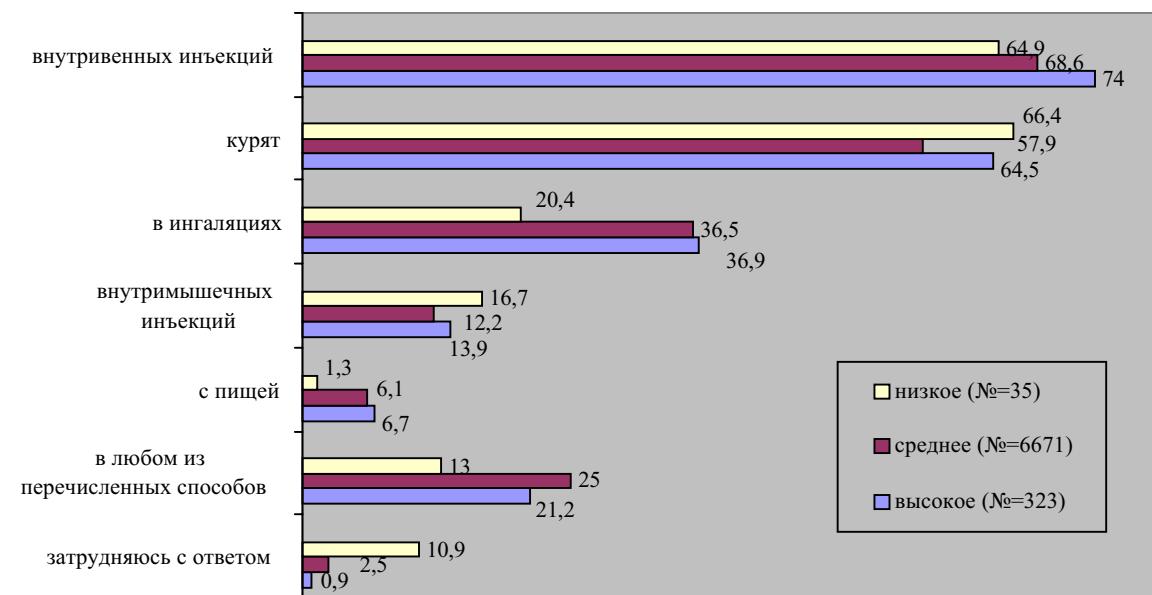
*График 4. Осведомленность о веществах, относящихся к наркотикам*



5. При анализе осведомленности о способах употребления наркотических веществ наиболее существенные различия выявились по параметрам

“затрудняюсь с ответом” между группами с высоким и низким уровнем психологического здоровья соотношение 1:12,1.

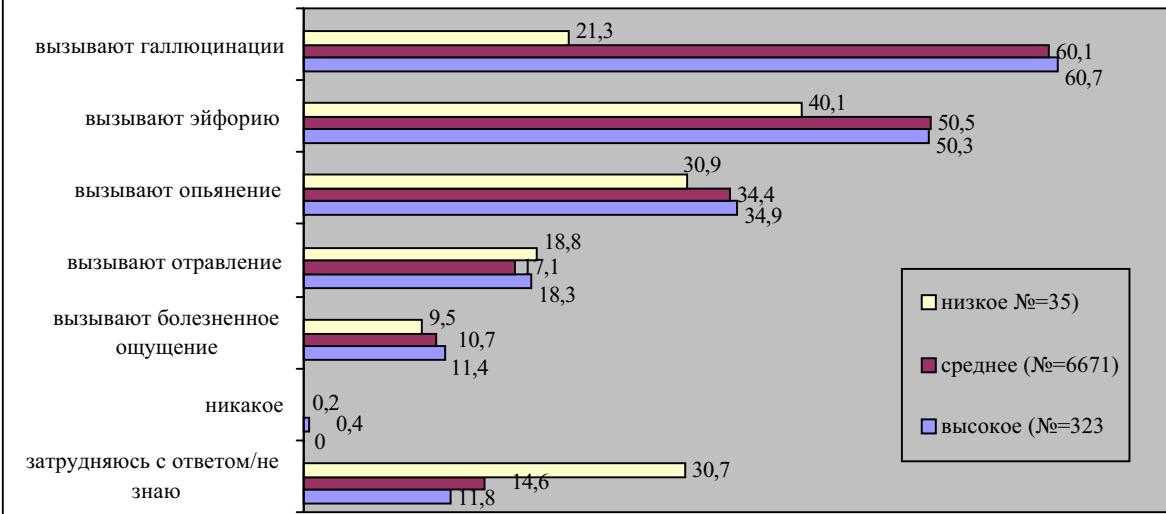
График 5. Осведомленность о способах употребления наркотических веществ



6. При анализе осведомленности о воздействии наркотических веществ на состояние человека наиболее существенное различие выявились по параметру

«вызывают галлюцинации» между группами с высоким и низким уровнем психологического здоровья соотношение 2,8:1.

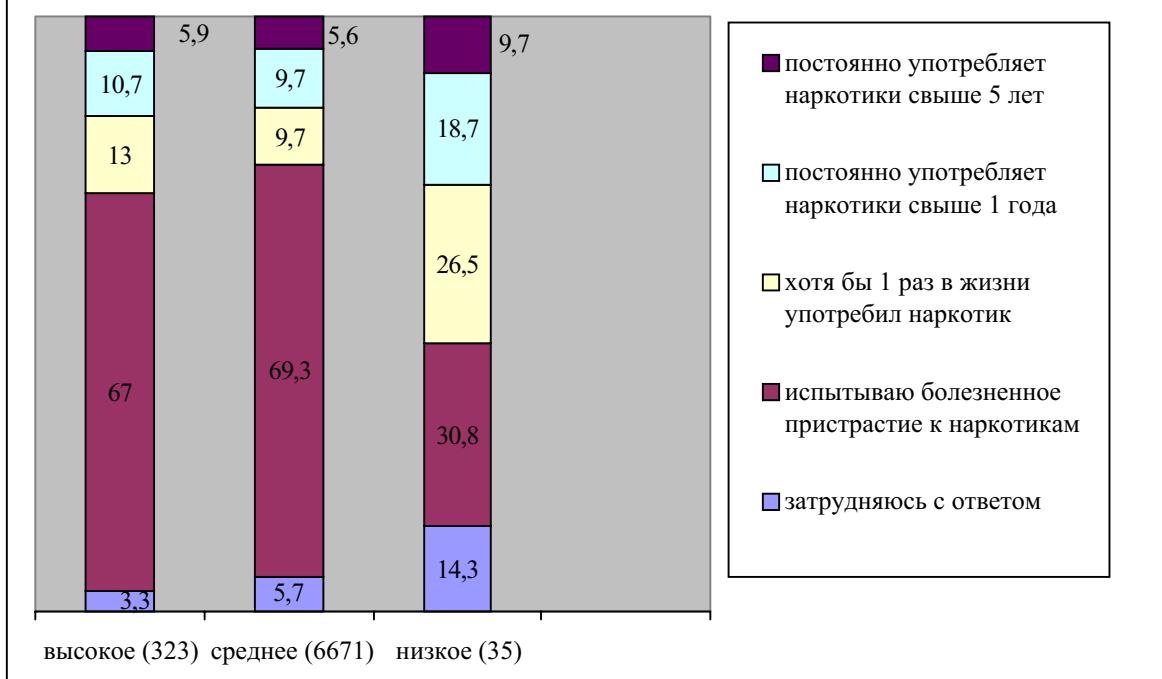
График 6. Осведомленность о воздействии наркотических веществ на человека



7. При анализе осведомленности о критерии принадлежности к наркозависимым наиболее существенные различия выявились по параметру «зат-

рудняюсь с ответом» между группами с высоким и низким уровнем психологического здоровья соотношение 1:4,3.

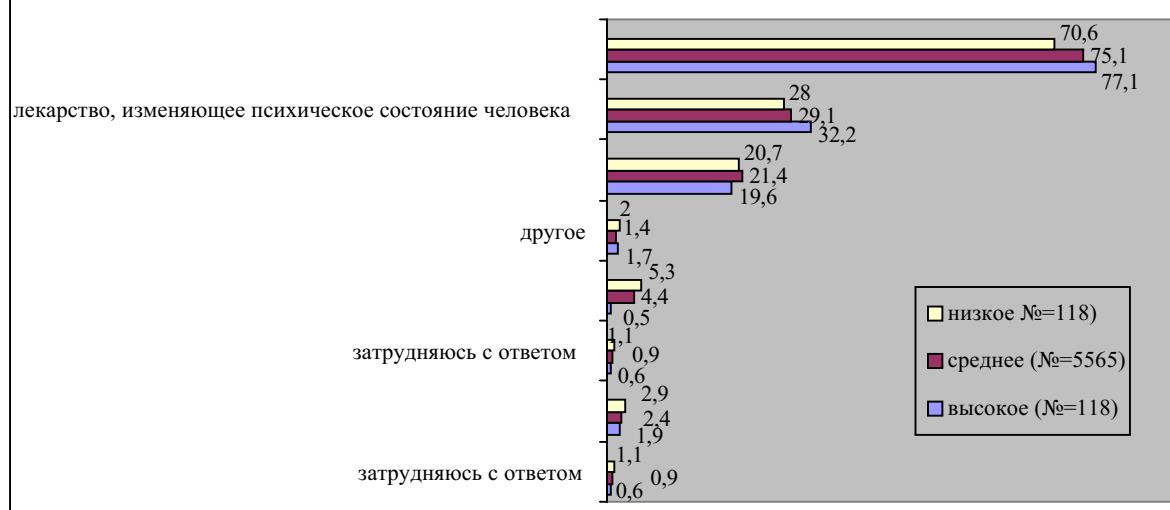
График 7. Осведомленность о критерии принадлежности к наркозависимым



8. При анализе осведомленности о природе наркотических веществ наиболее существенные различия выявились по параметру “наркотики – это пи-

щевая добавка” между группами с высоким и низким уровнем социального здоровья соотношения 1:10,6.

График 8. Представление о наркотических веществах



Анализируя оценку осведомленности наркотизма в РК по параметрам в графиках 4, 5, 6, 7 показано, что различия в степени осведомленности в отношении проблемы наркотизма у населения с высоким и низким уровнем психологического здоровья выражено в большей мере и в меньшей мере у

населения с высоким и низким уровнем психического и соматического здоровья.

Полученные результаты можно использовать при формировании программ профилактики распространения наркозависимости в Республике Казахстан.

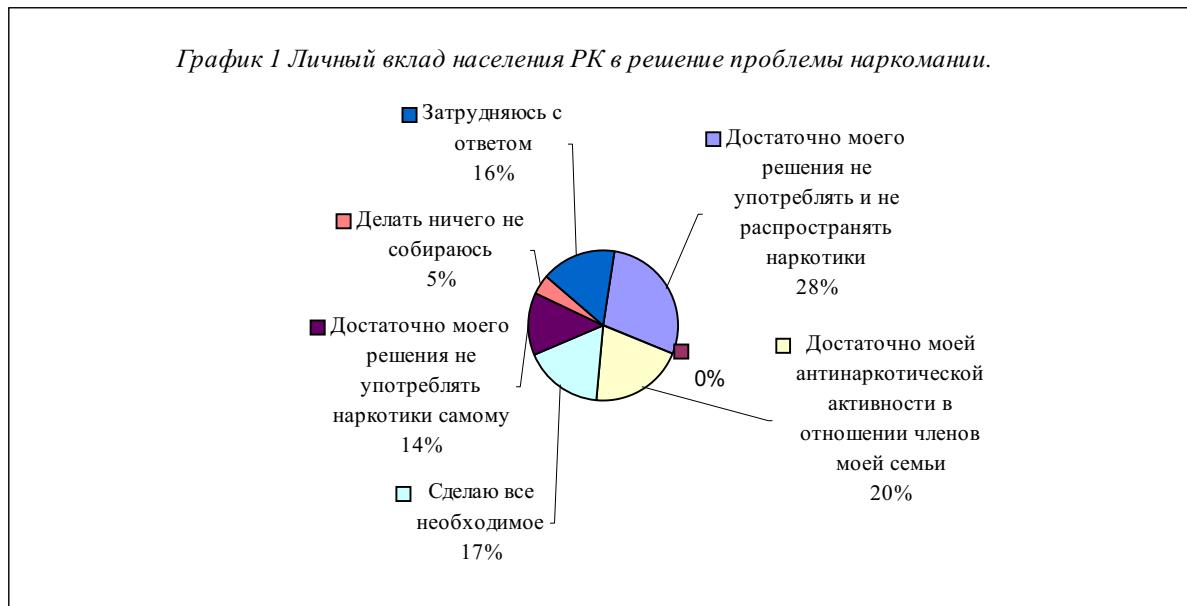
## ОЦЕНКА ПОТЕНЦИАЛЬНОГО ЛИЧНОГО ВКЛАДА НАСЕЛЕНИЯ РК В РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ НАРКОМАНИИ.

Т.В.Пак, Б.Б.Джарбусынова

г.г. Алматы, Павлодар

**График 1** представляет параметры оценки и данные о том, какой личный вклад готово

внести население РК в решение проблемы наркомании.



**График 2** отражает параметры оценки и распределения ответов населения РК в зависимости от

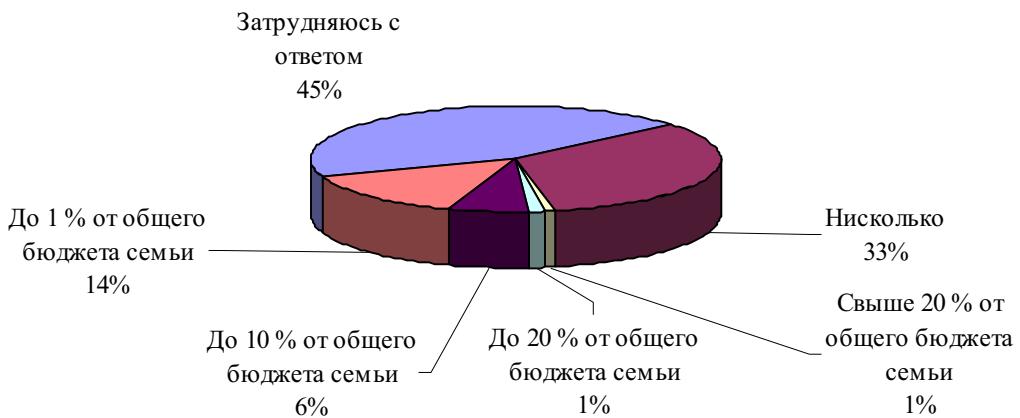
количества личного времени, выделяемого для участия в решении данной проблемы.



**График 3** отражает параметры оценки и распределение ответов населения РК в зависимости от

выделения средств из общего бюджета семьи для решения данной проблемы.

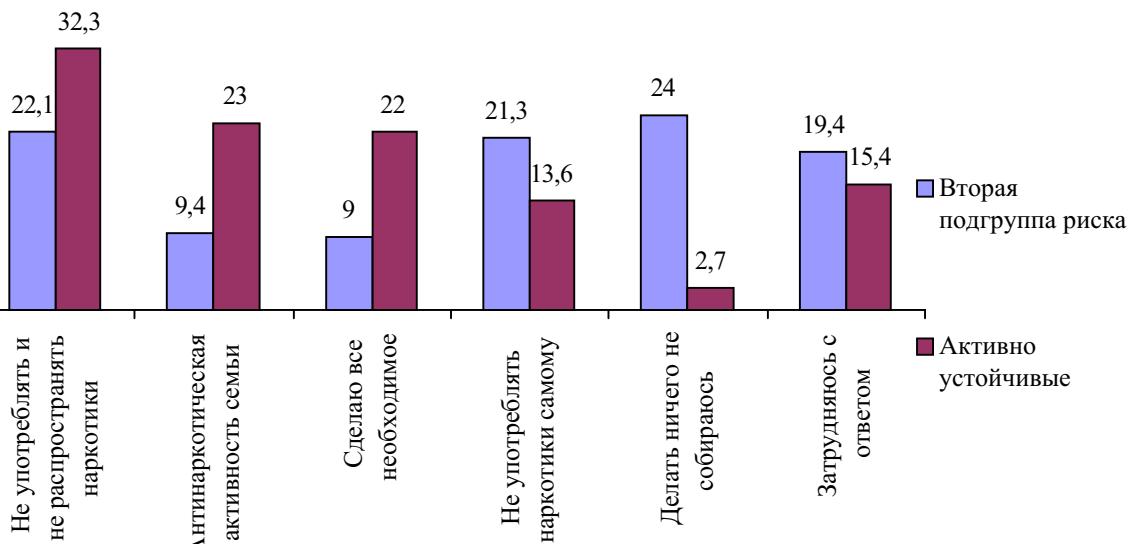
*График 3 Средства из бюджета семьи, выделяемые для решения проблемы наркомании.*



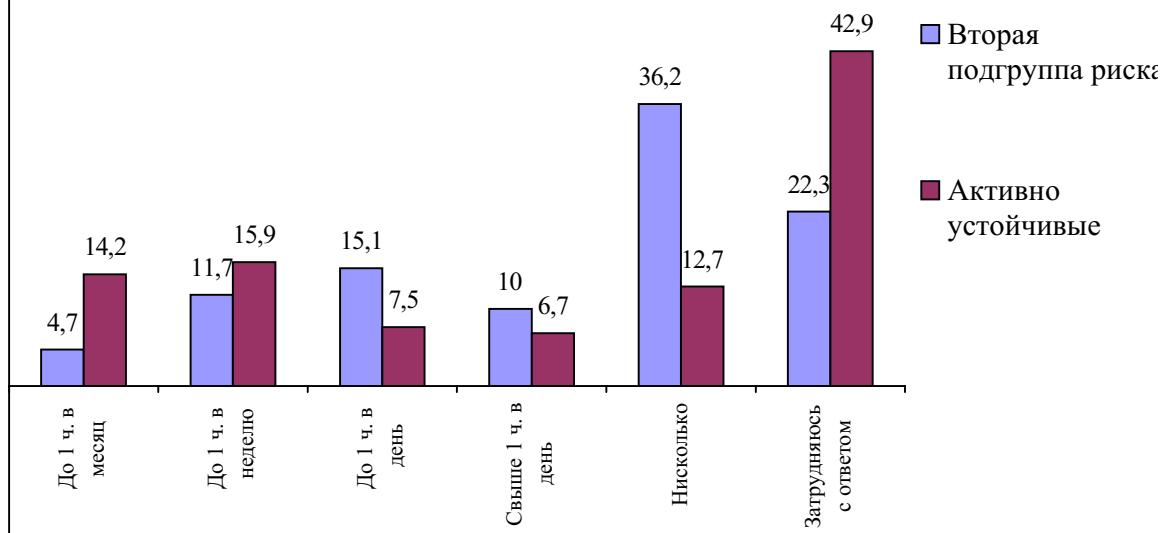
Наиболее значимые различия в зависимости от степени вовлеченности в орбиту наркотизма определились между группой активно устойчивых и второй подгруппой риска среди тех, кто сделает все необходимое для решения проблемы, соответственно 22% и 9% (в соотношении 2,4:1). Между этими же группами среди тех, кто делать ничего не собирается соответственно 2,7% и 24% (в соотношении

1:8,9). Между этими же группами активно устойчивых и второй подгруппой риска значимые различия выявились среди тех, кто не готов выделить времени для решения проблемы наркомании соответственно 12,7% и 36,2% (в соотношении 1:2,8). И между этими же группами среди тех, кто не готов выделить средств из семейного бюджета соответственно 28,9% и 58% (в соотношении 1:2).

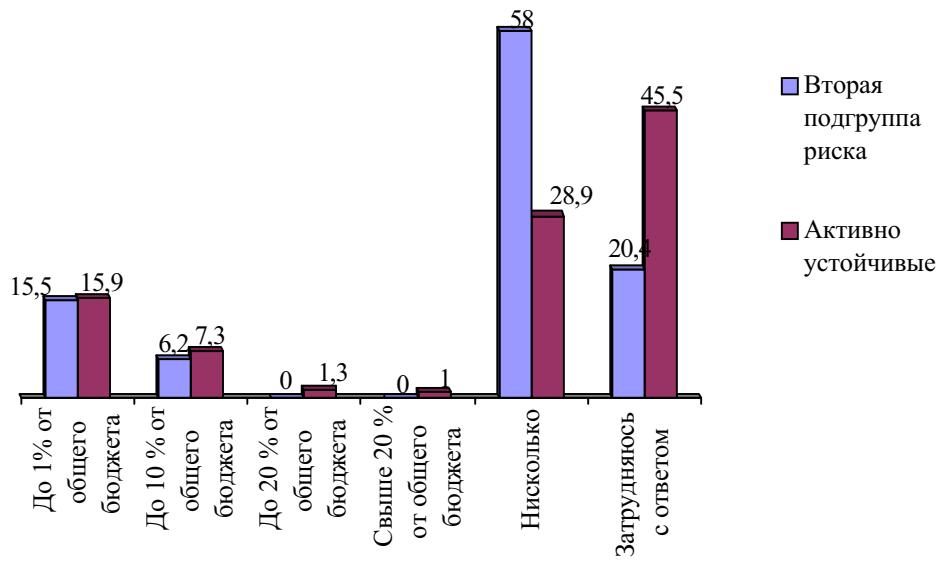
*График 4. Личный вклад в зависимости от вовлеченности в орбиту наркотизма*



**График 5. Время, выделяемое для решения проблемы наркомании в зависимости от вовлеченности в орбиту наркотизма**



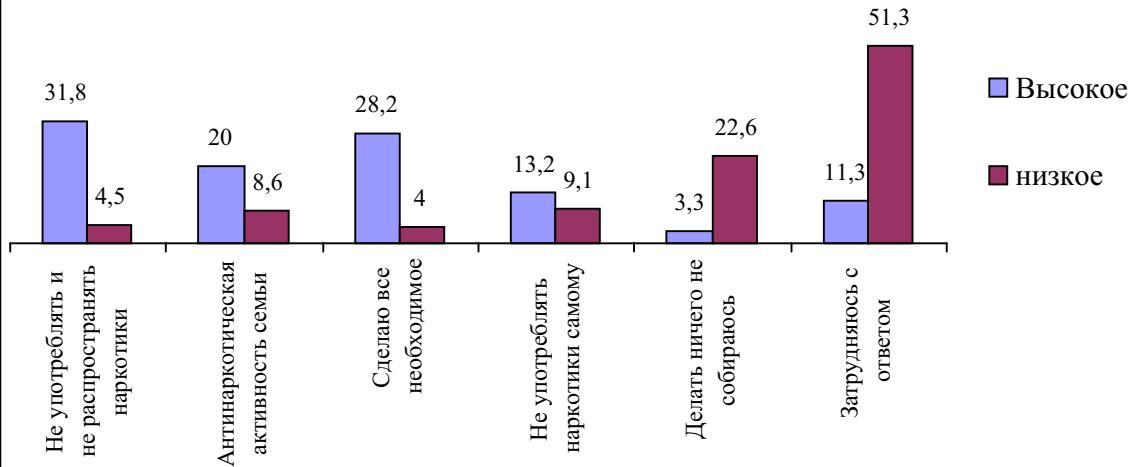
**График 6. Средства, выделяемые для решения проблемы наркомании от вовлеченности в орбиту наркотизма**



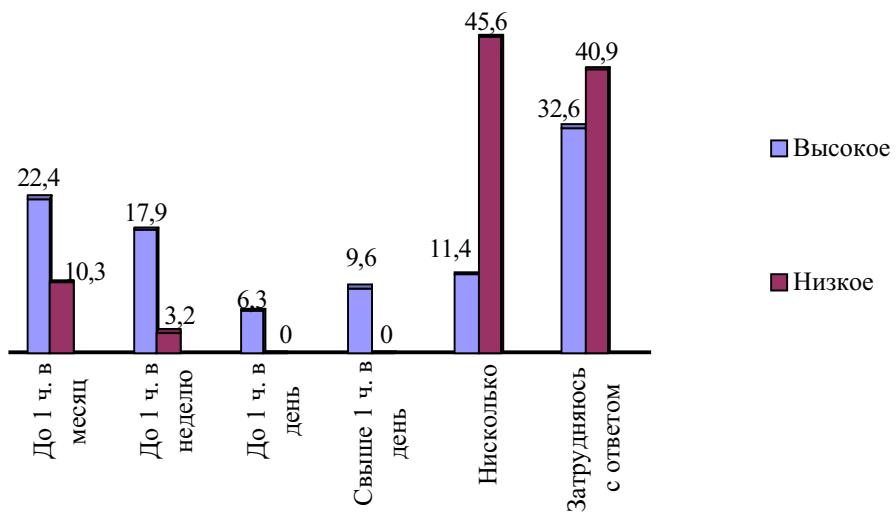
Наиболее существенные различия в зависимости от уровня психологического здоровья выявились между группами с низким и высоким уровнем среди тех, кто сделает все необходимое для решения проблемы наркомании соответственно 4% и 28,2% (в соотношении 1:7). Между этими же группами среди тех, кто не готов выделить времени – это 45,6% и 11,4% (в соотношении 4:1). И среди тех, кто не готов выделить средств из бюджета семьи соответственно 63,1% и 24,8% (в соотношении 2,5:1).

вественно 22,6% и 3,3% (в соотношении 6,8:1). Между этими же группами с низким и высоким уровнем психологического здоровья среди тех, кто не готов выделить времени – это 45,6% и 11,4% (в соотношении 4:1). И среди тех, кто не готов выделить средств из бюджета семьи соответственно 63,1% и 24,8% (в соотношении 2,5:1).

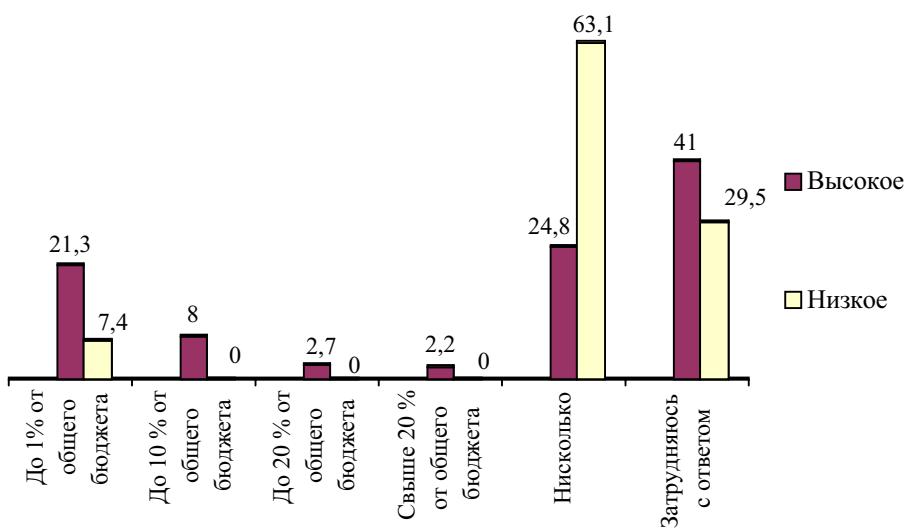
**график 7. Личный вклад населения РК в решение проблемы наркомании в зависимости от психологического здоровья**



**график 8. Время, выделяемое для решения проблемы наркомании в зависимости от психологического здоровья**



**График 9. Средства, выделяемые для решения проблемы наркомании в зависимости от психологического здоровья**



Значимые различия выявились между группами с низким и высоким уровнем социального здоровья среди тех, кто сделает все необходимое для решения проблемы наркомании соответственно 19,2% и 31,3% (в соотношении 1:1,6). Среди тех, кто делать ничего не собирается соответственно 6,1% и 0%. Между этими же группами с низким и высоким уровнем социального здоровья среди тех, кто готов выделить до 1 часа в месяц своего времени для решения данной проблемы соответственно 9,5% и 26,6% (в соотношении 1:2,8), тогда как уровень социального здоровья не оказывает влияния на готовность выделить средства для решения данной проблемы.

Уровень качества жизни не оказывает влияния на желание внести вклад в решение проблемы наркомании, тогда как различия выявились между группами с очень низким и очень высоким уровнем качества жизни среди тех, кто готов выделить до 1 часа своего времени для решения проблемы соответственно 6% и 29,6% (в соотношении 1: 4,9). И среди тех, кто не готов выделить средств из семейного бюджета соответственно 49,7% и 27,3% (в соотношении 1,8:1).

Наиболее значимые различия выявились между группами с внешним и внутренним уровнем локуса контроля среди тех, кто считает, что достаточно антинаркотической активности в отношении членов семьи соответственно 11% и 22,8% (в соотношении 1:2,1). Тогда как уровень локуса контроля не оказывает влияния на готовность выделить время и денежные средства для решения проблемы наркомании.

Наиболее значимые различия выявились между

группами с низкой и высокой степенью заинтересованности собственным здоровьем среди тех, кто сделает все необходимое для решения данной проблемы соответственно 6,3% и 26,6% (в соотношении 4,2:1). Тогда как степень заинтересованности собственным здоровьем не оказывает влияния на готовность выделить время, денежные средства для решения проблемы наркомании.

Наиболее существенные различия выявились между группами с отсутствием и наличием позитивных целей и установок среди тех, кто делать ничего не собирается соответственно 12,4% и 3,9% (в соотношении 3,2:1). Между этими же группами среди тех, кто не готов выделить времени соответственно 31,9% и 14,4% (в соотношении 2,2:1). И среди тех, кто не готов выделить денежные средства для решения данной проблемы соответственно 53,6% и 30% (в соотношении 1,8:1).

Результаты исследования показали, что уровень соматического здоровья, социальной динамики, скорость адаптации, степень вовлеченности в религиозное мировоззрение, социальный статус, возраст, место проживания, национальность – это те группы, где не выявились достоверные различия.

Наиболее значимые различия определились в зависимости от степени вовлеченности в орбиту наркотизма между группой активно устойчивых и второй подгруппой риска; между группами с высоким и низким уровнем психологического здоровья; и группами с отсутствием или наличием позитивных целей и установок населения РК, готового внести личный вклад в решение проблемы наркомании. Т.е. это акцент на ту форму поведения, которая способствует высокому уровню здоровья в социуме.

## ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕДПОЛАГАЕМОГО УРОВНЯ ОТВЕТСТВЕННОСТИ В ОТНОШЕНИИ ПРОБЛЕМЫ НАРКОЗАВИСИМОСТИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

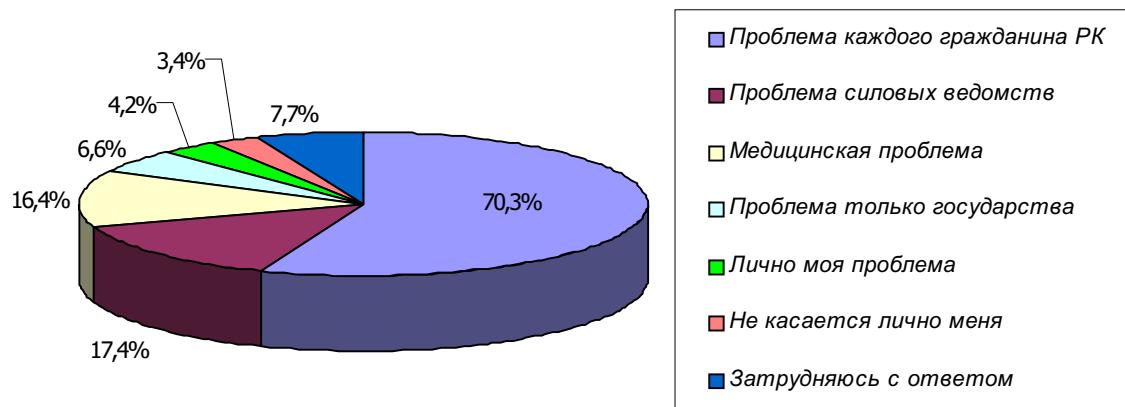
Д.Р. Тампишева, Б.Б. Джарбусынова

г.г. Алматы, Павлодар

Большинство опрошенных (70,3%) считают, что проблема наркомании – это проблема каждого гражданина Казахстана. Примерно равное число опрошенных считают, что проблема наркомании – это проблема силовых ведомств (17,4%), либо это медицинская проблема (16,4%). Не смогли определить

свое отношение к данной проблеме – 7,7%. Среди них, значимо больше респондентов, входящих в группу пассивно-воздерживающихся, имеющих внешний локус контроль, низкую степень заинтересованности собственным здоровьем и низкий уровень неинформированности о вреде наркотиков.

*График № 1*

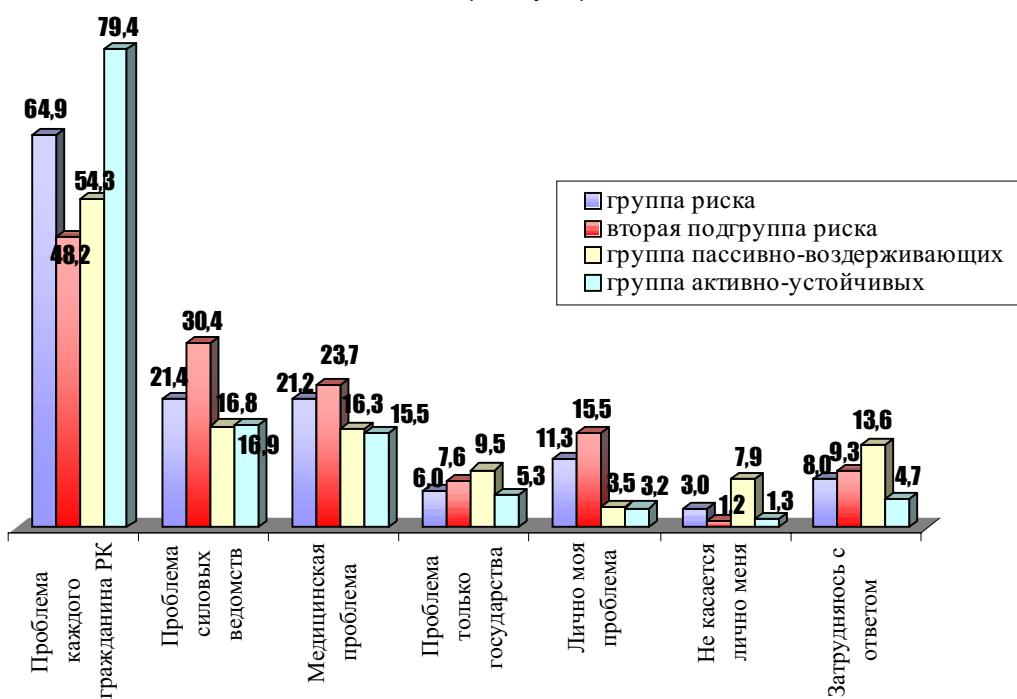


В зависимости от степени вовлеченности в орбиту наркотизма был проведен анализ среди респондентов, входящих в группу активно-устойчивых (79,4%), значительно больше, чем в группе пассивно-воздерживающихся (54,3%). В соотношении это будет 1,5 : 1, кто воспри-

нимает проблему наркомании как проблему каждого гражданина Казахстана. Однако среди респондентов, входящих в группу пассивно-воздерживающихся, затрудняются с ответом 13,6%, в отличие от активно-устойчивых – 4,7%. В соотношении 2,9 : 1.

*График № 2.*

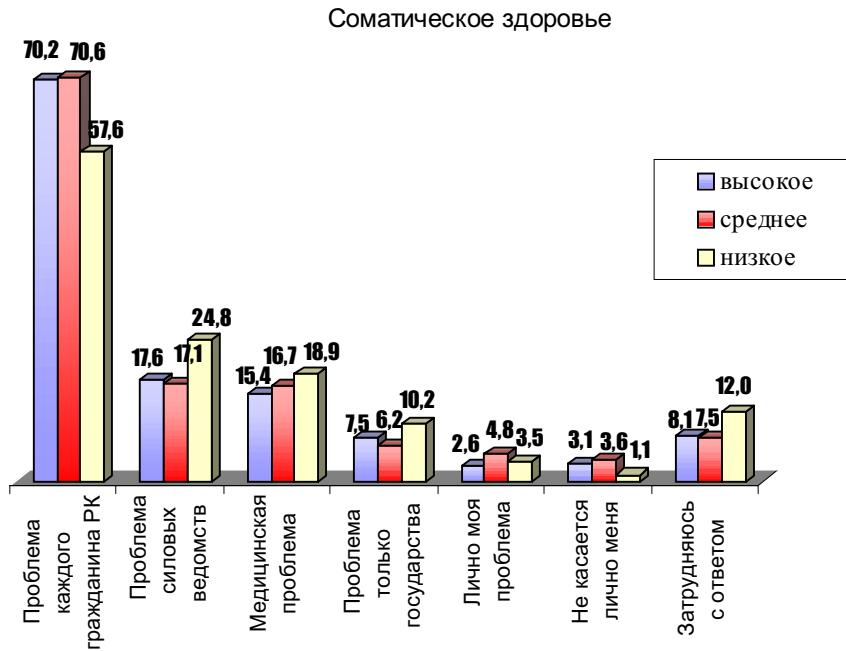
*Вовлеченность в орбиту наркотизма*



Среди опрошенных с высоким (70,2%) уровнем соматического здоровья значимо больше тех, кто воспринимает как проблему каждого гражданина

Казахстана, по сравнению с респондентами низкого уровня соматического здоровья (57,6%). В соотношении показателей **1,2 : 1**.

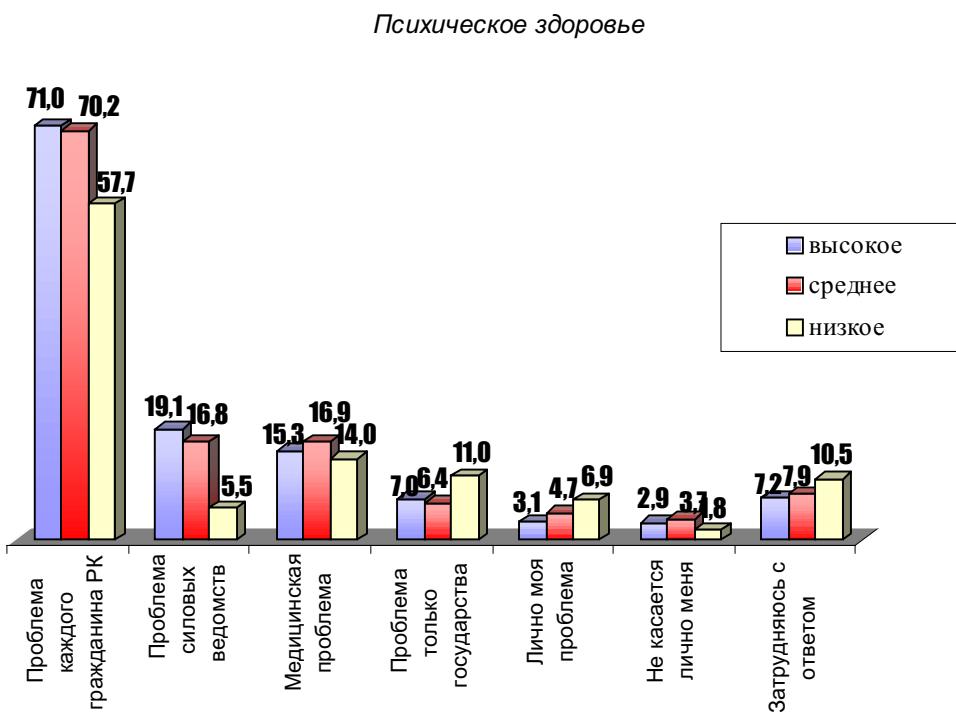
График № 3



Среди опрошенных с высоким (71%), средним (70,2%) и низким (57,7%) уровнем психического

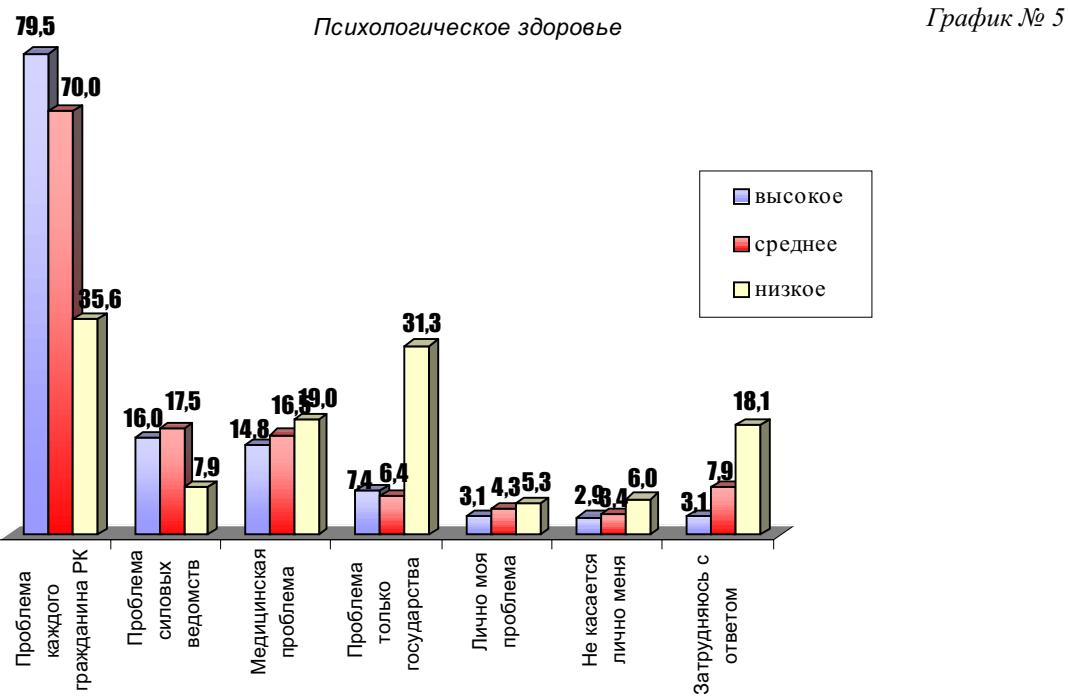
здоровья существенных различий не обнаружено.

График № 4



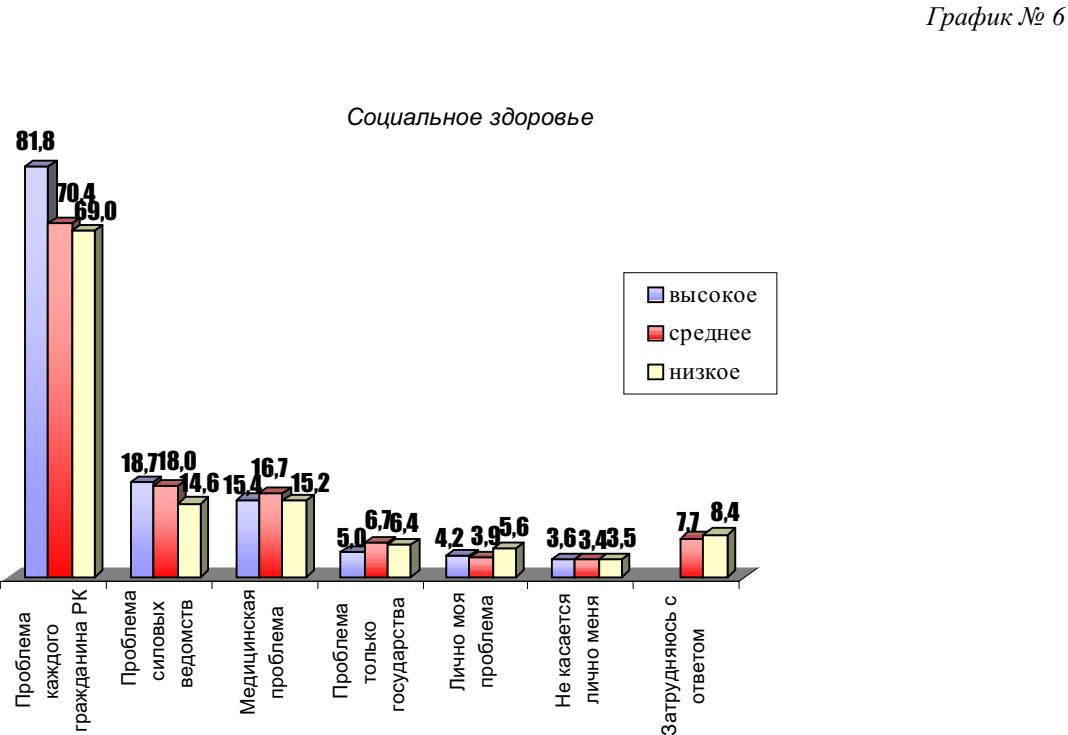
Но, наиболее значимые различия произошли среди опрошенных с высоким (79,5%) и средним (70%) уровнем психологического здоровья, по срав-

нению с низким уровнем (35,6%), кто воспринимает проблему наркомании, как проблему каждого гражданина Казахстана. Соотношение таково **2,5 : 2 : 1**.



Среди опрошенных с высоким (81,8%), средним (70,4%) и низким уровнем социаль-

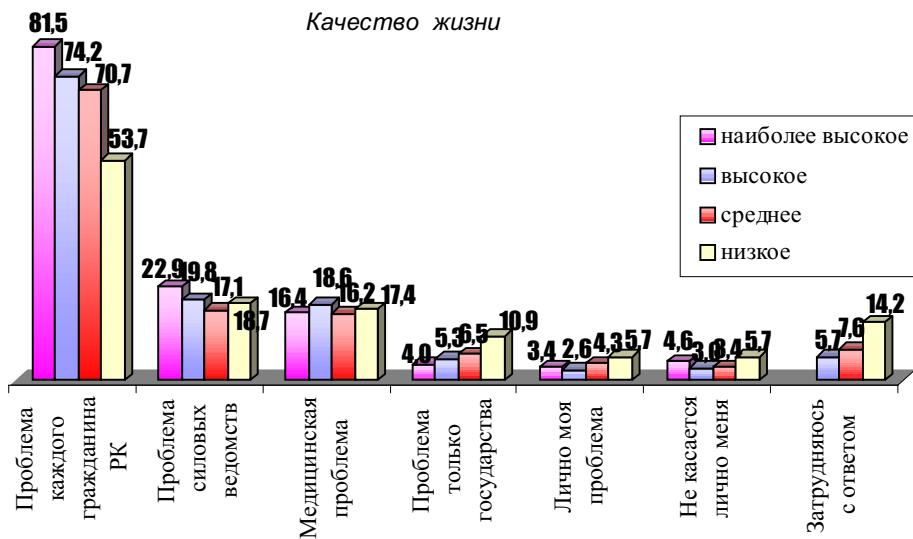
ного здоровья существенных различий не обнаружено.



Наиболее значимые различия определяются по уровню качества жизни. По таким параметрам как наиболее высокое (81,5%) и низкое (53,7%), соот-

ношение будет **1,5 : 1**, кто воспринимает проблему наркомании как проблему каждого гражданина Казахстана.

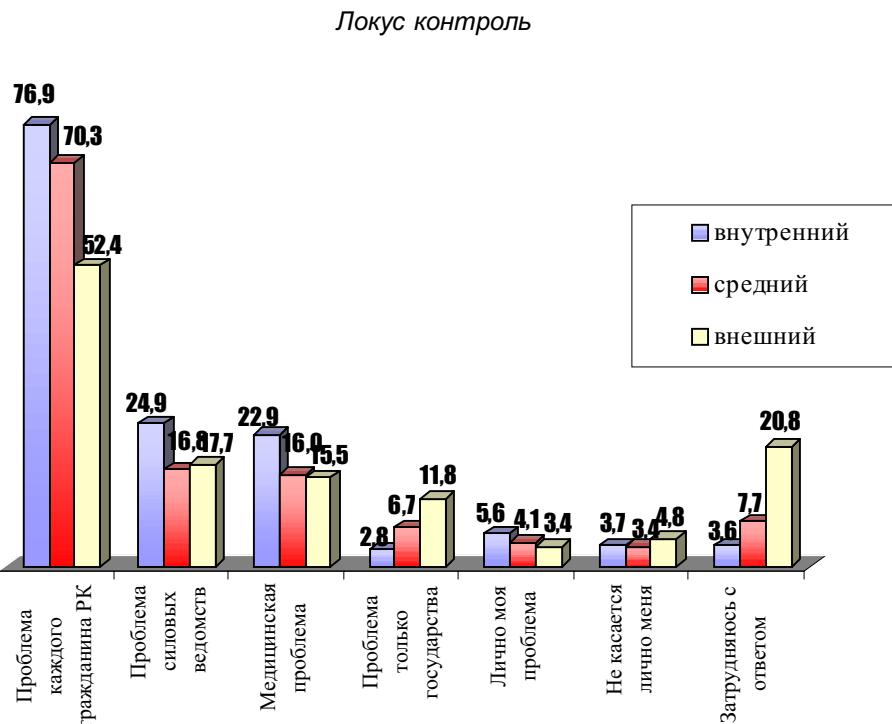
График № 7



В зависимости от уровня локуса контроля, среди опрошенных с внутренним (76,9%) показателем интериальности значимо больше, чем среди респондентов с внешним локусом контроля (52,4%). Соотношение таково **1,5 : 1**. Также среди респон-

дентов с внешним локусом контроля значимо больше тех, кто не смог определить своего отношения к проблеме наркомании (20,8%), чем с внутренним показателем интериальности (3,6%). Соотношение **5,7 : 1**.

График № 8

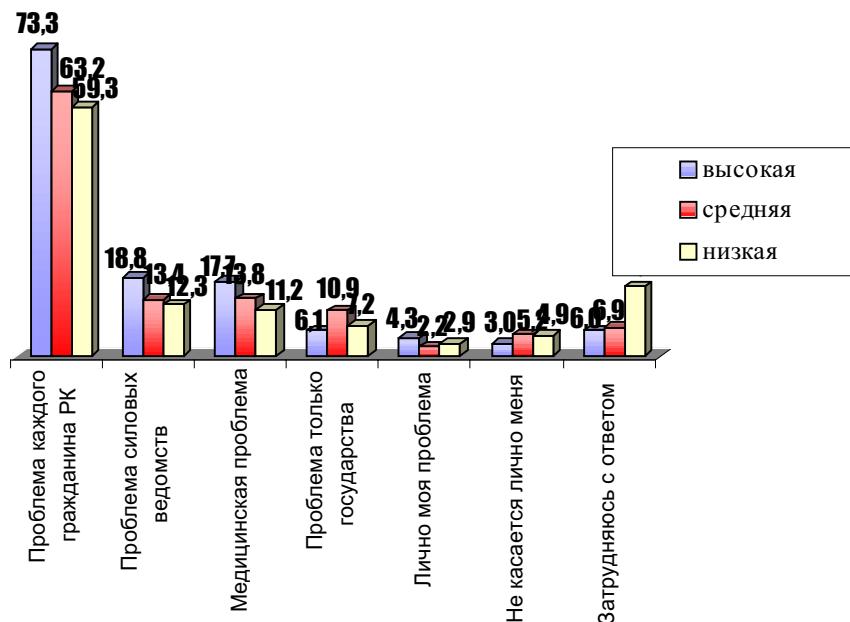


В зависимости от степени информированности о вреде наркотиков, значимо больше среди респондентов с высокой степенью информированности (73,3%), чем с низкой (59,3%), т.е. **1,2 : 1**. Необходимо отметить, что среди респондентов с низкой

степенью информированности значимо больше тех, кто не смог определить своего отношения к проблеме наркомании (16,6%), по сравнению с высокой степенью информированности (6%). Соотношение будет таково **2,8 : 1**.

*График № 9*

*Информированность о вреде наркотиков*

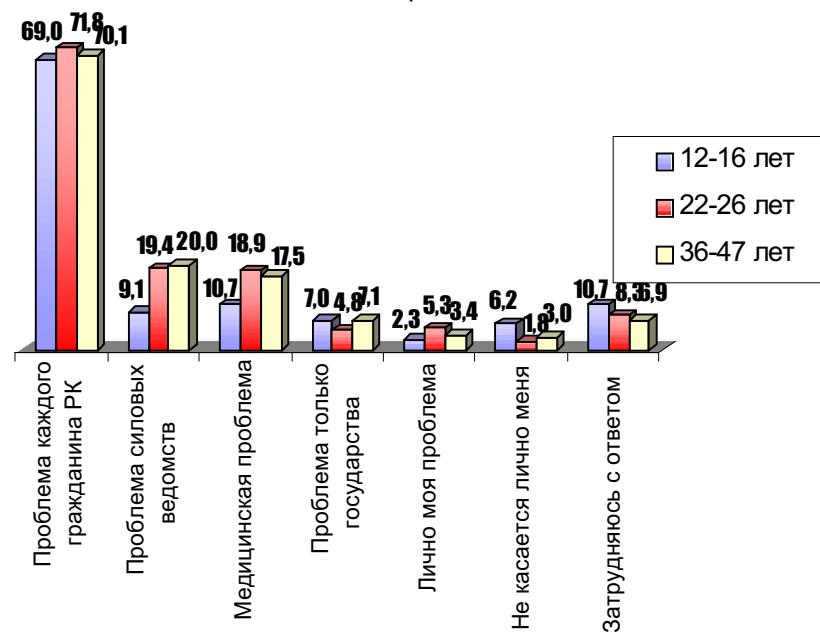


В графике № 10 в зависимости от возраста большинство опрошенных, вне зависимости от возраста, воспринимают проблему наркомании как проблему каждого гражданина Казахстана. Можно, однако, отметить, что опрошенные в возрасте от 12

до 16 лет в меньшей степени воспринимают проблему наркомании как проблему силовых ведомств (9,1%), чем, например, респонденты более старшего возраста 36-47 лет (20%). Соотношение **2,1 : 1**.

*График № 10*

*Возраст*



---

---

Результаты исследования показали, что уровень образования, место проживания, национальность, семейный и профессиональный статус, пол, религиозное мировоззрение – это те группы, где не выявились достоверные различия, влияющие на восприятие населением Казахстана проблемы наркомании.

Таким образом, наиболее значимые различия произошли в следующих группах: по степени вовлеченности в орбиту патриотизма; по уровням психологического здоровья; по уровням качества жизни, и по степени информированности населения о

вреде наркотиков. Высокий уровень психологического здоровья и составляющие, которые ее определяют, имеют в данном исследовании важное значение в проблеме распространения наркозависимости среди населения Казахстана.

Население о вреде наркотиков недостаточно информировано, поэтому необходимо в профилактических программах, которые будут базироваться на полученных данных, формировать антинаркотическое информационное пространство через средства массовой информации, видеопродукции и др.

---

## **СИСТЕМНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ И БИБЛИОГРАФИЯ, ОПУБЛИКОВАННЫХ СТАТЕЙ В ЖУРНАЛЕ «ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ» В 2001 ГОДУ**

### **ПСИХОТЕРАПИЯ**

Адашинская Г.А., том 7, № 1, 2001 г. Традиционная и (или) альтернативная психотерапия?

Андреева Н., том 7 № 2, 2001 г. Телесная волновая функция и ее значение для жизнедеятельности человека

Андреева Н.Г., Бревде Г.М., Кудряшов Н.И., том 7 № 2, 2001 г. СЦД как телесно-ориентированная арт-терапевтическая методика

Баранников А.С., том 7 № 2, 2001 г. Психотерапия, свобода выбора и культурная традиция

Баранников А.С., том 7, № 1, 2001 г. От эклектизма к принципам творческой интегративности

Безносюк Е.В., том 7 № 2, 2001 г. Культура, психологическая безопасность и психотерапия

Белорусов С.А., том 7 № 2, 2001 г. Стратегия психологического консультирования посредством электронной почты

Бурно А.А., том 7, № 1, 2001 г. Из отчета о работе врача-психотерапевта психоневрологического диспансера № 20 Юго-Восточного округа г. Москвы за 1996-1998 г.г.

Бурно М.Е., том 7 № 2, 2001 г. К вопросу о терапии духовной культурой в Преображенской психиатрической больнице, в старину (к 35-летию кафедры психотерапии РМАПО)

Василенко Г.Н., том 7 № 2, 2001 г. Вопросы бессознательного и проблемы феминизма

Васютин А.М., том 7 № 2, 2001 г. Сверхнадежный рефрейминг в гипнозе (переформирование психики через кинестетический канал)

Вахромов Е.Е., том 7 № 2, 2001 г. Проблема нормы и аномалии в психологическом консультировании

Вейн А.М., Корабельникова Е.А., том 7 № 2, 2001 г. Влияние психотерапии на уровень метаболизма головного мозга больных с невротическими расстройствами

Генералова Л.Н., том 7 № 2, 2001 г. Возможности использования методов позитивной психотерапии для осуществления более успешной наркологической реабилитации и психокоррекции

Гозунова Л.Н., том 7 № 2, 2001 г. Ментальное психосистемное моделирование, матрицы Гроффа и Путь Христа

Гозунова Л.Н., том 7 № 2, 2001 г. Системный подход в групповой психотерапии

Гозунова Л.Н., Яковleva N.N. том 7 № 2, 2001 г. Инновация: кардинальная психотерапия в групповом тренинге

Гордеев М.Н., том 7, № 3, 2001 г. Социально-психологический потенциал эриксоновского гипноза

Егоров Б.Е., том 7 № 2, 2001 г. Классический и клинический психоанализ в России: пути консолидации

Егоров Б.Е., Донец Е.М., том 7 № 2, 2001 г. Исследование бессознательного у больных с хронической ишемией головного мозга

Егорова В.М., том 7 № 2, 2001 г. Сочетанное психотерапевтическое и психофармакологическое воздействие при терапии тревожных расстройств (опыт лечебной практики)

Егорова В.М., том 7 № 2, 2001 г. Применение мотива «Дом» в методе символдрамы у больных с невротическими расстройствами

Захаров Н.П., том 7, № 1, 2001 г. Альтернирующая суггестия и гипносуггестия в сочетании с условно-рефлекторной психотерапией

Захаров Н.П., том 7 № 1, 2001 г. Исторические, клинико-психологические и психотерапевтические аспекты авангардизма в изобразительном искусстве

Катков А.Л., том 7 № 2, 2001 г. Манифесты развивающей психотерапии

Королев К., том 7, № 1, 2001 г. Формирование процессуальных стратегий психотерапией зависимостей в контексте гештальт-подхода

Криндач В., Соловьева Е., том 7, № 1, 2001 г. Базовые навыки психотерапии

Кудряшов Н., том 7 № 2, 2001 г. Гиперборейская система целостного движения. Вопросы оздоровления.

Кузьмина Л.А., том 7 № 2, 2001 г. Современная сексология в образовательных программах для специалистов, работающих с кризисными пациентами

Куй-Беда В.Ю., Носачев Г.Н., том 7 № 2, 2001 г. О возможности существования интегративной модели музыкальной терапии: реалии и перспективы

Курильченко Н.Н., том 7 № 2, 2001 г. Вселенная ТРСГ

Куриш И.В., том 7, № 3, 2001 г. Релаксационное движение как инструмент психотерапии

Лебедев М.А., том 7, № 3, 2001 г. Невротические сценарии в анализе бессознательного

Майков В.В., том 7, № 3, 2001 г. Вклад Станислава Гроффа в современную трансперсональную психологию и психотерапию

Макаров В.В., том 7, № 1, 2001 г. Личность пси-

- 
- хотерапевта  
Макаров В.В., том 7, № 1, 2001 г. Психотерапия нового века  
Макарова Г., том 7, № 1, 2001 г. Совместный проект профессиональной психотерапевтической лиги и института психологии и педагогики  
Макарова Г., том 7, № 1, 2001 г. Особенности работы женщины психотерапевта  
Менделевич В.Д., Узелевская А.Э., Боев И.В., том 7, № 1, 2001 г. Антиципационный тренинг в системе психологической коррекции личностных расстройств и девиаций поведений  
Мягкова И., том 7, № 1, 2001 г. Визуальная метафора в психотерапевтической работе  
Нестерюк Т.В., том 7, № 1, 2001 г. Актуальность проблемы и необходимость разработки программы по телесно-ориентированной гештальт-педагогике  
Нестерюк Т.В., том 7, № 1, 2001 г. Игровая психогимнастика как форма оздоровительно-развивающей работы с детьми дошкольного возраста  
Павлов И.С., том 7, № 3, 2001 г. Прошлое, настоящее психотерапии и пути ее дальнейшего развития  
Пезешкиан Х., том 7, № 4, 2001 г. Транскультуральная психотерапия и мультикультуральная консультация  
Пезешкиан Х., том 7, № 4, 2001 г. Подходы к позитивной концепции семьи в 21 веке  
Поклитар Е.А., том 7, № 3, 2001 г. Туберкулез, личность, психотерапия  
Покровский Ю.Л., Арапиев Ю.У., том 7, № 3, 2001 г. Дифференцированный психотерапевтический подход к лечению больных алкоголизмом, сочетающимся с сахарным диабетом  
Райзман Е.М., том 7, № 1, 2001 г. Субъективный телесный опыт в психоаналитическом процессе  
Решетников М.М., том 7, № 3, 2001 г. Методологическое значение классификации, понятий нормы и патологии  
Ромек Е.А., том 7, № 1, 2001 г. Психотерапевтические противоречия и проблема человека  
Сазонов В.Ф., том 7, № 3, 2001 г. Образовательные программы по сексологии (половому воспитанию) в вузе для педагогов и психологов
- Соколов М.П., Черняева Т.Б., Гагаркина И.Г., том 7, № 1, 2001 г. Игровая и музыкотерапия детей с поведенческими расстройствами  
Суатбаев Н.Р., том 7, № 4, 2001 г. Опыт компьютеризации психологической диагностики  
Тлеубаева А.У., Осипова Н.Б., Шушкевич В.И., том 7, № 1, 2001 г. Особенности психотерапевтической работы в ГККП «Городская поликлиника г. Рудного»  
Троицкий А.Ф., том 7, № 3, 2001 г. Феномен бессознательного предвидения некоторых событий группами здоровых и психически больных людей, выявленный с помощью цветных карточек сокращенного теста М.Люшера  
Трофимова М.М., том 7, № 1, 2001 г. Частный случай применения мультимодальной системной психотерапии при стойких изменениях личности переживания катастрофы  
Тутер Н.В., том 7, № 4, 2001 г. Панические атаки - проблема интрапсихических конфликтов и психоанализ  
Файдыш Е.А., том 7, № 4, 2001 г. К возможности использования (компьютерных) виртуальных технологий в трансперсональной психотерапии  
Филичева К.А., том 7, № 3, 2001 г. Танцевально-двигательная терапия. Особенности проведения ТДТ при вялотекущей шизофрении.  
Цай П.А., том 7, № 3, 2001 г. Новый метод недирективного подхода в психотерапии на Украине  
Чернышева С., том 7, № 4, 2001 г. Бессознательные аспекты виртуального общения  
Шурупов Н.Н., том 7, № 4, 2001 г. Историческое и этиопатогенетическое обоснование применения психоаналитического подхода в психотерапии больных тревожными фобическими расстройствами  
Шурупов Н.Н., том 7, № 4, 2001 г. Соотношение суггестивных и психоаналитических методик в психотерапии больных тревожными фобическими расстройствами  
Юсопов О.Г., том 7, № 3, 2001 г. Рисунок: терапия и диагностика  
Яценко В.И., том 7, № 3, 2001 г. Применение системы измерений артериального давления в инициатической психотерапии

## ПСИХИАТРИЯ

- Айдельдяев Б.С., том 7, № 3, 2001 г. Основные тенденции в динамике судебно-психиатрических экспертиз в Республике Казахстан в 1992-2000 г.г.  
Айдельдяев Б.С., том 7, № 4, 2001 г. Особенности психопатологических механизмов общественно опасных действий психически больных в Республике Казахстан  
Айдельдяев Б.С., том 7, № 4, 2001 г. Социально-демографические особенности психически больных, совершивших общественно опасные действия  
Бундало Н.Л., том 7, № 1, 2001 г. Исследование интрапсихической структуры личности у больных с хроническими невротическими и соматоформными расстройствами  
Казаковцев Б.А., том 7, № 2, 2001 г. Проблемы организации психиатрической и психотерапевтичес-

- 
- кой помощи
- Колмагорова В.В., Буйков В.А., том 7 № 2, 2001 г. К вопросу формирования психических расстройств у проживающих в зоне Уральских радиационных аварий и у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС
- Кулакова Т.И., Сумароков А.А., том 7, № 1, 2001 г. Сравнительная характеристика нейропсихологического обследования больных шизофренией и неврозами
- Миронов В.В., том 7, № 4, 2001 г. Опыт использования компьютерной техники для нейрофизиологической диагностики в условиях психоневрологической больницы
- Мучник М.М., том 7, № 1, 2001 г. Свободные ассоциации при шизофрении и пограничных расстройствах
- Нашкенова А.М., том 7, № 3, 2001 г. Психическое и соматоневрологическое здоровье подростков с суициальным поведением
- Нуркатов Е.М., том 7, № 4, 2001 г. Этнокультуральные особенности клиники псевдогаллюцинаторного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо
- Петуров И.А., том 7 № 2, 2001 г., К вопросу о роли вегетативных нарушений в соматоформных расстройствах
- Россинский Ю.А., том 7, № 1, 2001 г. К вопросу о профилактике и групповой коррекции нарушений психического приспособления у детей 6-8 лет, в школах с повышенными нагрузками
- Россинский Ю.А., Валивач М.Н., том 7 № 2, 2001 г. Гипоталамус и нарушение психической адаптации у девочек-подростков
- Руженков В.А., том 7, № 3, 2001 г. Особенности развития интеллекта и креативности в условиях родительской депривации
- Руженков В.А., том 7, № 3, 2001 г. Тревожность и особенности межличностных отношений подростков, лишенных родительского попечительства
- Симуткин Г.Г., том 7, № 3, 2001 г. К вопросу о систематике сезонных аффективных расстройств
- Скударь К.Е., том 7, № 3, 2001 г. Социальные факторы риска развития депрессивного состояния у больных с органическим аффективным расстройством
- Соколов М.П., Комаха Г.Г., Гагаркина И.Г., том 7, № 1, 2001 г. Реабилитация детей и подростков с проблемой суицида
- Соколов М.П., Новиков Л.А., Новикова С.Ю., том 7, № 1, 2001 г. Интенсивная терапия подростков в условиях детского дневного стационара
- Суатбаев Н.Р., том 7, № 3, 2001 г. Опыт использования электросудорожной терапии (ЭСТ) для лечения эндогенных психозов
- Тулегенов Р.М., Россинский Ю.А., Гаськов А.П., Валивач М.Н., том 7, № 1, 2001 г. Показатели состояния психического и соматического здоровья павлодарцев, ликвидаторов чернобыльской аварии
- Юнусов М.Р., Миронов В.В. том 7, № 4, 2001 г. Клинико-социальная характеристика криминальных действий больных олигофренией по данным СПЭК Костанайской областной психиатрической больницы

## НАРКОЛОГИЯ

- Алтынбеков С.А., Бутенко П.В., том 7, № 4, 2001 г. Оценка уровня распространения и типичные характеристики лиц с алкогольной зависимостью в Республике Казахстан
- Алтынбеков С.А., Денисова Е.В., том 7, № 4, 2001 г. Исследование распространенности наркоманий и типичные характеристики наркозависимых в Республике Казахстан
- Жаксылыкова М.Х., Красникова В.С., том 7, № 4, 2001 г. Исследование распространности и типичные характеристики респондентов с зависимостью от табака
- Жолдасова Ж., том 7, № 4, 2001 г. Характеристика осведомленности населения РК о проблеме наркотизма
- Идрисова А.М., Джарбусынова Б.Б., том 7, № 4, 2001 г. Оценка личного отношения населения РК к проблеме наркомании
- Каражанова А.С., том 7, № 4, 2001 г. Оценка уровня осведомленности населения о проблеме наркотизма в Республике Казахстан в зависимости от возраста и уровня вовлеченности в орбиту наркотизма
- Катков А.Л., Россинский Ю.А., Валивач М.Н., том 7, № 3, 2001 г. Проект создания единой информационной сети в Центрах медико-социальной реабилитации наркозависимых в Республике Казахстан
- Менделевич В.Д., Сахаров Е.А., том 7, № 1, 2001 г. Экзистенциальная психотерапия наркозависимых
- Молчанов С.Н., Красникова В.С., том 7, № 4, 2001 г. Представление населения о степени ответственности различных институтов и субъектов в отношении решения проблемы распространения наркозависимости в Республике Казахстан
- Нургазина А.З., Красникова В.С., том 7, № 4, 2001 г. Оценка уровня осведомленности населения Республики Казахстан о проблемах наркотизма в зависимости от распределения по уровням соматического, психического, психологического и социального

---

---

го здоровья

Пак Т.В., Джарбусынова Б.Б., том 7, № 4, 2001 г.  
Оценка потенциального личного вклада населения  
РК в решение проблемы наркомании

Тампишева Д.Р., Джарбусынова Б.Б., том 7, № 4,  
2001 г. Исследование предполагаемого уровня от-

ветственности в отношении проблемы наркозави-  
симости среди населения Республики Казахстан

Шушкевич В.П., Саенко П.П., том 7, № 1, 2001  
г. Об особенностях комплексной терапии алкоголь-  
ной зависимости в условиях городской поликлини-  
ки

## ИНФОРМАЦИЯ

Егоров Б.Е., том 7 № 2, 2001 г. История одной  
докторской диссертации (кафедральные байки)

Егоров Б.Е., том 7 № 3, 2001 г. История одной  
докторской диссертации (продолжение)

К 75-летию Зальцмана Григория Ильича, том 7,  
№ 1, 2001 г.

Макаров В.В., том 7 № 2, 2001 г. Итоги X евро-  
пейского конгресса по психотерапии

Приц А., том 7 № 2, 2001 г. Информация о III  
Мировом Конгрессе по психотерапии

Список мероприятий секции трансперсональной  
психотерапии на конференции ЕАР, том 7 № 2, 2001 г.

---

---

## **РЕЗЮМЕ**

### **ТРАНСКУЛЬТУРАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И МУЛЬТИКУЛЬТУРАЛЬНАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ**

Пезешкиан Х.

Висбаденская Академия Психотерапии разработала специальный курс обучения для последипломного образования в области транскультуральной психотерапии и мультикультуральной консультации, который кратко изложен в данной ста-

тье. Этот курс повышения квалификации предназначен как для врачей и психологов стационарных отделений психиатрии и психотерапии, так и для официально допущенных частнопрактикующих врачей.

### **ПОДХОДЫ К ПОЗИТИВНОЙ КОНЦЕПЦИИ СЕМЬИ В 21 ВЕКЕ**

Пезешкиан Х.

С представленной новой концепцией семьи связаны традиционные ценности, потребности, отвечающие времени, и научные знания. Только через равенство моральных ценностей, которые всегда были основой долговременной семейной жизни, и прогрессивных, современных принципов, которые соответствуют духу времени “ glo-

бального сообщества”, возможно, противостоять “благополучием” против сил дезинтеграции и построить новое пространство для развития сильной семьи сегодня. Новая концепция строится на трех столпах: на традиционных ценностях, на прогрессивных принципах и практических инструментах.

### **ОПЫТ КОМПЬЮТЕРИЗАЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ**

Суатбаев Н.Р.

Компьютеризированные рабочие места и отдельные программы, разработанные нами, используются в ряде психодиагностических лабораторий г. Усть-Каменогорска и других городов Восточно-Казахстанской области. Разработанное нами компью-

теризованное рабочее место психолога позволяет значительно экономить время, особенно при большом потоке испытуемых, освобождая специалиста от рутинной работы. Может использоваться в психодиагностической работе в клинике, в школе.

### **ПАНИЧЕСКИЕ АТАКИ – ПРОБЛЕМА ИНТРАПСИХИЧЕСКИХ КОНФЛИКТОВ И ПСИХОАНАЛИЗ**

Тутер Н.В.

Обследовано 28 человек с паническими атаками (ПА) из них: 23 женщины и 5 мужчин. Результаты исследования выявили наличие бессознательных конфликтов у исследованных пациентов и показали необходимость применения пси-

хоаналитической психотерапии у этих больных с учетом выявленных особенностей. В статье показан результат применения психоаналитической психотерапии на примере одного клинического случая.

---

---

## **К ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВИРТУАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ТРАНСПЕРСОНАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ**

Файдыш Е.А.

Компьютерное сканирование позволяет проявить глубоко вытесненные, не осознаваемые корни психологической проблемы, а возможность виртуального пространства и символики – работать с визуальными, динамическими образами

архетипов, осуществлять их трансформацию. В экспериментах использовались профессиональные программные пакеты (Fractint, Chaos), предназначенные для расчета фрактальных множеств.

### **БЕССОЗНАТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ВИРТУАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ**

Чернышова С.

Чрезмерное увлечение общением в сети является частным проявлением тенденции ухода от реальности, от реального общения.

В статье подробно рассматриваются особенности интерактивного общения в сети Интернет.

### **ИСТОРИЧЕСКОЕ И ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОГО ПОДХОДА В ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ТРЕВОЖНЫМИ ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Шурупов Н.Н.

В статье дан краткий обзор взглядов на психотерапию фобий, на их феноменологию и этиопатогенез, сделан исторический обзор изучения и лечения

фобий. Исходя из этого, дается обоснование применения психоаналитического подхода в психотерапии больных тревожными фобическими расстройствами.

### **СООТНОШЕНИЕ СУГГЕСТИВНЫХ И ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИХ МЕТОДИК В ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ТРЕВОЖНЫМИ ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Шурупов Н.Н.

На примере тревожных фобических расстройств продемонстрировано, что суггестивные и психоаналитические методики являются исто-

рически и патогенетически неотъемлемыми и взаимодополняющими частями психотерапии неврозов.

### **ОСОБЕННОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН**

Айдельдяев Б.С.

Изучение особенностей противоправных действий вменяемых и общественно опасных действий невменяемых больных показало необходимость

уточнения и большей дифференциации категорий правонарушений, по которым проводится классификация их психопатологических механизмов.

---

---

## **СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ**

Айдельдяев Б.С.

Всего было обследовано 529 человек. Из них – 484 мужчины (91,5%), 45 женщин (8,5%) (то есть в соотношении 10,8 : 1) в возрасте от 15 до 70 лет. Критерием отбора больных для исследования являлось объективное полученное по данным клинического исследования наличие психических или пове-

денческих расстройств. Были изучены все больные с психическими расстройствами, совершившие общественно опасные действия и проходившие в течение периода с октября 2000 года по сентябрь 2001 судебно-психиатрическую экспертизу в Центре СПЭ Министерства юстиции Республики Казахстан.

## **ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТЕХНИКИ ДЛЯ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ В УСЛОВИЯХ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ**

Миронов В.В.

Компьютерная электроэнцефалография предоставляет практическому врачу новые диагностические возможности при работе в общепсихиатрических отделениях, отделениях пограничной и психосоматической патологии, психоневрологических диспансерах для детского и взрослого населения.

Это касается диагностики эпилепсии и очагового поражения мозга, решения экспертных вопросов, отделенного прогноза органического поражения ЦНС различного генеза, определения индивидуальной чувствительности к лекарственным препаратам.

## **ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ПСЕВДОГАЛЛЮЦИНАТОРНОГО ВАРИАНТА СИНДРОМА КАНДИНСКОГО-КЛЕРАМБО**

Нуркатов Е.М.

Целью данной работы является изучение феноменологических проявлений синдрома Кандинского-Клерамбо у больных шизофренией в этнической групп-

пе казахов (47 больных). В статье описаны обнаруженные особенности его галлюцинаторного варианта, который наблюдался у 19 больных (40,4%).

## **КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КРИМИНАЛЬНЫХ ДЕЙСТВИЙ БОЛЬНЫХ ОЛИГОФРЕНИЕЙ ПО ДАННЫМ СПЭК КОСТАНАЙСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ**

Юнусов М.Р., Миронов В.В.

Изучались 237 актов судебно-психиатрической экспертизы, выделенных из числа направленных на СПЭ для определения вменяемости по нозологическому принципу. Проведен статистический анализ по

некоторым демографическим показателям, клиническим характеристикам. Исследовались также характер инкриминируемых деликтов и условия, сопутствовавшие криминальному поведению.

---

---

## **ОЦЕНКА УРОВНЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ И ТИПИЧНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН**

Алтынбеков С.А., Бутенко П.В.

Основной целью данного исследования является выявление того, что люди в РК знают и как они себя ведут, когда сталкиваются с проблемами алкогольной зависимости. Исследование проводилось по следующим критериям: рас-

пространенность алкогольной зависимости в РК; социально-демографический характер алкогольной зависимости; сравнительный анализ с другими видами зависимости – табачной и наркотической.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НАРКОМАНИИ И ТИПИЧНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НАРКОЗАВИСИМЫХ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН**

Алтынбеков С.А., Денисова Е.В.

В исследовании использовались социально-демографические критерии, качество жизни, а также понятия разных уровней здоровья. Результаты исследования могут быть использованы в разработке

вья. Также проведен сравнительный анализ алкогольной, табачной и наркотической зависимостей.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ТИПИЧНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ РЕСПОНДЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ТАБАКА**

Жаксылыкова М.Х., Красникова В.С.

В исследовании использовались социально-демографические критерии, качество жизни, а также понятия разных уровней здоровья. Результаты исследования могут быть использованы в разработке

практической программы в отношении группы населения, зависимого от табака или в программах первичной профилактики распространения табакокурения в РК

## **ХАРАКТЕРИСТИКА ОСВЕДОМЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН О ПРОБЛЕМЕ НАРКОТИЗМА**

Жолдасова Ж.

Проблема изучалась по следующим параметрам: представление о наркотических веществах; осведомленность о веществах, относящихся к наркотическим; осведомленность о способах употребления наркоти-

ческих веществ; осведомленность о воздействии наркотических веществ на состояние человека; оценка остроты проблемы наркомании; осведомленность о критерии принадлежности к наркозависимым.

## **ОЦЕНКА ЛИЧНОГО ОТНОШЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН К ПРОБЛЕМЕ НАРКОМАНИИ**

Идрисова А.М., Джарбусынова Б.Б.

В проведенном исследовании анализировались данные опроса, выясняющего личное отношение населения РК к проблеме наркомании по следующим параметрам: тревога за будущее детей, трево-

га за будущее государства, тревога за собственное будущее, равнодушие, легкое беспокойство, повышенный интерес, не определил своего отношения.

---

---

## **ОЦЕНКА УРОВНЯ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ О ПРОБЛЕМЕ НАРКОТИЗМА В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА И УРОВНЯ ВОВЛЕЧЕННОСТИ В ОРБИТУ НАРКОТИЗМА**

Каражанова А.С.

Исследование проводилось по следующим параметрам: осведомленность о наркотических веществах, осведомленность о веществах, относящихся к наркотическим, осведомленность о способах употребления наркотичес-

ких веществ, осведомленность о воздействии наркотических веществ на человека, осведомленность о критериях принадлежности к наркозависимым, оценка остроты проблемы наркомании в РК.

### **ПРЕДСТАВЛЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ О СТЕПЕНИ ОТВЕТСТВЕННОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ИНСТИТУТОВ И СУБЪЕКТОВ В ОТНОШЕНИИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НАРКОЗАВИСИМОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН**

Молчанов С.Н., Красникова В.С.

В работе рассматривается представление среди различных групп населения РК об ответственности за конструктивное решение проблем наркомании.

Данные полученные в ходе исследования могут быть применены при разработке профилактических и реабилитационных программ.

### **ОЦЕНКА УРОВНЯ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН О ПРОБЛЕМАХ НАРКОТИЗМА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ПО УРОВНЯМ СОМАТИЧЕСКОГО, ПСИХИЧЕСКОГО, ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО И СОЦИАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ**

Нургазина А.З., Красникова В.С.

Оценка уровня осведомленности населения РК о проблеме наркотизма проводилась по следующим критериям: оценка осведомленности о воздействии наркотических веществ на человека сразу и после употребления, оценка осведомленности о воздействии наркотических веществ на состояние человека после длительного их применения, оценка осто-

роты проблемы наркомании в РК, оценка осведомленности о веществах, относящихся к наркотическим, оценка осведомленности о способах употребления наркотических веществ, оценка осведомленности о критерии принадлежности к наркозависимым, оценка осведомленности о природе наркотических веществ.

### **ОЦЕНКА ПОТЕНЦИАЛЬНОГО ЛИЧНОГО ВКЛАДА НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН В РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ НАРКОМАНИИ**

Пак Т.В., Джарбусынова Б.Б.

Исследование проводилось по следующим параметрам: личный вклад населения РК в решение проблемы наркомании, личное время, выделяемое для решения проблем наркомании, средства из бюджета семьи, выделяемые для решения проблемы наркомании, личный вклад,

средства для решения проблемы наркомании в зависимости от вовлеченности в орбиту наркотизма, личный вклад населения РК, время и средства, выделяемые в решение проблемы наркомании в зависимости от психологического здоровья.

---

---

**ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕДПОЛАГАЕМОГО УРОВНЯ ОТВЕТСТВЕННОСТИ В  
ОТНОШЕНИИ ПРОБЛЕМЫ НАРКОЗАВИСИМОСТИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

Тампишева Д.Р., Джарбусынова Б.Б.

Исследование предполагаемого уровня ответственности в отношении проблемы наркозависимости проводилось по следующим параметрам: проблема каждого гражданина РК, про-

блема силовых структур, медицинская проблема, проблема только государства, лично моя проблема, не касается лично меня, затрудняюсь с ответом.

---

---

## SUMMERSIES

### TRANSCULTURAL PSYCHOTHERAPY AND MULTICULTURAL COUNSELING

Peseshkian H.

Wiesbaden Academy of Psychotherapy has developed a special curriculum for post-diploma education in the field of transcultural psychotherapy and multicultural counseling that is briefly stated in given

article. The course of improvement of qualification are intended as for doctors and psychologists of stationary departments of psychiatry and psychotherapy, and for officially allowed privately general practitioners.

### APPROACHES TO THE POSITIVE CONCEPT OF FAMILY IN 21 CENTURY

Peseshkian H.

Traditional values, the needs adequate to time, and scientific knowledge are connected to the submitted new concept of family. Only through equality of moral values which always were a basis of long-term home life, and progressive, modern principles which adequate to spirit of «global

community» time, probably to resist «well-being» against forces of disintegration and to construct new space for development of strong family today. The new concept is under construction on three pillars: on traditional values, on progressive principles and practical tools.

### EXPERIENCE OF A COMPUTERIZATION OF PSYCHOLOGICAL DIAGNOSTICS

Suatbaev N.R.

The computerized workplaces and the separate programs developed by us, are used in a number of psychodiagnosis laboratories of Ust'-Kamenogorsk and other cities of the East Kazakhstan region. The computerized

psychologist workplace developed by us considerably allows saving time, especial at the big stream of examinees, releasing the expert from routine of work. It can be used in psychodiagnosis work in clinic, at school.

### PANIC ATTACKS - A PROBLEM OF INTRAPSYCHIC CONFLICTS AND PSYCHOANALYSIS

Tuter N.V.

It is investigated 28 persons with panic attack (PA): 23 women and 5 men. Results of research have revealed presence of unconscious conflicts at the investigated patients and have shown necessity of psychoanalytical

psychotherapy application at these patients taking into account of the revealed features. In article the result of psychoanalytical psychotherapy application is shown on an example of one clinical case.

---

---

## **TO AN OPPORTUNITY OF USE OF VIRTUAL TECHNOLOGIES IN TRANSPERSONAL PSYCHOTHERAPY**

Faidysh E.A.

Computer scanning allows to show deeply superseded, not realized roots of a psychological problem, and an opportunity of virtual space and symbolic - to work with visual, dynamic images of

archetypes, to carry out their transformation. Professional software packages (Fractint, Chaos), intended for calculation fractal sets were used in experiments.

### **UNCONSCIOUS ASPECTS OF A VIRTUAL INTERCOURSE**

Chernyshova S.

The excessive passion for an intercourse in a network is individual display of the tendency of a leaving from a reality,

from a real intercourse. In article features of an interactive intercourse in a network are in detail considered.

### **HISTORICAL AND ETIOPATHOGENETIC SUBSTANTIATION OF APPLICATION OF THE PSYCHOANALYTIC APPROACH IN PSYCHOTHERAPY OF PATIENTS WITH PHOBIC DISORDERS**

Shurupov N.N.

In article the brief review of opinions on psychotherapy of phobias, on their phenomenology and etiopathogenesis is given, the historical review of studying and treatment of phobias is made.

Proceeding from this the substantiation of application of the psychoanalytic approach in psychotherapy of patients with phobic disorders is given.

### **RATIO OF SUGGESTIVE AND PSYCHOANALYTIC TECHNIQUES IN PSYCHOTHERAPY OF PATIENTS WITH DISTURBED PHOBIC DISORDERS**

Shurupov N.N.

On an example of disturbed phobic disorder it is shown, that suggestive and psychoanalytic techniques

are historically and pathogenetically integral and complementary parts of psychotherapy of neurosis.

### **FEATURES OF PSYCHOPATHOLOGICAL MECHANISMS OF SOCIALLY DANGEROUS ACTS OF MENTALLY ILL PATIENTS IN KAZAKHSTAN**

Aidel'dyaev B.S.

Studying of features of unlawful acts of sane and socially dangerous acts of insane patients has shown necessity of specification and the greater

differentiation of categories of offences on which classification of their psychopathological mechanisms is carried out.

---

---

## **SOCIAL - DEMOGRAPHIC FEATURES OF MENTALLY ILL PATIENTS, WHICH HAVE MADE SOCIALLY DANGEROUS ACTS**

Aidel'dyaev B.S.

In total it was surveyed 529 people - 484 men (91,5 %), 45 women (8,5 %) (that is in the ratio 10,8 : 1) in the age of from 15 till 70. Criterion of selection of patients for research was the objective, received according to clinical research, presence of mental or

behavioral disorders. All patients with the mental disorders, made socially dangerous acts and undergone forensic psychiatric examination in Center of FPE of the Ministry of Justice of Kazakhstan during the period since October, 2000 till September 2001 were investigated.

## **EXPERIENCE OF USE OF COMPUTERIZED TECHNOLOGY FOR NEUROPHYSIOLOGICAL DIAGNOSTICS IN CONDITIONS OF PSYCHONEUROLOGICAL HOSPITAL**

Mironov V.V.

Computerized electroencephalography gives an applied doctor new diagnostic opportunities at work in general-psychiatric departments, boundary and psychosomatic pathology departments, psychoneurological hospitals for children and adult

population. It concerns diagnostics epilepsy and focal lesion of a brain, the decision of the expert questions, the separated forecast various genesis of organic lesion of CNS, definitions of individual medical products susceptibility.

## **ETHNOCULTURAL FEATURES OF CLINIC PSEUDOHALUCINATORY VARIANT OF KANDINSKIY-CLERAMBAULT SYNDROME**

Nurkatov E.M.

The purpose of the given work is studying phenomenological displays of Kandinskiy-Clerambault syndrome at patients with schizophrenia in an ethnic

group of Kazakhs (47 patients). Found out features of its hallucinatory variant that was observed at 19 ill (40,4%) are described in article.

## **THE CLINIC-SOCIAL CHARACTERISTIC OF CRIMINAL ACTIONS OF OLIGOPHRENIC PERSON ON DATA OF FORENSIC PSYCHIATRIC EXAMINATION IN KOSTANAY REGIONAL PSYCHIATRIC HOSPITAL**

Junusov M.R., Mironov V.V.

237 acts of the forensic psychiatric examination detailed from among persons who was sent on FPE for definition of sanity on nosological principle were studied. The statistical analysis on some demographic

parameters, clinical characteristics are carried out. Character of incriminated delicts and conditions accompanying criminal behavior also were investigated.

## **ESTIMATION OF A LEVEL OF DISTRIBUTION AND THE TYPICAL CHARACTERISTIC OF PERSONS WITH ALCOHOLIC DEPENDENCE IN KAZAKHSTAN**

Altynbekov S.A., Butenko P.V.

The basic purpose of the given research is revealing that people in Kazakhstan know and how they conduct themselves, when they face with problems of alcoholic dependence. Research was carried out by the following

criteria: prevalence of alcoholic dependence in Kazakhstan; social - demographic character of alcoholic dependence; the comparative analysis with other kinds of dependence - tobacco and narcotic.

---

---

## **RESEARCH OF PREVALENCE OF AN ADDICTION AND TYPICAL CHARACTERISTICS OF NARCODEPENDENTS IN KAZAKHSTAN**

Altynbekov S.A., Denisova E.V.

Social - demographic criteria, quality of life, and also concept of different levels of health were used in

research. The comparative analysis of alcoholic, tobacco and narcotic dependences also is carried out.

## **RESEARCH OF PREVALENCE AND TYPICAL CHARACTERISTICS OF RESPONDENTS WITH TOBACCO DEPENDENCE**

Zhaksylykova M.H., Krasnikova V.S.

Social - demographic criteria, quality of life, and also concept of different levels of health were used in research. Results of research can be used in development of the

applied program concerning group of the population dependent on tobacco or in programs of preexposure prophylaxis of smoking distribution in Kazakhstan.

## **THE CHARACTERISTIC OF AWARENESS OF THE POPULATION OF KAZAKHSTAN ABOUT A PROBLEM OF NARCOTISM**

Zholdasova Zh.

The problem was studied on the following parameters: representation about narcotic substances; awareness on the substances concerning to narcotic; awareness on directions of use of narcotic substances;

awareness on influence of narcotic substances on a condition of the person; an estimation of an acuteness of a problem of an addiction; awareness on criterion of a belonging to narcodependents.

## **ESTIMATION OF THE PERSONAL ATTITUDE OF THE POPULATION OF KAZAKHSTAN TO A PROBLEM OF AN ADDICTION**

Idrisova A.M., Dzharbusynova B.B.

In the carried out research the data of the interrogation which is finding out the personal attitude of population of Kazakhstan to a problem of an addiction on the following parameters were analyzed:

alarm for the future of children, alarm for the future of the state, alarm for the own future, indifference, easy anxiety, a heightened interest, has not defined the attitude.

## **ESTIMATION OF A LEVEL OF AWARENESS OF THE POPULATION ABOUT A PROBLEM OF NARCOTISM IN KAZAKHSTAN DEPENDING ON AGE AND A LEVEL OF INVOLVEMENT IN AN ORBIT OF NARCOTISM**

Karazhanova A.S.

Research was carried out on the following parameters: awareness on narcotic substances, awareness on the substances concerning to narcotic, awareness on directions of use of narcotic substances,

awareness on influence of narcotic substances on the person, awareness on criteria of a belonging to narcodependents, an estimation of an acuteness of a problem of an addiction in Kazakhstan.

---

---

**REPRESENTATION OF THE POPULATION ABOUT A DEGREE OF THE  
RESPONSIBILITY OF VARIOUS INSTITUTES AND SUBJECTS  
CONCERNING THE DECISION OF A PROBLEM OF NARCODEPENDENCE  
DISTRIBUTION IN KAZAKHSTAN**

Molchanov S.N., Krasnikova V.S.

Representation among various groups of population of Kazakhstan about the responsibility for the constructive decision of problems of an addiction is

considered in research. The data received during research can be applied on development of preventive and rehabilitation programs.

**ESTIMATION OF A LEVEL OF AWARENESS OF THE POPULATION OF KAZAKHSTAN  
ABOUT PROBLEMS OF NARCOTISM DEPENDING ON DISTRIBUTION ON LEVELS  
OF SOMATIC, MENTAL, PSYCHOLOGICAL AND SOCIAL HEALTH**

Nurgazina A.Z., Krasnikova V.S.

The estimation of a level of awareness of population PK about a problem of narcotism was carried out by the following criteria: an estimation of awareness on influence of narcotic substances on the person at once and after the use, an estimation of awareness on influence of narcotic substances on a condition of the person after their long application, an estimation of an

acuteness of a problem of an addiction in Kazakhstan, an estimation of awareness on the substances concerning to narcotic, an estimation of awareness on directions of use of narcotic substances, an estimation of awareness on criterion of a belonging to narcodependents, an estimation of awareness on a nature of narcotic substances.

**ESTIMATION OF THE POTENTIAL PERSONAL CONTRIBUTION OF POPULATION  
OF KAZAKHSTAN IN THE DECISION OF A PROBLEM OF AN ADDICTION**

Pak T.V., Dzharbusynova B.B.

Research was carried out on the following parameters: the personal contribution of population of Kazakhstan to the decision of a problem of an addiction, the personal time allocated for the decision of problems of an addiction, means from the family budget allocated for the decision of a problem of an addiction, the

personal contribution, means for the decision of a problem of an addiction depending on involvement in an orbit of narcotism, the personal contribution of population of Kazakhstan, time and the means allocated in the decision of a problem of an addiction depending on psychological health.

**RESEARCH OF A PROSPECTIVE LEVEL OF RESPONSIBILITY CONCERNING A  
PROBLEMOF NARCODEPENDENCE AMONG THE POPULATION OF KAZAKHSTAN**

Tampisheva D.R., Dzharbusynova B.B.

Research of a prospective level of responsibility concerning a problem of narcodependence was carried out on the following parameters: the problem of each citizen of

Kazakhstan, a problem of power structures, a medical problem, a problem only the state, personally my problem, it does not concern personally me, I am at a loss for answer.

