

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

Том X

**Специальный выпуск, посвященный 2 съезду психиатров,
наркологов, психотерапевтов Республики Казахстан**

**2004
Москва-Павлодар**

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Кандидат медицинских наук С.А.Алтынбеков; кандидат медицинских наук Г.Х.Айбасова; профессор, доктор медицинских наук А.А.Аканов; Е.В.Денисова (ответственный секретарь); профессор О.Т.Жұзжанов; профессор Н.Т.Измаилова; профессор, доктор медицинских наук А.Л.Катков (главный редактор); профессор, доктор медицинских наук В.В.Макаров (главный редактор); кандидат психологических наук Г.А.Макарова; доктор медицинских наук С.А.Нурмагамбетова; А.Н.Рамм (редактор); кандидат медицинских наук Ю.А.Россинский; академик РАМН В.Я.Семке; А.К.Тастанова; кандидат медицинских наук В.Ф.Трубецкой; кандидат медицинских наук А.Ю.Толстикова; профессор А.А.Чуркин

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

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

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

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

**Внимание, соискатели! Журнал “Вопросы ментальной медицины и экологии”
решением коллегии ВАК от 3.03.2002 г. включен в перечень изданий
для публикации основных научных результатов диссертации**

**Журнал основан в 1995 году
Адрес редакции: Казахстан, г. Павлодар, ул. Кутузова, 200.
Телефон (факс): 8(3182) 57-29-39
E-mail: neovitae@pisem.net**

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

СОДЕРЖАНИЕ

РЕДАКТОРСКИЕ СТАТЬИ

УЧРЕДИТЕЛИ:

Катков А.Л.

Функциональная концепция психического в контексте
интегративно-развивающей психотерапии

6-14

ПСИХОТЕРАПИЯ

Катков А.Л.

Метамодель социальной психотерапии

15-22

Пак Т.В.

Интегративно-развивающая, групповая психотерапия
больных наркоманией (результаты исследования)

22-44

**Профессиональная
Психотерапевтическая
Лига**

ПСИХИАТРИЯ

Айбасова Г.Х.

Анализ стандарта, объема и качества услуг, оказываемых
службами психического здоровья Республики
Казахстан

45-73

Кошегулова Р.М.

Перспективы использования нового поколения нейро-
лептиков в психофармакологии (аналитический обзор
литературы)

73-89

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

ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

Катков А.Л., Джарбусынова Б.Б.

Соотношение психического и психологического здо-
ровья среди населения Республики Казахстан по дан-
ным эпидемиологического исследования 2001 года

90-111

ИНФОРМАЦИЯ, ОБЗОРЫ

Юсопов О.Г.

Основы арт-терапевтической теории и практики

112-123

Резюме

124-127

**Том X
специальный выпуск
2004 год**

**выходит
4 раза в год**

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»**

EDITORIAL ARTICLES

- Katkov A.L.*
Functional concept of mentality in a context integrative-developing psychotherapy 6-14

PSYCHOTHERAPY

- Katkov A.L.*
Metamodel of social psychotherapy 15-22
Pak T.V.
Integrative-developing, group psychotherapy of patients with drug addiction (research results) 22-44

PSYCHIATRY

- Aibasova G.H.*
The analysis of the standard, volume and quality of the services rendered by mental health services of Republic of Kazakhstan 45-73
Koshchegulova R.M.
Prospects of use of new generation neuroleptics in psychopharmacology (review by analisis of the literature) 73-89

BOUNDARY PATHOLOGY

- Katkov A.L., Dzharbusynova B.B.*
Ratio of mental and psychological health among the population of Republic of Kazakhstan according to epidemiological research of 2001 90-111

INFORMATION, REVIEWS

- Yussopov O.G.*
Bases of the arttherapeutic theory and practice 112-123
The summary 124-127

**Volume X
Special edition
2004**

**Published 4 times
in a year**

УВАЖАЕМЫЕ ЧИТАТЕЛИ!

Данный внеочередной номер научно-практического журнала «Вопросы ментальной медицины и экологии» посвящен Второму съезду психиатров, наркологов, психотерапевтов Республики Казахстан, который будет проводиться 9-10 сентября 2004 г. в г. Павлодаре.

Первый съезд психиатров-наркологов Казахстана состоялся в октябре 1987 года. С этого времени прошло 17 лет, в течение которых можно было отметить как деструктивные, так и конструктивные тенденции в развитии психиатрии, психотерапии, наркологии в Казахстане.

Вместе с тем, нельзя не сказать о том, что в последние годы наметился обнадеживающий перелом в ситуации, связанной с организацией психиатрической, психотерапевтической, наркологической помощи населению Республики. Открыты два научных центра – Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании в г. Павлодаре (2001 г.) и Республиканский научно-практический Центр психиатрии, психотерапии и наркологии в г. Алматы (2002 г.). Оба центра успешно выполняют масштабные, комплексные научно-технические программы, направленные на всестороннее развитие ментальных профессий в РК, расширение ассортимента, объема и повышения качества услуг, реализуемых службами психического здоровья Республики.

На базе Республиканского научно-практического Центра медико-социальных проблем наркомании в 2001 году открыта кафедра психотерапии и наркологии Павлодарского факультета усовершенствования врачей СГМА. Таким образом, дополнительный импульс развития получили психотерапевтическая и наркологическая специальности.

Коллективы Республиканских научных Центров активно сотрудничают с международными организациями, научными учреждениями ближнего и дальнего зарубежья.

В Республике Казахстан в настоящее время издается три регулярных научно-практических журнала (два из них входят в перечень изданий, публикации в которых учитываются ВАК Казахстана). В данных журналах оперативно публикуются статьи отечественных и зарубежных авторов, наиболее интересные материалы по профилю психиатрии, психотерапии, наркологии, издаваемые в мировой прессе.

Таким образом, психиатрической, наркологической и психотерапевтической науке и практике Казахстана есть, что продемонстрировать на предстоящем профессиональном форуме.

В настоящем номере представлены наиболее значительные работы казахстанских ученых, выполненные в последние годы. Опубликованные материалы будут дополнять панораму Второго съезда психиатров, наркологов, психотерапевтов Республики Казахстан, представляющего достижения ученых и практиков Республики Казахстан и стран СНГ.

Пожелаем съезду успешной работы!

Главный редактор от Казахстана
профессор, доктор медицинских наук
Заведующий кафедрой психотерапии
и наркологии СГМА
Заместитель директора по науке и образованию
Республиканского научно-практического Центра
медико-социальных проблем наркомании

А.Л. Катков

Главный редактор от Российской Федерации
профессор, доктор медицинских наук
Заведующий кафедрой психотерапии
и наркологии с курсом сексопатологии РАПО
Президент ППЛ

В.В.Макаров

РЕДАКТОРСКИЕ СТАТЬИ

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ КОНЦЕПЦИЯ ПСИХИЧЕСКОГО В КОНТЕКСТЕ ИНТЕГРАТИВНО-РАЗВИВАЮЩЕЙ ПСИХОТЕРАПИИ

А.Л.Катков

г. Павлодар

I. Введение

Современный этап становления психотерапии, помимо явных признаков бурного развития профессии, демонстрирует и не менее очевидные проблемные узлы, затрудняющие идентификацию психотерапии как самостоятельной дисциплины, отличной от других развивающих практик (образование, воспитание, психологическое и философское консультирование, религиозные и мистические практики, психотехнологии в духе Мюнстерберга и т.д.).

Наиболее острыми идентификационными проблемами психотерапии представляются следующие: разобщение понятийной базы, отсутствие четкой семантики и общего тезауруса в специальной терминологии; произвольная методология построения как теоретических, так и прикладных аспектов специальности; отсутствие не только объективных, но даже и конвенциональных критериев определения дееспособности и эффективности названных теоретических концептов и практических усилий, реализуемых в профессиональном поле психотерапии; отсутствие, вследствие всего вышесказанного, ясного и четкого определения предмета, целей и задач и, следовательно, миссии психотерапии (или, хотя бы, более или менее связанного континуума этих базовых категорий, которые и формируют актуальное профессиональное содержание – дисциплинарную матрицу профессии). Отсюда – путаница в определении стандартов подготовки специалистов-психотерапевтов (образовательные стандарты), профессиональных стандартов (базовые знания-умения-навыки), стандартов услуг (ассортимент, качество, спецификация психотерапевтических технологий).

Консервация данного статуса профессии приводит к неадекватному «расползанию» психотерапевтического поля и утрате темпов развития специальности.

В связи со всем сказанным, нами был предложен широкий, функциональный (а не узко-теоретический) подход к дисциплинарной интеграции, позволяющий идентифицировать психотерапию как уникальную технологию кризисного развития индивида и общества (данное определение учитывает основной вектор становления профессии, доминирующий в предшествующие этапы ее развития), или как уникальную индивидуальную и социальную развивающую практику (данное определение учитывает настоящий и, главным образом, будущий вектор развития профессии). С нашей точки

зрения, использование данного подхода, позволяет, с одной стороны, избежать каких-либо неоправданных теоретических крайностей в представлениях о природе психического и сущности психотерапевтической коммуникации и сконцентрироваться на особенностях, обеспечивающих ее эффективность. С другой – проясняет самую суть непростой идентификационной трилеммы психотерапевтической науки, связанной с неверифицируемостью основных ресурсных инстанций психического. Инстанций, к которым психотерапия, как практика, вынуждена обращаться с тем, чтобы обеспечивать искомый результат – глубокие, действенные и адекватные изменения в качестве и содержании жизни людей.

Таким образом, психотерапия стоит перед необходимостью выбора между статусом «подлинной» науки с ценой отказа или вытеснения своего основного предмета – ресурсных категорий души и духа (без чего, сколько угодно изощренная концепция психического не может претендовать на свойство целостности); возможностью отказаться от данного респектабельного статуса, что, фактически, означало бы откат на позиции 100-летней давности к формату архаических, интуитивных практик (заметим, что и эти тенденции в той или иной степени представлены в поле современной психотерапии). Или, в лучшем случае, к уже известному, псевдонаучному камуфляжу бессмысленного изобилия произвольных методов и прикладных теорий психического. Наконец, третий путь – это нелегкое восхождение к горизонтам новых научных архетипов, более адекватных сущностному предмету психотерапевтической науки и практики, дающих возможность верификации основных ресурсных инстанций психического и обновленного, объемного взгляда на реальность. Мы считаем, что подлинной сущности и потенциалу психотерапии соответствует последнее направление развития специальности, в контексте которого и выстает функциональная концепция психического.

II. Контекст

Следующим логическим шагом в развитии нового идентификационного подхода в теории психотерапии является разработка функциональной концепции психического. Такой концепции, которая позволяет адекватно рационализировать имеющиеся представления о сущности психе, в частности, о

ее неверифицируемых в элементаристских научных архетипах, ресурсных инстанциях, адекватно объяснять и усиливать уникальный контекст терапевтических отношений, и, в тоже время, способствовать формированию более адекватного научного архетипа, «легализующего» новый, перспективный взгляд на природу психического.

При этом, следует иметь ввиду, что вся содержательная совокупность категории реального (объекты – предметы - среда, законы – закономерности взаимодействия между ними, пространственно – временное оформление событий) познается с помощью единого универсального инструмента – психики человека.

В нашем случае основным предметом познания является сам этот инструмент, что предполагает использование особых подходов в проведении исследований такого рода. В частности, сразу же следует определиться в том смысле, что элементаристские научные архетипы, адекватные для познания, так называемой, «объективной» реальности, требующей к себе максимально дифференцированного отношения, неприемлемы в сфере познания психического. Холистический научный архетип с многообразием междисциплинарных и, даже, внедисциплинарных подходов (кибернетический, системный, синергетический, бутстррап-подход) также мало что дает, с точки зрения возможностей рационализации ресурсных инстанций психе, так как до последнего времени по-настоящему адекватных инструментов перевода одномерной реальности в объемную (многомерную) в русле данных подходов найдено не было.

Словом, существует единственная возможность более или менее внятной презентации обсуждаемой концепции – начать с модели новой реальности и кольцевого научного архетипа, а затем, в контексте сказанного, представить основные положения функциональной концепции психического. Таким образом, от следствий мы двигаемся к основным посылкам, не особенно разделяя эти две логические категории (что, заметим, вполне в духе нового научного архетипа).

2.1. Модель новой реальности

Итак, основные характеристики новой реальности, позволяющий «быть» ресурсным инстанциям психического и дающий легальные шансы для развития целостных, функциональных подходов к природе психе следующие.

Представление о неком объективном мире, существующем автономно и независимо от нашего сознания (постулат, на котором, по выражению Альберта Эйнштейна, держится вся «объективная» наука), является не более, чем иллюзией, обусловленной неосознаваемо-стереотипным и ложным тождеством (слиянием) полюса действительности и полюса первичной информации об этой, будто бы, статичной действительности. Поясним, что

под термином «первичная информация» мы имеем в виду результат процесса естественной дифференциации неких объектов – целостностей – единиц из событийной ткани реальности. Причем, в качестве таковых идентифицируются события, обладающие достаточной степенью устойчивости. Таким образом, первичная информация – это некий «объективный», постоянно воспроизводимый опыт. Вторичная информация опирается на субъективный опыт и может быть воспринята лишь в результате явного или скрытого «перевода» сообщения на «первичный» язык понятий. Отсюда, к примеру, сложности в интерпретации сугубо личного трансперсонального опыта субъектами, не вовлеченными в данный опыт. Вторичная информация такого рода не находит подтверждения в первичных информационных конструкциях, и не может быть полноценно опосредована, если только не существует адекватного механизма перевода одной информационной системы в другую.

В модели новой реальности эти два полюса – действительности и информации о действительности – обоснованно растождествляются. В данной модели первичная информация функционирует как сущностная переменная, формирующая взаимосвязь между объектом и субъектом (но не как объективно-автономная константа, описывающая некие «объективные» свойства и закономерности). Основанием для подобного растождествления является разработка известного высказывания Альберта Эйнштейна, утверждавшего, что «картина мира зависит от скорости нервных процессов у наблюдателя». Тем самым, Эйнштейн выделил категорию *информационного* в понятии *реального* и обозначил зависимость параметров первичной информации от *скорости нервных процессов* – ключевого понятия в модели новой реальности.

Детальный анализ содержания вышеназванного ключевого термина показывает, что под «скоростью нервных процессов» следует понимать объемные (в первую очередь, содержательно-временные) характеристики «момента настоящего», формируемые ритмичными импульсами активности бодрствующего сознания. Временные характеристики такого формирующего импульса – кванта реальности (фиксированного импульса изменений – ФИИ) равны 10 микросекундам. Содержательные – той структуре реальности, которая формируется посредством выделения объектов – предметов – единиц – событий. Устойчивость последних сопоставима с временными характеристиками импульсной активности сознания. Вторичная информация о событиях, для которых «инструмент» импульсной активности сознания неадекватен (характеристики устойчивости или степень разряженности этих событий могут далеко выходить за рамки ФИИ, и, таким образом, не контурироваться как «объективная» реальность), переводимая в масштабы ФИИ, будет

заведомо искаженной и ложной в том смысле, что для ее «объективизации» понадобится конструирование реальности с иной объектно-предметно-закономерной структурой. Подобное действие будет вполне адекватным лишь с изменением масштабов «первозданных кирпичей» - импульсной активности сознания (ФИИ). Процесс «переконструирования» реальности в этом случае будет носить сущностный характер и отражать действительную замену одних объектов, явлений, системы отношений (законов – закономерностей) между ними на другие по типу убывающих и, соответственно, возрастающих вероятностей контурируемой реальности (легко заметить, что при этом «путешествии» объектность самого исследователя будет претерпевать существенные изменения). В свете сказанного, параметры ФИИ можно представить некой формулой настоящего – реального, единицей с меняющимся объемом, лишенной абстрактной (следовательно – иллюзорно-«объективной») сущности. Однако наиболее важное, функциональное значение понимания механизма изменения «скорости нервных процессов» состоит в возможности перевода одной информационной системы (структурного уровня реальности) в другую, и, следовательно, сущностной идентификации объектов – явлений – событий, вытесняемых из одномерно-уплощенной модели бытия, в «объективно-автономном» мире.

Следующее, основополагающее свойство новой реальности (прямо выводимое из предшествующего анализа понятия «скорости нервных процессов») – нелинейный и субъективный характер времени, взаимозависимость, взаимообусловленность таких категорий как время – память – личность. В сущности, ритмический импульс сознания, формируя структуру «объективной» реальности, одновременно конструирует единицы моментальной памяти, из множества которых выстраивается эпифеномен осознаваемой личности. Таким образом, импульс ФИИ является, в некотором смысле, точкой растождествления субъекта и объекта, исходным «строительным» материалом одного и другого. Между тем, «длительность» отдельного импульса (ФИИ), как и «размер» конкретной мнемонической единицы, абсолютно не осознаются. Процесс фиксации и утилизации мгновенной памяти, организуемый ФИИ, интерпретируется как непрерывное восприятие «объективно-автономной» действительности.

Отсюда – эпохальная иллюзия объективно-линейного времени. Но, если, как теперь понятно, временные единицы – импульсы лишь функциональная часть механизма организации памяти – личности (субъекта) и структуры реальности (объекта), то личность – это инстанция психического, структурированная временем. Следовательно, другая инстанция психического, неструктурированная временем – ФИИ, может быть представлена только в таких форматах реальности, которые

исключают использование в качестве «строительного» материала ритмические импульсы бодрствующего сознания. Названная процедура предполагает формирование «другой» памяти – информационной системы, актуализация которой имеет место в трансперсональных переживаниях, обретении религиозного опыта или мистических прорывах.

В итоге, становится более понятной сущность феномена со-знания. В содержании данного термина ясно прослеживаются полярные тенденции субъектно-объектных отношений: растождествление и взаимосвязь.

Но, кроме того, проясняется феноменологическое поле понятия без-со-знательного. Очевидно, что «бессознательное» – это и есть неструктурированная временем инстанция психики, ее важнейший суперресурс, именуемый душой и духом. Поскольку данная инстанция, генерируя механизм времени – ФИИ для «внутреннего», субъективного пользования, находится, некоторым образом, вне сферы его действия (а, значит, и вне пространственных рамок, формируемым тем же самым механизмом), то вопрос о ее «местонахождении» упраздняется. От собственных суперресурсов нас отделяет всего лишь миг, момент настоящего, а не сколь угодно грандиозные пространства. Именно поэтому при изменении параметров ФИИ (что, собственно, и имеет место в таинствах сна и разлитых трансовых состояниях) возможность прямого контакта субъекта с ресурсными инстанциями психического значительно возрастает, с понятными перспективами конструктивного обновления его статуса.

Но, если механизм времени – ФИИ, в некотором смысле – единственный «перешеек», разделяющий личность с океаном бессознательного – сущего, то все прошлое, или будущее (категории, которые мы не вполне адекватно выделяем и растождествляем, не осознавая произвольно-творческий характер используемых, дифференциальных механизмов) также находится на расстоянии «момента настоящего» от нас. Корни иллюзий громадных временных дистанций, отделяющих далекое прошлое от еще более далекого будущего, все те же – необоснованное ретроспективное и перспективное использование инструмента линейно-временной логики со шкалой, содержащей единственно возможные деления – единицы ФИИ. И если формирование структуры «реального» с использованием вышеназванных инструментов имеет и смысл и оправдание (для нас грандиозный акт творения развертывается в той нише настоящего, которое контурируется с использованием масштабов ФИИ, присущих человеческому сознанию, благодаря чему мы получаем возможность ориентировки в происходящих событиях), то все, что находится «вне» пространственно-временных рамок (бессознательное-сущее, прошлое-будущее) не структурировано вышеназванными механизмами, не предопределено,

следовательно, необязательно должно измеряться уже известным способом.

Между тем, сам по себе творческий дифференциальный импульс, помимо структурной (пространственно-временной) функции, выполняет еще и смыслообразующую: миллиарды людей, поколение за поколением выходят в жизнь (туда, не знаю куда), задаваясь извечным вопросом: к чему все это? (принести то, не знаю что). Но, пускаясь в это неопределенное путешествие, они, в конце концов, «приносят» лишь самих себя с переживаниями отчаяния и восторга, безысходности и надежды, ненависти и любви, выполняя единственный завет: прожить свою жизнь. Найти себя. Быть со-творцом.

Конец этого путешествия означает лишь остановку механизма времени – ФИИ и растворение телесной объективности. Вечность и бесконечность – это те категории, которые, как это не парадоксально, не могут содержать понятий времени и пространства. Это характеристики бессознательного-сущего. Память-личность, конструируемая с помощью феноменов времени – ФИИ, отнюдь не тождественна самому этому феномену. С прекращением функционирования механизма времени, субъективная сущность (память-личность) теряет возможность развиваться в поле, так называемой, «объективно-автономной» реальности и «возвращается» к своим неструктурированным «корням». Поэтому: «умирая, каждый сам зажигает светильник в ночи...». Вопрос в том, какое содержание жизни будет освещать этот светильник.

Из всего сказанного понятно, что основным «строительным материалом» этой новой, объемной реальности являются, в полном смысле этого слова, невообразимые парадоксы взаимодействия и взаимозависимости категорий суперресурсных инстанций психического (бессознательное-душа-дух), сознания (ФИИ), времени, пространства, памяти, личности.

2.2. Кольцевой научный архетип

Исследование всего спектра феномена новой реальности предполагает использование и более адекватного научного архетипа (чем, например, элементаристский или холистический), который мы обозначили как кольцевой. В сущности, кольцевой научный архетип представляет собой гибкую систему мышления, или презентации определенных структурных характеристик реальности с использованием подвижного «фокуса» механизма времени – ФИИ. Таким образом, появляется возможность выстраивания континуума (кольца) точек зрения на какую-либо проблему (событие) в соответствие с характером и масштабом решаемых задач. С полным пониманием того, что приемлемые, адекватные в данных обстоятельствах, точки зрения могут изменяться на полярно противоположные в ином фокусе презентации проблемы. Но, такого рода динамика является, отнюдь, не конфликтной, а

развивающей, по существу. «Борьбы противоположностей» в уплощенно-вульгарном смысле данного термина, как и должно понимаемого единства, не возникает (попутно отметим, что используемый ключевой механизм перевода одномерной информационной реальности в многомерную конкретизирует, обогащает и другие известные диалектические принципы).

Наиболее важной особенностью кольцевого научного архетипа и главным идентификационным признаком, отличающим данный способ мышления от какого-либо другого (помимо уже названного механизма изменения объектно-вероятностной структуры реальности), является полновесный и аргументированный акцент на «присутствие» осознаваемой личности в поле контурируемой реальности уже не в роли необязательного и неустойчивого объекта, но в качестве центра композиции. В этом смысле, ни о какой «автономной» действительности в русле кольцевого научного архетипа не может быть и речи, поскольку всякая попытка такого удаления или вытеснения осознаваемой инстанции психического из поля реального заканчивается исчезновением самого этого поля (феномена пространственно-временного структурирования событий). Но, поскольку структурированная временем-сознанием личность – лишь некая инстанция психического-целого, то и неструктурированная сущность психе-бессознательное (категория души и духа) не может элиминироваться из реального без исчезновения его феноменологического поля. Таким образом, психическое, рассматриваемое через призму кольцевого научного архетипа, предстает даже и не в качестве какого-либо существенного атрибута новой реальности. Но, в роли его основного «организатора», измерителя и сущностного агента. Абсолютизация вышеназванного тезиса (преимущество нового способа мышления!) не мешает нам, в соответствии с задачами другого, локального уровня, исследовать условно-выделяемые функции психе, которые, в сущности, представляют собой степень дифференциации системы отношений между растождествленными феноменами структурированной инстанции психического - личности (элементарные ощущения, сложные переживания, мысли, чувства – их всегда испытывает кто-то) и, теперь, уже не одномерно-плоской, но многомерно-объемной реальности (названные акции психического производятся по отношению к какому-либо, отделяемому от личности, событию – чему-то или кому-то).

Безусловно, с тем, чтобы адекватно конструировать, эффективно исследовать и осмысленно переводить в доступный нам масштаб времени – ФИИ феномены целостностей иного структурно-информационного уровня требуется система суперкомпьютерного моделирования на несколько порядков сложнее современный. Но это обстоятельство не

должно нас останавливать. Неоспоримые достоинства такого рода виртуального «путешествия» заключаются в том, что наша собственная объективность в данных условиях сохраняется. Кроме того, у мыслящего человека всегда есть возможность обойтись и без этих суперкомпьютерных усилий, используя уже имеющуюся уникальную лабораторию, именуемую «голова на плечах». Наш мозг, избавленный от необоснованных ограничений, с неимоверной легкостью решает задачу изменения пространственно-временных (структурных) масштабов реального с переводом полученных моделей в приемлемые для нас форматы. Собственно, поэтому возможны произвольные мысленные путешествия в сколь угодно «отдаленное» прошлое-будущее. С идентификацией основного механизма времени – ФИИ, скрытый этап такого виртуального перемещения становится понятным и воспроизводимым в суперкомпьютерных технологиях. Спрессованный веер бессознательного-сущего с помощью мозга или компьютера может быть раскрыт на любой грани – модели, обрамленной или в естественные, или в произвольно-задаваемые форматы ФИИ. Однако, теперь уже, данный процесс невозможно будет обозначить как необоснованное фантазирование или патологическое переживание, лишенное какого-либо смысла.

Таким образом, в русле кольцевого научного архетипа существуют возможности объективизации доселе неуловимых сущностных инстанций (в том числе ресурсных категорий души и духа) в более адекватном структурно-информационном поле, без утраты идентификационных границ личности. В научном эксперименте данная задача решается с помощью суперкомпьютерных технологий. В личном опыте – с использованием феномена диалогизированного сознания, для чего требуется некоторая предварительная подготовка.

С позиций функциональной концепции психического чрезвычайно важным является то, что при помощи названного способа мышления решается задача сведения полярно-противоположных систем представлений реальности, так называемых, фундаментальных допущений, являющихся основой для формирования опорной системы координат индивида, группы, общества в целом. В данном случае речь идет о фундаментальных допущениях, организующих систему рациональных знаний (на которой, как уже было сказано, базируется вся «объективная» наука), а также систему иррациональных верований. Напомним, что первая из них сводится к следующим утверждениям:

- существует некий, объективно-автономный мир, независимый от нашего сознания;
- существуют некие, общие для автономной реальности, закономерности развития и взаимодействия явлений, событий;

- эти закономерности доступны для исследования и выведения объективных констант, характеризующих автономную реальность.

Вторая – формулируется следующим образом:

- мир существует по воле Бога;
- рациональный способ познания трансцендентной сущности Бога невозможен;

- следовательно, устанавливается примат Веры.

Легко заметить, что фундаментальной ошибкой данных утверждений является, в первом случае, постулат о некой возможной автономии структурно-объектных характеристик реального (из всего сказанного понятно, что данные характеристики как раз и являются производными от «скорости неврных процессов» - механизмов времени – ФИИ, единственно возможной, но не «жесткой», а «гибкой» константы). Следовательно, (фундаментальная ошибка второй системы) рациональный способ познания некоторых, трудно уловимых, неконтурируемых в одномерно-плоской модели реальности, сущностей, все же, существует (например, кольцевой научный архетип, как новая форма мышления), однако данный способ отнюдь не равнозначен архаическим инструментам уплощенной линейно-временной логики.

Для нас последний вывод особенно важен, поскольку функциональная концепция психического целиком и полностью базируется на обновленной системе фундаментальных допущений, выводимых из модели новой реальности и кольцевого научного архетипа, преодолевающей ограничения рассмотренных конструкций.

Понятно, что такого рода глубинные изменения в «корнях» системы знаний о психическом существенным образом отразятся и на дисциплинарной матрице («кроне») разнообразных научных направлений, развивающих наши представления об этом, с позволения сказать, предмете.

С позиций вышеизложенных фундаментальных допущений, к примеру, современное, обобщающее определение психического, как некой «субъективной реальности», или «субъективности», косвенно отсылающее нас к некой «объективности», не выдерживает критики, поскольку скрыто базируется на ограниченном тезисе о единственной возможной константе ФИИ, презентирующей одномерно-уплощенную реальность. Однако с помощью кольцевого научного архетипа могут быть установлены границы эффективности использования приведенного определения и области задач, где подобный взгляд на природу психического способствует, а не препятствует их решению. В данном случае, оно лишается статуса обобщающего и приобретает адекватные границы, соответствующие степени функциональной дифференциации психического целостного.

На наш взгляд, от такого рода обмена никто не проигрывает, но выиграть могут все, в том числе

исследователи функционально-элементарных свойств психического, поскольку получают возможность на практике использовать принцип дополнительности, за счет адекватного применения идеи кольцевого научного архетипа.

III. Функциональная дифференциация психического

Прежде чем обозначить адекватные, с нашей точки зрения, функциональные уровни психического, остановимся на классическом определении общего функционального поля данного феномена. Этот предварительный, методологический шаг позволит нам сопоставить объемы дивидендов и издержек классического и презентируемого подходов.

3.1. Общее функциональное поле психического (классический и презентируемый подходы)

Итак, более или менее регулярно описываемые функции психики следующие: когнитивная, регулятивно-адаптирующая (Уильям Джеймс), коммуникативная (Б.Ф.Ломов), креативная (А.Я.Пономарев). В совокупности с определением психики, как некой «субъективности» или «субъективной реальности», подобное обозначение функциональной активности психического, на наш взгляд, ограничивает возможность репрезентации данного феномена и не оставляет шансов для адекватной идентификации его неличностных, суперресурсных инстанций. Мы полагаем, что выстраиваемое, таким образом, классическое, функциональное поле, по меньшей мере, должно включать в себя еще одну функцию психического и выглядеть следующим образом:

- репрезентативно-организационная (формирующая реальность) функция психики;
- когнитивная функция психики;
- регулятивно-адаптивная функция психики;
- коммуникативная функция психики;
- креативная функция психики.

Появление нового, системообразующего, функционального элемента, во-первых, дает возможность гораздо более объемной репрезентации собственно феномена психического, а во-вторых, потенцирует развитие других, поименованных функций. Когнитивная составляющая психики, к примеру, получает «бонус» в виде нового способа репрезентации бытия. Регулятивная и креативная – в виде возможности эффективного, осмыслиенного использования суперресурсного потенциала психического. Коммуникативная составляющая «получает» субъекта для полноценного «внутреннего» общения в режиме диалогизированного сознания – неструктурируемую временем инстанцию психе – с понятными перспективами.

Таким образом, привносимая, системообразующая функция психического выполняет не только конструирующую, но и важнейшую, развивающую миссию.

Между тем, сам по себе подобный классический подход (уходящий корнями в элементаристские архетипы научного познания) представляется нам чрезмерно-упрощенным и применимым лишь к определенному, предварительно структурированному в системе жестких фундаментальных допущений, уровню организации психического. По сути, его использование мало что дает, в смысле психотерапевтической эвристики.

Напротив, выстраивание иерархии функциональной активности психического в духе кольцевого научного архетипа, практически, на каждом уровне организации данного феномена, позволяет придерживаться диады целостности – дифференциации, которая и является прототипом диалогизированного сознания.

Это последнее обстоятельство невозможно рассматривать в качестве только лишь методологической детали (пусть и очень важной) данного научного экскурса. Уникальность ситуации заключается в том, что те изменения, которые привносятся в основной инструмент познания (новый научный архетип), отнюдь не автоматически воспроизводятся в объекте, несмотря на их полное тождество (и то, и другое – психика человека).

Основная проблема, как раз, и заключается в том, что психическое, стремясь действовать в монологизированном режиме, репрезентирует или одномерно-уплощенную, «объективную» реальность, где единое-сущее выступает в виде некоего, малопонятного «бессознательного». Где об этом феномене достоверно известно лишь то, что в хорошо знакомой действительности такого объекта не существует (на что, собственно, и указывает сам этот термин). Или, что случается гораздо реже, на «передний», репрезентационный план выступает содержание трансперсональных переживаний индивида. При этом осознаваемая (структуррируемая стандартными параметрами ФИИ) личность «уходит» на периферию этой новой, необъяснимой, неидентифицируемой для невключенного наблюдателя, реальности, где «распрямляются» уже другие субъектные сущности.

Устойчивость данного, доминантно-монологизированного режима функционирования психического легко объяснима – так «охраняются», с трудом добытые, идентификационные границы индивидуальности. Спрессованные письмена (рукописи) конденсированной памяти – личности, конечно, «не горят», но и не растворяются в больших ритмах психического-целого. Основная драма жизни, таким образом, разыгрывается во все еще классической традиции: на сцене, освещенной сознанием, действует лишь одна инстанция психического. Другая – в темном партере. Однако наступает момент, когда световой барьер исчезает (конец и «того» и «этого» света) и каждый из «потусторонних» участников видит лицо другого, оставаясь при

этом самим собой. Что, в сущности, означает возможность нового, более объемного, интересного действия, где сценой становится весь зал и то, что вокруг. Последний вариант развития событий возможен благодаря тому, что найденный научный архетип, обоснованно расширяя границы реальности, «легализует» основные инстанции психического, действующие в новых масштабах времени – ФИИ, в условиях сохранности идентификационных границ личности. В данных обстоятельствах смысл охранного личностного сопротивления развитию феномена диалогизированного сознания утрачивается. Соответственно, повышается вероятность постоянного доступа к суперресурсным инстанциям психического.

Таким образом, возможность использования нового способа мышления в разработке функциональной концепции психического, уже сама по себе имеет солидный психотерапевтический потенциал.

3.2. Структурно-функциональные уровни психического

3.2.1. Сущностно-бытийный (недифференцированный) уровень организации психического

Особенностью идентификации обсуждаемого уровня организации психического-сущего (термин «уровень организации» употребляется в отношении данного понятия, конечно, условно) является непосредственно или опосредованно воспроизведимый режим диалогизированного сознания активного субъекта (процедура репрезентации объемной реальности в произвольно-творческих форматах времени – ФИИ, с отслеживаемым переводом получаемых, таким образом, целостностей в формат «объективной» реальности).

Общей функцией сущностно-бытийного, психического является *суперресурсная* – возможность «всего», реализуемая на различных, им же организованных, уровнях со-бытийной активности.

3.2.2. Со-бытийный уровень организации психического (первый, синтетический уровень дифференциации)

Данный уровень организации психического представлен собственно первичным, творческим импульсом со-знания (ФИИ); идентифицируемыми, в результате постоянного возобновления данного первичного импульса, осознаваемой инстанцией психического – личностью, а также одномерным пространственно-временным планом единого-сущего, так называемой, «объективной» реальностью; идентифицируемой лишь в условиях диалогизированного сознания, неструктуреющей временем – ФИИ, инстанцией психического – так называемым, «бессознательным» (самостоятельное, феноменологическое поле которого, так или иначе, представлено в реальности, формируемой стандартными форматами ФИИ).

3.2.2.1. В общем векторе со-бытийной активности психического-сущего феномен сознания выполняет

следующие *аналитические функции*: первичное, творческое растождествление единого сущего на уже поименованные инстанции (пространственно-временная дифференциация психического целого в точке со-бытийной активности – моменте настоящего с «заданными» форматами ФИИ). Другая, не столь явная, *синтетическая функция*, обращающая индивида к неким целостностям, полноценно реализуется в условиях диалогизированного сознания, использующего гибкие параметры ФИИ, и особой активности личности. Следовательно, сознание выступает еще и в виде *универсального, переводного, информационного механизма*, гибкой формулы «всего», ясной и понятной для «пользователей».

3.2.2.2. Структурируемая механизмами времени – ФИИ, «смонтированная» из стандартизованных блоков первичной информации (моментальная память) и уникальной вторичной информации (индивидуальный опыт), осознаваемая инстанция психического – личность имеет особый функциональный статус в со-бытийном уровне организации психического.

По определению, являясь инструментом измерения психического-целого, осознаваемая личность (в отличие от тела) «находится» в информационном полюсе действительности, «отстающего» на момент настоящего от зоны пространственно-временного растождествления. Таким образом, для личности стандартный формат «передвижения» по реальности (опять же, в отличие от тела) не строго обязательен.

Но, также, необязательна и дифференциация «строительного материала» - сконденсированного опыта, опосредуемого макроскопическим форматом ФИИ, «длиною» в прожитую жизнь (если речь идет о «биологических» характеристиках личности – темпераменте, способностях и т.д., то и «длина» такого формата, естественно, возрастает).

Все высказанное утверждает нас в мысли, что помимо *измерительной функции*, дающей индивиду возможность *ориентации в реальности, произвольного целеполагания, осмысленной организующей и самоорганизующей активности*, осознаваемая инстанция психического – личность – «генетически» предрасположена к выполнению и важнейшей *синтетической функции – активности в духе диалогизированного сознания*. К тому, чтобы стандартно дифференцируемой действительности придавались не только аналогично выверяемые контексты прошлого-будущего (что, собственно, и является «разворачиванием» структуры личности в процессах памяти – мышления), но и более объемные контексты, расширяющие горизонты со-бытия и ресурсные возможности индивида. Полноценная идентификация и реализация данной функции придает общим рассуждения о неких уровнях целостности, личностного развития – роста индивида, прямо связанных с его качеством жизни, совершенство конкретное наполнение. Например, вероятность

развития такого рода целостности, метафорически обозначаемой, как «укоренение личности в бессознательном» (Карл Витакер), или «жизнь в обнимку с собственной душой» (Карл Густав Юнг), существенно возрастает с манифестацией транспersonального, выходящего за «размеры» собственной жизни, формата ФИИ. Причем, интенсивное конструирование такого формата теперь возможно за счет осмысленных и экологически выверенных усилий, оставляющих идентификационные границы личности в полной неприкосновенности.

Соответствующие психотерапевтические технологии, в сравнении с религиозными или мистическими практиками, имеют и более предсказуемый, и более устойчивый результат. Их обоснованное использование дает возможность не только верить, но и знать (овладевать новыми мыслительными архетипами), чувствовать и воспроизводить (развивать феномены диалогизированного сознания) объемно-целостные уровни сущего. Такое, надежное и постоянно-аргументируемое осознавание всего объема действительности и есть идентификация личности с психическим-целостным, т.е. подлинная целостность.

Соответственно, и метапозиция личности закономерно включает смыслообразующие интенции – заповеди целого, измеряемые «бесконечными» (исключающими субъектную, но не объектную конечность) форматами ФИИ. Осознаваемая возможность «зажигать светильник в ночи» многое меняет в отношении человека к смерти, но еще больше – в отношении к жизни. В частности, она позволяет освободиться от иррациональной привязанности к смерти (той вечности – бесконечности, откуда субъект, некоторым, понятным, в модели новой реальности, образом, не выходил) и обратиться в блистательный полюс жизни с иным качеством бытия.

Обозначенная синтетическая функция при исследовании более глубоких, дифференциальных уровней психики, позволяет адресоваться к феномену Я-личности, действующему в режиме диалогизированного сознания, и рассматривать отдельные функции психического как процесс разворачивания структуры Я в стандартных или произвольно задаваемых форматах ФИИ.

3.2.2.3. Идентификация действительности (сущности) как «*объективной реальности*» (в режиме монологизированного сознания) или как *одномерного, пространственно-временного плана данной сущности* (в режиме диалогизированного сознания) в свете всего сказанного особых сложностей не вызывает. Что, в общем, позволяет рассматривать дифференцированные акции психического как процесс развития отношений (с полярными, центростремительными и центробежными тенденциями) между основными его инстанциями.

Основной вектор активности данного плана психического – *функции промежуточного целеполагания и непосредственного развивающего стимула*.

Что же касается возможности свободных, безопасных и познавательных путешествий за пределы этого, долго казавшегося единственным, «дома», то чувство «Родины» здесь, скорее, по-настоящему приобретается, а чувство одиночества и заброшенности – утрачивается.

3.2.2.4. *Функциональное, ресурсное значение самостоятельного, феноменологического поля бессознательного, идентифицируемого как целостный объект лишь в условиях диалогизированного сознания, основательно расширяется за счет осмысленного воспроизведения данного феномена в русле развивающих практик.*

3.2.3. *Со-бытийный уровень организации психического (второй, абстрактно-аналитический уровень дифференциации)*

Общая функция данного уровня организации психического – *формирование и развитие дифференцированных субъектно-объектных отношений* (выделяемых, как таковые, исключительно в условиях, формируемых стандартным ФИИ).

При этом целесообразными представляются следующие системы анализа:

- система собственно-Я с эндогенными (определяющими диапазон и энергетику психической активности), идентификационными (определяющими метапозицию) и экзогенными (определяющими вектор психической активности субъекта) характеристиками;

- система взаимодействия Я с «*объективной реальностью*»;

- система взаимодействия Я с *категорией бессознательного*.

Соответственно, выделяются следующие дифференцированные функции психического, содержащие конкретные проявления психической активности:

3.2.3.1. *Система собственно-Я с эндогенными характеристиками: темперамент* (характеристика силы и подвижности психических процессов, определяющих наличие таких качеств как впечатлительность, импульсивность, стойкость, насыщенность аффекта и т.д.); *способности* (общие: степень продуктивности в обучении и деятельности; специальные: одаренность в каком-либо одном или нескольких направлениях);

3.2.3.2. *Система собственно-Я с идентификационными характеристиками: рефлексия* (общий спектр и особенности восприятия самого себя, собственного бытия – в – мире); *идентификация* (сущностный план самовосприятия); *общая характеристика метамодели со-бытия* (отношения Я с основными бытийными инстанциями – оно (бессознательное), они (ЗДЛ), другие (остальные), мир (события, объекты, явления));

3.2.3.3. *Система собственно-Я с экзогенными характеристиками: динамические тенденции* (потребности, интересы, склонности, идеалы, ценности, установки); *коммуникация* (особенности выстраивания

взаимоотношения с окружающими); память, мышление (представление, воображение, фантазии, формирование идей), внимание, воля, поведение, действия, деятельность;

3.2.3.4. Система взаимодействия Я с «объективной» реальностью: ощущение (зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, кожные, проприоцептивные (тактильные, кинестетические)); восприятие (цвет, пространство – расстояние, объем, величина, форма, местонахождение предметов, время, движение);

3.2.3.5. Система взаимодействия Я с категорией бессознательного: (актуальный): эмоции (чувства, настроение, аффекты, страсти), мотивы, желания; (глубинный) сон, сновидения, интуиция, предчувствие, трансперсональный опыт, трансовое состояние.

3.2.4. Со-бытийный уровень организации психического (третий, индивидуально-пластический уровень дифференциации психического)

Общая функция данного уровня организации психического – формирование уникальных субъектно-объектных отношений.

Системы анализа, используемые на данном уровне, предусматривают исследование:

3.2.4.1. Возрастных различий (включающих описанные Э.Эрикссоном варианты прохождения жизненных кризов (всего – 16));

3.2.4.2. Индивидуальных различий (включающих описание типов и личностных черт по Э.Кречмеру, К.Г.Юнгу, Р.Кэттелу, Х.Айзенку, Г.Оллпорту);

3.2.4.3. Адаптационных различий (включающих описание уровней адаптации с позиций оценки степени развития параметров психологического здоровья – личностной идентификации, идентификационных смыслов–сценариев, навыков ответственного выбора, внутреннего локуса контроля, ресурсов, необходимых для реализации основного сценария. Собственные исследования позволили установить, что степень развития данных параметров соответствует показателям качества жизни индивида);

3.2.4.4. Дифференацию болезненных деформаций психики (включающую дефицитарность Я-функций, степени вовлеченности Я в психотические

переживания, изменения личности в результате воздействия эндогенных или экзогенных вредностей, личностные дисгармонии различного уровня).

Существенно важной в последних двух уровнях организации психического представляется, «имплантированная» из предшествующего, синтетического раздела, возможность активно-развивающего воздействия на характеристики адаптации, проявления болезненной деформации психики, за счет расширения доступа к суперресурсным инстанциям психического, а также соответствующего изменения метапозиции личности.

Самоорганизующая функция личности, модифицированная и «усиленная» подобным образом, способна к генерации весьма значительных, конструктивных изменений в относительно сжатый объем времени – ответу, который, самым настоящим образом, ускоренная ритмика бытия требует от индивида и общества в целом.

IV. Заключение

В свете всего сказанного, вышеупомянутая модель функциональной дифференциации (организации) психического является сквозным обоснованием возможности «переключения скоростей» в развитии адаптирующих, психических свойств индивида и группы.

В основе данной возможности лежит адекватная интерпретация понятия «скорости нервных (психических) процессов», выводимая из модели новой реальности и кольцевого научного архетипа.

Последние схемы, в свою очередь, получают развитие в технологиях диалогизированного сознания, которые могут с успехом использоваться соответствующими практиками и, в первую очередь, психотерапией.

Венцом всех этих усилий является тот факт, что психотерапия, наконец, получает дееспособный «инструмент» реализации своего главного тезиса – способ заботиться о человеке силами и средствами его души. Ну а человек, в известном смысле, получает саму эту душу и возможность расправить ее нешуточные крылья, уносящие нас к потрясающим горизонтам нового ощущения мира.

Литература:

1. Erikson E. *Dentity and the life cycle* // New York: Norton, 1980
2. Jung C.G. *Psychological types*. 1921
3. Cattell R.B., Cattell H.E.P. *Personality structure and the new fifth edition in the 16 PF* // *Education and Psychological Measurement*, 55, 926-937, 1995
4. Фрейдженер Р., Фейдмен Д. Личность, теории, эксперименты, упражнения. СПП «Прайм-Еврознак», Москва «Олма-пресс», 2001
5. Юнг К.Г. *О природе психе* // Рефл-бук, Ваклер, 2002
6. Катков А.Л. *Манифесты развивающей психотерапии* // *Московский психотерапевтический журнал*, 2001, № 3, с. 49-79.

ПСИХОТЕРАПИЯ

МЕТАМОДЕЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

А.Л.Катков

г. Павлодар

1. Уточнение основных понятий

Под термином *социальная психотерапия* мы понимаем такую форму особой развивающей практики, которая затрагивает существенную часть общества, а не только эксклюзивные группы населения (например, невротизированных пациентов); которая по степени эффективности существенно превосходит признанные институализированные способы социального развития (воспитание, образование и т.д.); о чем, в частности, можно будет судить по степени блокирования и обратного развития тенденции распространения основных социальных эпидемий (терроризм, религиозный экстремизм, рост преступности, военные конфликты, распространение наркоманий и сопутствующего ВИЧ/СПИДа, экологические угрозы и катастрофы, значительное расслоение общества по признаку доступа к материальным и информационным ресурсам).

Таким образом, в качестве *основного объекта* воздействия социальной психотерапии выступает социум в целом. В качестве *основного предмета* воздействия – универсальные механизмы формирования и распространения поименованных социальных эпидемий. *Основной способ* воздействия социальной психотерапии – форсированное развитие механизмов антагонистической, по отношению к факторам формирования социальных эпидемий, динамики в обществе.

Основные вопросы, которые возникают в связи с вышеупомянутым определением социальной психотерапии, ее основного объекта, предмета и способа воздействия, следующие:

- существуют ли общие (универсальные) механизмы, лежащие в основе возникновения и распространения наиболее масштабных социальных эпидемий конца XX, начала XXI столетия (другими словами – возможна ли разработка единой концепции социальной психотерапии, или это будут достаточно разрозненные блоки теоретических построений)?

- возможно ли выведение более или менее общих (концептуально единых) способов воздействия на идентифицированные механизмы формирования социальных эпидемий нового времени?

2. Функциональная концепция психологической устойчивости к агрессивным влияниям внешней среды

Наши многоуровневые социологические, социально-психологические и экспериментальные

исследования, проводимые с конца 2001 года, дают утвердительные ответы на оба эти вопроса. В частности, на материале масштабной выборки (7997 респондентов, опрошенных в 10 регионах Республики Казахстан), а также на основании статико-математического анализа 4750 базисных исследовательских карт, заполняемых на пациентов, зависимых от психоактивных веществ (каждая карта содержит 1860 учитываемых признаков) в регионах Республики, было доказано следующее:

1) Существует выраженная антагонистическая динамика распределения признаков высокой степени развития определенных личностных свойств, с одной стороны, и очевидных предикторов упомянутых социальных эпидемий – с другой:

- фактов вовлечения в наркотическую или иную химическую зависимость;
- наличия высоких рисков вовлечения в наркотическую или иную химическую зависимость;
- наличия крайней степени вовлеченности в религиозное мировоззрение с нетерпимостью к конкурирующим конфессиям и культурам;
- наличие признаков сочувствия террористическим акциям;
- низкого материального благосостояния;
- низкой скорости адаптации;
- исходящей социальной динамики.

Помимо перечисленных, в многоуровневых исследованиях, проводимых в 2001-2003 г.г., анализировались, в общей сложности, 97 факторов, особенности распределения которых в той или иной степени подтверждают приведенный нами тезис (на некоторых фрагментах проведенного анализа мы остановимся позднее).

2) В рамках достаточно длительного клинического эксперимента, проводимого на базе Республиканского научно-практического Центра медико-социальных проблем наркомании, выявилось, что форсированное развитие идентифицированных, таким образом, личностных свойств в режиме психотерапевтического прессинга (специальная реабилитационная программа) существенно удлиняет сроки и повышает качество ремиссий, в том числе у лиц с наиболее тяжелыми формами наркотической зависимости (в среднем, на 25-30%). Данные результаты получены в корректных сравнениях с контрольными группами пациентов, где практиковались традиционные модели реабилитации и психотерапии.

3) В ходе реализации других экспериментальных программ сотрудниками Республиканского Центра было доказано, что первично-профилактические мероприятия, разработанные и реализуемые с акцентом на активное формирование соответствующих личностных свойств, на порядок превышают эффективность традиционных профилактических программ, проводимых в группах подростков с высоким риском вовлечения в зависимость от психоактивных веществ.

На основании результатов данных исследовательских проектов, составляющих основу комплексной научно-исследовательской программы Республиканского Центра, нами была сформулирована функциональная концепция психологической устойчивости к агрессивным влияниям среды (главным образом – информационной). Под психологической устойчивостью (психологическим здоровьем) понимается специальная функция психики субъекта, обеспечивающая высокую толерантность к первичному или повторному вовлечению в орбиту зависимости от агрессивных факторов среды (информационной, химической и др.), полноценное формирование которой возможно, как за счет эволюционных механизмов индивидуального развития, так и за счет использования специальных технологий (психологических, психотерапевтических, социальных и т.д.). Феномен индивидуальной устойчивости к агрессивным воздействиям среды обеспечивается комбинацией определенных личностных свойств, гармоничное развитие которых ведет к закономерному снижению риска вовлечения в зависимость от деструктивных социальных процессов (эпидемий). К интересующим нас личностным свойствам относятся следующие:

- полноценное завершение личностной идентификации;
- наличие позитивного (идентификационного) жизненного сценария;
- сформированность навыков свободного и ответственного выбора;
- сформированность внутреннего локуса контроля;
- наличие личностных (психологических) ресурсов, необходимых для реализации позитивного жизненного сценария.
- наличие адекватной информированности об агентах, агрессивных и деструктивных по отношению к основным (идентификационным) жизненным сценариям.

Как показали наши исследования, другие свойства и характеристики, приписываемые фактору психологической устойчивости различными авторами (Meninger, Becker, Jhoda и др.) не имеют прямого отношения к рассматриваемому феномену и, к тому же, трудно поддаются измерению. Идентифицированные нами свойства - слагаемые фактора психологической устойчивости принципиально измеряемы, как по отдельности (экспериментально-

психологические методики Кеттелла, Шмишека, Шострома, Лири и другие), так и в совокупности (компьютеризированная методика экспресс-диагностики свойств психологической устойчивости к агрессивным факторам внешней среды, разработанная сотрудниками Республиканского Центра). Далее, нами было показано, что названные личностные свойства (за понятным исключением шестой позиции, где речь идет о степени информированности) представляют собой отнюдь не случайный набор характеристик психологического профиля. Тесная взаимосвязь описываемых свойств обусловлена синергетическим типом их общей функциональной активности, для которого характерны высокие степени взаимообусловленности, взаимозависимости, взаимодополнения. Таким образом, ни одно из поименованных личностных свойств не может быть полноценно сформировано без активного вовлечения и развития всех других. Это обстоятельство должно учитываться в соответствующих терапевтических и профилактических стратегиях. Наши исследованиями было установлено, что эффективность эволюционного (естественного) и специально-технологического способа формирования функций устойчивости к агрессивным влияниям внешней среды связана с успешным прохождением следующих универсальных этапов:

- а) фаза полноценного развития первичного комплекса личностных свойств, обеспечивающего требуемую реакцию на адекватную информацию об агентах, агрессивных к основным жизненным сценариям, а также успешное прохождение следующих этапов цикла;
- б) фаза реального конфликта основного (идентификационного) жизненного сценария с агрессивной средой и дивидендами конкурирующих сценариев (например, вариантов вовлечения в религиозные секты, экстремистские организации, орбиту наркозависимости и т.д.);
- в) фаза нейтрализации деструктивных (по отношению к основному идентификационному сценарию) вариантов взаимодействия с агрессивной средой и их дивидендов, с полной или частичной редукцией мотивации к реализации данных вариантов;
- г) фаза реализации позитивного (идентификационного) жизненного сценария с конструктивным типом взаимодействия (адекватная защита, асертивные способы реагирования) с агрессивной средой.

В первом случае (эволюционные сценарии формирования свойств психологической устойчивости) на прохождение названных этапов требуются достаточно длительные временные периоды. Кроме того, следует учитывать, что полноценное формирование описанного нами комплекса личностных свойств завершается к 16-18 годам. Форсированное прохождение данных этапов, при соответствующих условиях, возможно за относительно более короткие временные периоды, длительность

которых зависит от степени выраженности дефицита свойств, составляющих комплекс психологической устойчивости.

В ходе многоуровневого исследования 2001-2003 годов нами было показано, что максимальные степени позитивной взаимозависимости с высокими уровнями психологической устойчивости (психологического здоровья) были установлены для следующих факторов:

- фактор восходящей социальной динамики (дифферент 52:1);
- фактор высокой скорости адаптации (дифферент 20,4:1);
- фактор высокого уровня доходов (благосостояния) (дифферент 7,78:1);
- фактор принадлежности к группе учащейся молодежи (дифферент 7,1:1);
- фактор наличия позитивных целей и установок (дифферент 5,36:1);
- фактор высокой степени заинтересованности собственным здоровьем, предполагающий наличие соответствующей самоорганизующей активности личности (дифферент 4,9:1);
- фактор принадлежности к профессиональной группе, занятый в системе образования (дифферент 3,3:1);
- фактор высшего образования (дифферент 3,05:1).

Значения дифферента в данных соотношениях отражают интенсивность распределения высоких и низких уровней психологической устойчивости (здоровья) по отношению к анализируемому фактору. Приведенные в данном фрагменте результаты интерпретируются следующим образом: позитивная взаимозависимость параметра высокого уровня психологического здоровья и фактора принадлежности к учащейся молодежи, а также фактора принадлежности к профессиональной группе, занятой в системе образования, высшего образования свидетельствуют о том, что за счет активности института образования (главным образом, высшего) у контактных аудиторий формируются позитивные цели и установки, а также и другие свойства психологического здоровья – устойчивости. Эти свойства, затем, способствуют восходящей социальной динамике, высокой скорости адаптации и сравнительно более высокому уровню доходов. Формируемые комплекс психологической устойчивости, с одной стороны, относительно высокий уровень социального комфорта – с другой, надежно препятствуют вовлечению индивида в орбиту агрессивно-деструктивных социальных зависимостей.

Логика приведенного исследовательского фрагмента, в конечном итоге, ориентирована на расширение доступа к качественному образовательному процессу, как к средству, которое, относительно медленно, но, надежно профилактирует распространение социальных эпидемий. Между тем, такого

рода логика не дает ответа на вопрос – почему же, несмотря на постоянное повышение образовательных стандартов и улучшение кондиций учебных процессов, отмечаемых, практически, повсеместно, уровень распространения социальных эпидемий не снижается, а напротив повышается в прогрессии, сходной с геометрической.

В других исследовательских фрагментах, оценивающих разнополярную динамику распределения высоких уровней психологической устойчивости (здравья) с высокими уровнями психического здоровья (понимаемого как отсутствие единичных или множественных симптомов психических расстройств) мы получили результаты, свидетельствующие о полярных различиях рассматриваемых категорий в отношении некоторых из интересующих нас параметров. Так, высокие уровни психического здоровья, в отличие от высоких уровней психологической устойчивости, обнаруживали отрицательную взаимозависимость с факторами высшего образования и занятости в системе образования. Но, что еще более важно, высокие уровни психического здоровья обнаруживали позитивную взаимозависимость с высокой (крайней) степенью вовлеченности в религиозное мировоззрение, в то время как сравниваемые параметры психологического здоровья, по отношению к данному признаку, обнаруживали отрицательную (антагонистическую) взаимозависимость. Для лиц с высокими уровнями психического здоровья не характерна средняя (умеренная) степень вовлеченности в религиозное мировоззрение, свойственная лицам с высоким уровнем психологического здоровья. Другие, существенные (но, уже не полярные) различия между анализируемыми категориями заключаются в том, что высокие уровни психологического здоровья обнаруживают более выраженную позитивную взаимозависимость с высокими уровнями соматического здоровья и существенно менее выраженную позитивную взаимозависимость в отношении заинтересованности в собственном здоровье, чем сравниваемые высокие уровня психологического здоровья. В группе лиц с высоким уровнем психологического здоровья всего лишь 8,2% респондентов обнаруживали высокие уровни психологической устойчивости (86,4% респондентов относились к группе со средней степенью выраженности свойств психологической устойчивости; 5,3% - с низкой). В группе с высоким уровнем психологического здоровья 50,5% респондентов обнаруживали высокую степень выраженности психологического здоровья (45,4% - среднюю; 4% - низкую степень психологического здоровья). Таким образом, сам по себе факт высокой психологической устойчивости, не обеспечивает полноценного ресурсного статуса индивида, измеряемого соответствующими уровнями соматического и психического (в смысле отсутствия психопатологических симптомов) комфорта.

Интерпретация результатов, полученных по данному исследовательскому фрагменту, заключается в том, что институализированные практики (особенно практика высшего образования), ориентированные на развитие когнитивных способностей индивида и формирование у него рациональной системы координат, в лучшем случае оставляют без внимания, или (в худшем случае) затрудняют доступ к другим ресурсным составляющим психики. Именно к тем инстанциям, которые обеспечивают искомый уровень физического и душевного комфорта. Следовательно, институализированные способы формирования истинной устойчивости к агрессивным влияниям внешней среды эффективны в отношении ограниченного объема населения, обладающего изначально высокими уровнями соматического и психического здоровья. В смысле ресурсного доступа, они достаточно уязвимы и не профилактируют периодически возникающего поискового поведения индивида, характерного для кризисных периодов его жизни. Другими словами, институализированные развивающие практики отнюдь не всегда способны перекрыть дивиденды конкурирующих сценариев, предлагающих быстрый и эффективный доступ к ресурсам подсознательного (религиозный экстаз, освобождение от социальной ответственности, присущее террористическим сообществам; наркотический транс и т.д.). Таким образом, можно констатировать, что наиболее сложной и неоднозначной позицией в перечне свойств, обеспечивающих устойчивость к агрессивным воздействиям внешней среды, является свойство ресурсной достаточности индивида (пятая позиция), понимаемое, в том числе, и как облегченный доступ к суперресурсным инстанциям психического, а не только как высокие кондиции в овладевание стереотипными знаниями – уменьшениями – навыками.

Дело, следовательно, заключается в том, насколько далеко современные естественнонаучные и гуманистические изыскания, пытающиеся как институализированные, так и эксклюзивные развивающие практике (такие, например, как психотерапия) продвинулись в направлении осмыслиения и презентации ресурсных состояний индивида, достигаемых с помощью адекватного взаимодействия с упомянутыми инстанциями психического. Решение данного аспекта проблемы представляет собой ответ на второй, основной для социальной психотерапии, вопрос о возможности разработки и использования универсальных механизмов воздействия на условия формирования и распространения социальных эпидемий.

3. Теория и практика интегративной психотерапии в контексте метамодели социальной психотерапии

Одно из наиболее трудоемких, но обязательных условий состоятельности метамодели социальной

психотерапии, как уже было сказано, заключается в том, что специальными психотерапевтическими технологиями, особенно эффективными в отношении форсированного развития свойств психологического здоровья – устойчивости к агрессивным влияниям внешней среды, должна быть охвачена существенная часть населения. Особенно, та часть, которая при соответствующей экспресс-диагностике, обнаруживает рискованно низкий уровень развития идентифицированных личностных свойств. Практическая реализация данного условия возможна одним – единственным путем – трансляцией специализированных психотерапевтических технологий в институализированные практики (системы) воспитания, образования, которыми охватывается большая часть населения.

Следовательно, первое рамочное требование к адекватной, по отношению к рассматриваемой проблеме, модели психотерапии – возможность трансляции базисных технологий в институты воспитания и образования без утраты или существенного снижения их эффективности. Разумеется, параллельно с этим процессом, в режиме сверхинтенсивности, должна развиваться психотерапевтическая наука и практика, система подготовки кадров, и, соответственно, система специализированной психотерапевтической помощи населению, включая институт психологического консультирования (психологическая модель психотерапии). Однако, одних только этих сверхинтенсивных усилий будет явно недостаточно для того, чтобы в ближайшие, даже не годы, а десятилетия решить обсуждаемую проблему по существу.

Следующее рамочное требование к обсуждаемой психотерапевтической модели – выведение в качестве основных мишеней задач по форсированному развитию свойств психологического здоровья с доказательной эффективностью достигнутого результата.

Наконец, третье рамочное требование, реализация которого требует нешуточных интеллектуальных усилий со стороны психотерапевтической элиты, заключается в том, что должны быть, наконец, разработаны адекватные теоретические подходы и практические инновации в отношении ресурсной составляющей свойств психологического здоровья – устойчивости к агрессивным влияниям внешней среды (пятая позиция в общем перечне идентифицированных свойств).

С нашей точки зрения, всем этим условиям удовлетворяет модель интегративно-развивающей психотерапии (наш собственный теоретический и практический вклад в общее дело выведения психотерапевтической профессии из статуса эксклюзивной практики в статус широкомасштабной социальной практики). Общая теоретическая база презентируемого психотерапевтического подхода состоит из трех оснований. Первое из них – принципиальное. Суть данной позиции заключается в

том, что интеграция психотерапевтических подходов наиболее перспективна в поле идентификации глубинного (присущего всем направлениям, моделям, формам и методам психотерапии) уровня психотерапевтической коммуникации с выведением универсальных психотерапевтических механизмов, актуализация которых возможна на обозначенном уровне взаимодействия психотерапевта и клиента (группы). Соответственно, при таком видении главного принципа интеграции не возникает противоречий в использовании различных «школьных» методов и методик. Следующее основание – структурное. Нами разработана дисциплинарная матрица психотерапевтической науки и практики,

представляющая психотерапию единой системой (наукой, практикой, профессией). Дисциплинарная матрица содержит определенную иерархию уровней организации психотерапевтической специальности. Каждому уровню соответствуют определенные концептуальные построения – вклады в общее поле теории и практики профессиональной психотерапии. По каждому матричному уровню нами разработаны концептуальные подходы, способствующие адекватной презентации ресурсных инстанций психического, как в фундаментальных и прикладных аспектах теории, так и в психотерапевтической практике (выделены курсивом в схеме 1).

Схема 1

Дисциплинарная матрица психотерапевтической науки и практики

Основные структурные уровни	Основные концепты, интегрирующие специальность
1. Уровень фундаментальных допущений	<i>Единая система фундаментальных допущений (модель «объемной» реальности)</i>
2. Уровень общеначальных архетипов (подходов)	<i>Кольцевой научный архетип, континуальные внедисциплинарные научные подходы</i>
3. Уровень базисных теорий и концепций	<i>Функциональная концепция психического (презентация ресурсных инстанций психики на основе идеи кольцевого научного архетипа и континуального внедисциплинарного подхода)</i>
4. Уровень прикладных теорий и концепций	<i>Концепция психологической устойчивости (психологического здоровья) к агрессивным влияниям среды</i>
5. Уровень собственно дисциплинарных теорий и концепций	<i>Функциональная концепция психотерапии (включая концепты «золотого правила психотерапии», модели психотерапевтического пространства, модели двухуровневой психотерапевтической коммуникации, универсальных и технологических механизмов психотерапии, модели семишагового инсайта, модели диалогизированного сознания и др.)</i>
6. Уровень актуального профессионального поля	<i>Правила технического синтеза с максимальным вовлечением универсальных механизмов глубинного уровня психотерапевтической коммуникации; «Трехслойные» психотерапевтические техники, ориентированные на адекватное решение, как универсальных проблем развития, так и конкретных проблем клиента.</i>
7. Уровень профессиональных стандартов	<i>Стандарты мониторинга и диагностики уровня психологического здоровья (индивидуального и социального); Стандарты услуг; Квалификационные стандарты; Образовательные стандарты; Организационные стандарты; Нормативно-законодательные стандарты.</i>

Формат данной статьи не позволяет нам подробно раскрыть содержание каждого концептуального блока (см. наши предыдущие и последующие сообщения). Ниже мы остановимся лишь на некоторых, узловых, с нашей точки зрения, моментах, необходимых для иллюстрации возможности формирования развития свойств психологического здоровья в метамодели социальной психотерапии. Третье основание – техническое. Презентируемый нами интегративный подход, оставляя место для

всего накопленного технического потенциала психотерапии, существенно обогащает технологические возможности психотерапевтической коммуникации за счет осознанного использования катализирующей активности универсальных психотерапевтических механизмов на различных этапах психотерапевтической коммуникации. Кроме того, в соответствии с иерархией целей, выстраиваемых в духе нового интегративного подхода, выделяются следующие технологические

стратегии структурированной психотерапевтической коммуникации:

- использование техник, потенцирующих вхождение в психотерапевтическое пространство и активизацию глубинного уровня психотерапевтической коммуникации;
- использование техник, способствующих форсированному развитию свойств психологического здоровья у индивида или группы;
- особый акцент на использование техник, облегчающих доступ к суперресурсным инстанциям психического и формирование устойчивых ресурсных состояний у индивида (или группы);
- использование «катализированного» арсенала технических приемов для адекватного решения заявляемых проблем.

Здесь мы позволим себе остановиться на двух, исключительно важных, с нашей точки зрения, моментах. Во-первых, психотерапевтическое пространство – ключевой феномен эффективной психотерапевтической коммуникации, актуализирующий ее глубинный уровень – «открывается», так называемой, «Я-техникой», подразумевающей наличие высоких уровней психологического здоровья – устойчивости у терапевта. Это свойство почти мгновенно идентифицируется клиентом или группой, что и является запуском механизма идентификации – манифестации активности глубинного уровня психотерапевтического взаимодействия. Следовательно, такого рода «техника» приобретается годами подготовки, включающей тренинги личностного самопознания, личностного роста, практику личной терапии. В сущности, это и есть первичные фрагменты метамодели социальной психотерапии, которые, в первую очередь, должны быть транслированы в систему подготовки преподавателей и воспитателей. Во-вторых, следует несколько подробнее рассмотреть феномен диалогизированного сознания – синонима постоянного доступа к суперресурсным инстанциям психического и формирования устойчивых ресурсных состояний (пятая позиция свойств психологического здоровья в нашем перечне). В функциональном смысле феномен диалогизированного сознания – это навык презентации «объемной» реальности (в том числе и таких, неверифицируемых в условиях «одномерной» реальности, ресурсных инстанций психического, обозначаемых как подсознание, сверхсознание, предсознание, душа, дух). Данный навык образуется с использованием подвижного фокуса импульсной активности сознания, формирующего «момент настоящего». В научно-прикладном смысле – это переложение идеи кольцевого научного архетипа и континуальных внедисциплинарных подходов, формирующих новый взгляд на природу психического, на язык практических психотерапевтических технологий. В техническом смысле феномен диалогизированного сознания – это результат

использования специальных психотерапевтических стратегий с подготовительным этапом обретения ресурсного опыта и завершающим этапом формирования «когнитивного прорыва», когда стереотипы презентации одномерной реальности трансформируются в возможности широкого ресурсного доступа. В итоге, феномен диалогизированного сознания дает возможность его носителю использовать гиперпластические возможности данного состояния для ускоренного развития других составляющих комплекса психологической устойчивости. В качестве примера эффективности данной технологии сошлемся на достаточно объемный и представительный материал интенсивной психотерапевтической практики с зависимыми от ПАВ, в ходе чего была показана возможность полного освобождения от химической зависимости в связи с полноценным формированием феномена диалогизированного сознания.

Последнее, на что мы хотели бы обратить внимание в данном разделе – возможность эффективного сочетания основных технологий воспитания, образования, а также универсальных и структурных механизмов психотерапевтического воздействия. Данный тезис проиллюстрирован на схеме 2, где глубинный уровень коммуникации является общим, как для психотерапевтических, так и для воспитательных и образовательных технологий.

Таким образом, при соблюдении условий и требований по подготовке специалистов, занятых в институализированных практиках воспитания и образования, интегративные психотерапевтические подходы могут быть успешно транслированы в масштабные социальные институты с возможностью реализации метамодели социальной психотерапии.

4. Стратегия реализации метамодели социальной психотерапии

Идентификация универсальных механизмов, способствующих вовлечению определенной части населения в орбиту социальных эпидемий, открывает возможности для разработки эффективных стратегий гуманитарного (а не силового) решения рассматриваемых проблем в профилактическом ключе. Вместе с тем, следует иметь в виду, что определенные группы населения вовлекаются в процессы социальных эпидемий по-разному. Следовательно, общая стратегия социальной психотерапии должна предусматривать возможности дифференциальной диагностики, а также возможность дифференциальных профилактических, терапевтических и реабилитационных подходов для населения, представляющего:

- группы повышенного риска;
- группы непосредственно вовлекаемых в орбиту социальной эпидемии;
- группы прямо или косвенно пострадавших от деструктивных социальных процессов;

Схема 2

Общие характеристики развивающей, двухуровневой психотерапевтической коммуникации

Основные уровни терапевтической коммуникации	Иерархия целей психотерапии/развитие уровней психологического здоровья	Основные психотерапевтические механизмы	Содержание профессионального образования
Осознаваемый, структурно-технологический уровень	1) Решение поверхностной проблемы, заявляемой клиентом (<i>достижение относительного комфорта</i>) 2) Решение глубинных проблем – инсайты I-III уровня (<i>достижение психологического комфорта, расширение адаптационных возможностей</i>) 3) Решение унифицированных проблем развития – инсайты IV-V уровня (<i>достижение высокого качества жизни</i>)	<i>Утилизация</i> (дезактуализация) неконструктивных, дезадаптирующих психических связей (штампов, моделей, стереотипов); <i>Развитие</i> (актуализация) конструктивной, облегчающей адаптацию активности психического за счет: - <i>преимущественной коррекции эмоционального опыта</i> ; - <i>преимущественного расширения когнитивного репертуара</i> ; - <i>преимущественной модификации поведения</i> (оперантное, позитивно-негативное подкрепление соответствующих поведенческих паттернов)	Традиционные гуманитарные теории; классические теории психического; прикладные концепции основных направлений, моделей, методов, форм психотерапии. Практические навыки – основные технические (методические) блоки; (личная терапия, супervизия)
Неосознаваемый, глубинный уровень	1) Достижение внутриличностной гармонии (<i>полноценное завершение личностной идентификации</i>) 2) Достижение целостности между основными инстанциями психического (<i>развитие вторичных ресурсных состояний – укоренение личности в бессознательном</i>) 3) Достижение внешней гармонии – персонального и социального (<i>формирование внутреннего локуса контроля, навыков ответственного выбора</i>) 4) Обретение целостной, развивающей стратегии бытия, где сложности не фатальны, необходимость изменений приветствуется (<i>наличие позитивного, идентификационного, жизненного сценария</i>)	1. <i>Идентификация с личностью психотерапевта</i> 2. <i>Перевод охранно-мобилизационной стратегии поведения клиента в синергетическую</i> 3. <i>Наделение клиента пластическими и энергетическими ресурсами</i> 4. <i>Позитивное подкрепление развивающего поведения</i> 5. <i>Скрытое убеждение и внушение</i> 6. <i>Облегченная трансляция социальных паттернов поведения от терапевта к клиенту</i>	Парадигма новой реальности; функциональная концепция психического и психотерапии; модель двухуровневой психотерапевтической коммуникации; феномен психотерапевтического пространства; универсальные психотерапевтические механизмы. Практика – ресурсные технологии двухуровневого развивающего психотерапевтического процесса; основные методики технологического уровня; углубленные (режим диалогизированного сознания) курсы самопознания, личностного роста, личной терапии, интервизации, супervизии; проработка базисных проблем, достижение высоких уровней психологического здоровья. Практика терапии, супervизии, интервизации. Балинтовские группы.
Воспитание	Социализация	Практика воспитания	Теория и практика воспитания
Образование	Информация	Образовательные технологии	Теория и практика образования

- группы с неадекватными реакциями на факты распространения социальных эпидемий (депрессия, страх, неадекватные действия и т.д.).

- группы лиц, профессионально противодействующих распространению деструктивных социальных процессов по профилю соответствующих социальных эпидемий.

Для каждой из поименованных групп масштаб, интенсивность и общий вектор усилий, предпринимаемых в контексте метамодели социальной психотерапии, должны быть точными и адекватными.

К обозначенным диагностическому, профилактическому и терапевтическому (реабилитационному) направлениям, представляющим практический и наиболее активный полюс метамодели социальной психотерапии, следует добавить еще три направления, формирующие организационный и перспективный полюсы развития данной концепции.

Речь идет о необходимости форсированного развития психотерапевтической науки и практики, параллельных усилиях по трансляции основных психотерапевтических технологий (в том числе - образовательных) в институализированные развивающие практики. А также, о дальнейшей проработке идеи кольцевого научного архетипа, как подлинно нового способа мышления (прообраз когнитивной психотерапии, проводимой в масштабах всего общества) с одной стороны и технологического аспекта данной проблемы, с другой.

Успешная реализация метамодели социальной психотерапии, в принципе, может дать весьма действенный инструмент ускорения социального развития и вывода общества из того кризисного горизонта, где его существенная часть платит весьма высокую цену за несостоятельность институтов, ответственных за индивидуальное и социальное развитие.

ИНТЕГРАТИВНО-РАЗВИВАЮЩАЯ, ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ (РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ)

Т.В.Пак

г. Павлодар

На базе Республиканского научно-практического Центра медико-социальных проблем наркоманий г. Павлодара проведена научная работа, целью которой являлось изучение сравнительной эффективности интегративно-развивающей, групповой психотерапии (ИРГП) больных наркоманией в программе медико-социальной реабилитации (МСР), основанное на результатах исследования 189 пациентов, проходивших курс лечения и реабилитации с января по декабрь 2002 года.

С пациентами исследуемой группы ($n=105$ человек) проводилась интегративно-развивающая, групповая психотерапия, с пациентами контрольной группы ($n=84$ человека) – дискуссионная недирективная групповая психотерапия, в остальном, режим отделения и график работы пациентов в программе МСР были адекватно сопоставимы.

Курс психотерапевтических сессий ИРГП в исследуемой группе продолжался в течение 2-х – 4-х месяцев, каждое занятие не менее 3 часов, ежедневно от 4-х до 6-ти часов. В одну психотерапевтическую группу входило 10–12 человек. Пациенты входили в групповой психотерапевтический процесс по мере перевода из отделения медикаментозной коррекции.

Для проведения анализа эффективности ИРГП больных наркоманией в программах МСР в сравнении с традиционно применяемыми психотерапевтическими подходами использовалась система промежуточных и конечных оценочных индикаторов, начиная со II этапа программы МСР.

1 Динамика степени развития свойств антинаркотической устойчивости

При статистическом анализе результатов по основным параметрам исследования нами получены следующие значительные различия между исследуемой и контрольной группой. В таблице 1 отражены результаты статистического анализа динамики (разницы между конечными и начальными показателями по 6 балльной шкале) субъективной оценки степени развития свойств антинаркотической устойчивости. Показатели параметров по 6 балльной шкале имели следующее распределение: 1 балл - однозначно нет; 2 балла - трудно ответить; 3 балла - начало пути; 4 балла - середина пути; 5 баллов - развился, но не до конца; 6 баллов - однозначно есть.

Результаты статистического анализа динамики (разницы между конечными и начальными показателями по 5 балльной шкале) объективной оценки степени развития свойств антинаркотической устойчивости отражены в таблице 2.

При исследовании динамики степени развития свойств антинаркотической устойчивости получены следующие данные: пациенты исследуемой группы, отвечая на вопрос «Я точно знаю, кто я такой и чего хочу в жизни», продвинулись на 2,4 балла по 6 балльной шкале субъективной оценки завершения личностной идентификации и в завершении курса лечения и реабилитации находились на позиции «Середина пути», или «Развился, но не до конца», или «Однозначно есть», пациенты

Таблица 1

Динамика субъективной оценки степени развития свойств антинаркотической устойчивости по 6 балльной шкале

Наименование параметров	Исследуемая группа n=105	Доверительный интервал ср.	Контрольная группа n=84	Доверительный интервал ср.	P
Я точно знаю, кто я такой и чего хочу в жизни	2.4	+/-0.4	1.0	+/-0.5	<0.01
Я точно знаю, что нужно делать для исполнения своих желаний, планов	2.3	+/-0.4	0.8	+/-0.5	<0.01
Я сам отвечаю за то, что происходит со мною в жизни	2.3	+/-0.4	1.0	+/-0.5	<0.01
У меня есть внутренние силы и возможности для того, чтобы добиться поставленных целей	2.1	+/-0.4	0.8	+/-0.5	<0.01
Я умею делать свой выбор и держаться избранного, не смотря ни на что	2.4	+/-0.4	0.9	+/-0.5	<0.01
Я хорошо знаю обо всех возможных рисках, связанных с употреблением наркотиков, других ПАВ	1.3	+/-0.2	0.7	+/-0.2	<0.01
Я хорошо понимаю, что употребление наркотиков и других ПАВ помешает реализации моих жизненных планов	1.5	+/-0.3	0.7	+/-0.3	<0.01
Я сделал свой выбор в отношении возможностей употребления наркотиков, и для себя я исключаю такую возможность, не смотря ни на что	2.2	+/-0.4	0.9	+/-0.4	<0.01

Таблица 2

Динамика объективной оценки степени развития свойств антинаркотической устойчивости по 5 балльной шкале

Наименование параметров	Исследуемая группа n=105	Доверительный интервал ср.	Контрольная группа n=84	Доверительный интервал ср.	P
Полноценное завершение личностной идентификации	1.3	+/-0.2	0.9	+/-0.2	<0.01
Степень сформированности навыков ответственного выбора	1.4	+/-0.2	1.0	+/-0.2	<0.01
Степень сформированности внутреннего локуса контроля	1.6	+/-0.2	1.0	+/-0.2	<0.01
Наличие позитивного жизненного сценария	1.5	+/-0.2	1.0	+/-0.2	<0.01
Наличие внутренних ресурсов для реализации позитивного жизненного сценария	1.2	+/-0.2	0.9	+/-0.2	<0.05
Наличие адекватной информированности о вреде наркопотребления	0.8	+/-0.1	0.5	+/-0.2	<0.01
Исключение наркопотребления из всех возможных горизонтов, жизненных планов	1.7	+/-0.2	0.9	+/-0.2	<0.01

контрольной группы продвинулись соответственно на 1 балл до позиции «Трудно ответить» или «Начало пути». Таким образом, констатировались значительные различия между группами по данному параметру в соотношении 2,4:1 соответствующему фактическому значению показателей. В исследуемой группе положительная динамика по 5 балльной шкале объективной оценки завершения личностной идентификации составила 1,3 балла, в контрольной группе соответственно 0,9 баллов в соотношении 1,4:1. Динамика (разница между конечными и начальными показателями) степени формирования навыков ответственного выбора по 6 балльной шкале субъективной оценки имела значительные различия между исследуемой и контрольной группой, соответственно 2,3 и 0,8 балла (в соотношении 2,9:1); по 5 балльной шкале объективной оценки, соответственно 1,4 и 1,0 балла. Динамика (разница между конечными и начальными показателями) формирования степени внутреннего локуса контроля по 6 балльной шкале субъективной оценки происходила с достоверным отличием между исследуемой и контрольной группой, соответственно 2,3 и 1,0 балла; по 5 балльной шкале объективной оценки, соответственно 1,6 и 1,0 балла. Динамика формирования позитивного жизненного сценария по 6 балльной шкале субъективной оценки происходила с достоверной разницей между исследуемой и контрольной группой, соответственно 1,5 и 0,7 балла (в соотношении 2,1:1); по 5 балльной шкале объективной оценки, соответственно 1,5 и 1,0 балла. Динамика формирования внутренних ресурсов для реализации позитивного жизненного сценария по 6 балльной шкале субъективной оценки имела достоверные различия между исследуемой и контрольной группой, соответственно 2,1 и 0,8 балла (в соотношении 2,3:1); по 5 балльной шкале объективной оценки, соответственно 1,2 и 0,9 балла (в соотношении 1,3:1). Наименьшие достоверные статистические значения динамики показателей в обеих группах были получены по параметру «Наличие адекватной информированности о вреде наркопотребления» по 6 балльной шкале субъективной оценки, соответственно 1,3 и 0,7 балла; по 5 балльной шкале объективной оценки, соответственно 0,8 и 0,5 балла. Пациенты исследуемой группы, отвечая на вопрос «Я сделал свой выбор в отношении возможностей употребления наркотиков, и для себя я исключаю такую возможность, несмотря ни на что», продвинулись по 6 балльной шкале субъективной оценки на 2,2 балла до позиции «Середина пути», или «Развился, но не до конца», или «Однозначно есть» в завершении курса реабилитации; по 5 балльной шкале объективной оценки «Исключения наркопотребления из всех возможных горизонтов, жизненных планов» - на 1,7 балла. Соответственно, пациенты контрольной группы продвинулись по 6 балльной

шкале субъективной оценки на 0,9 балла до позиции «Трудно ответить» или «Начало пути»; по 5 балльной шкале объективной оценки - на 0,9 балла. Таким образом, значительные различия между группами по данным параметрам составили 2,2 и 0,9 балла по субъективной оценке в соотношении 2,4:1 и, соответственно 1,7 и 0,9 балла по объективной оценке в соотношении 1,9:1.

2 Динамика степени вовлечения глубинного уровня психотерапевтической коммуникации

Результаты статистического анализа динамики (разницы между конечными и начальными показателями по 3 балльной шкале) субъективной оценки признаков вовлечения глубинного уровня психотерапевтической коммуникации отражены в таблице 3. Показатели параметров по 3 балльной шкале имели следующее распределение: 1 балл - нет; 2 балла - затрудняюсь с ответом; 3 балла - да.

В результате исследования значительные различия динамики (разницы между конечными и начальными показателями по 3 балльной шкале) субъективной оценки признаков вовлечения глубинного уровня психотерапевтической коммуникации между исследуемой и контрольной группой выявились по следующим параметрам: «Отмечали ли Вы ощущение покоя и безопасности в продолжение первого психотерапевтического сеанса?», соответственно 0,3 и 0,1 балла (в соотношении 3:1), тогда как по параметру «Отмечали ли Вы ощущение покоя и безопасности в последующей работе с психотерапевтом?» одно из наименьших достоверных значений разницы между конечными и начальными показателями в исследуемой группе 0,1 балла, интерпретируемое нами содержанием последующей психотерапевтической работы: активизация внутриличностного конфликта, тройное разотождествление, дезактуализация патологического влечения к наркотику и др. Также значительные различия в динамике показателей (разнице между конечными и начальными показателями по 3 балльной шкале) определились между группами по следующим параметрам: «Отмечали ли Вы установление полного контакта с психотерапевтом в последующей работе с ним?», соответственно 0,2 и - 0,04 балла (в соотношении 5:1); «Отмечали ли Вы изменение восприятия времени (ускоренное, замедленное или то и другое одновременно) во время первого психотерапевтического сеанса?», соответственно 0,2 и - 0,04 балла (в соотношении 5:1); «Отмечали ли Вы появление не совсем обычных телесных ощущений (легкости, тяжести, жара, холода, покалывания, «мурашек» и т.п.) в последующей работе с психотерапевтом?», соответственно 0,2 и - 0,06 балла (в соотношении 3:1); «Отмечали ли Вы изменение отношения к проблеме, по поводу которой Вы обратились к психотерапевту в последующей работе с ним?», соответственно 0,2 и -

Таблица 3

*Динамика субъективной оценки признаков вовлечения глубинного уровня
психотерапевтической коммуникации по 3 балльной шкале*

Наименование параметров	Исследуемая группа n=105	Доверительный интервал ср.	Контрольная группа n=84	Доверительный интервал ср.	P
Отмечали ли Вы ощущение покоя и безопасности в продолжение первого психотерапевтического сеанса?	0.3	+/-0.2	0.1	+/-0.2	<0.05
Отмечали ли Вы ощущение покоя и безопасности в последующей работе с психотерапевтом?	0.1	+/-0.1	-0.1	+/-0.2	<0.05
Отмечали ли Вы установление полного контакта с психотерапевтом в последующей работе с ним?	0.2	+/-0.153	-0.04	+/-0.14	<0.05
Отмечали ли Вы появление (усиление) веры в конструктивные возможности психотерапевтического процесса в последующей работе с психотерапевтом?	2.8	+/-0.1	2.2	+/-0.1	<0.01
Отмечали ли Вы существенное изменение самочувствия во время первого психотерапевтического сеанса?	0.2	+/-0.2	-0.2	+/-0.1	<0.01
Отмечали ли Вы существенное изменение самочувствия в последующей работе с психотерапевтом?	0.2	+/-0.1	-0.1	+/-0.2	<0.01
Отмечали ли Вы изменение восприятия окружающего пространства во время первого психотерапевтического сеанса?	0.2	+/-0.2	-0.1	+/-0.2	<0.05
Отмечали ли Вы изменение восприятия окружающего пространства во время последующей работы с психотерапевтом?	0.02	+/-0.1	-0.3	+/-0.2	<0.01
Отмечали ли Вы изменение восприятия времени (ускоренное, замедленное или то и другое одновременно) во время первого психотерапевтического сеанса?	0.2	+/-0.1	-0.04	+/-0.2	<0.05
Отмечали ли Вы изменение восприятия времени (ускоренное, замедленное или то и другое одновременно) во время последующей работы с психотерапевтом?	0.1	+/-0.1	-0.1	+/-0.1	<0.05
Отмечали ли Вы появление не совсем обычных телесных ощущений (легкости, тяжести, жара, холода, покалывания, «мурашек») в последующей работе с психотерапевтом?	0.2	+/-0.1	-0.06	+/-0.1	<0.01
Отмечали ли Вы появление ощущения собственной измененности (изменения своего «Я») в последующей работе с психотерапевтом?	0.07	+/-0.1	-0.2	+/-0.1	<0.01
Отмечали ли Вы изменение отношения к проблеме, по поводу которой Вы обратились к психотерапевту в последующей работе с ним?	0.2	+/-0.1	-0.06	+/-0.1	<0.01
Отмечали ли Вы появление перспективы решения Вашей основной проблемы во время первого психотерапевтического сеанса?	0.4	+/-0.2	0.07	+/-0.2	<0.05
Отмечали ли Вы появление перспективы решения Вашей основной проблемы в последующей работе?	0.1	+/-0.1	-0.05	+/-0.1	<0.05

0,06 балла (в соотношении 3:1); «Отмечали ли Вы появление перспективы решения Вашей основной проблемы во время первого психотерапевтического сеанса?», соответственно 0,4 и 0,07 балла (в соотношении 6:1). Вышеописанные значительные различия между группами интерпретируются нами вовлечением глубинного уровня психотерапевтической коммуникации уже во время первых, а также последующих сессий интегративно-развивающей психотерапии. По параметру «Отмечали ли Вы изменение восприятия окружающего пространства во время последующей работы с психотерапевтом?» наименьшее достоверное значение разницы между конечными и начальными показателями в исследуемой группе 0,02 балла (по 3 балльной шкале), интерпретируемое нами созданием психотерапевтического пространства уже во время первых сессий интегративно-развивающей психотерапии. По параметру «Отмечали ли Вы появление ощущения собственной измененности (изменения своего «Я») в последующей работе с психотерапевтом?» также одно из наименьших достоверных значений разницы между конечными и начальными показателями в исследуемой группе 0,07 балла (по 3 балльной шкале), интерпретируемое нами установлением особого контакта с нормативной частью личности и дезактуализацией патологического личностного статуса в течение первых психотерапевтических

сессий, дальнейшим завершением идентификации личности с актуализацией неоабилитационного статуса (ощущение нового, а не прошлого своего «Я»). При анализе результатов в контрольной группе отмечалось отрицательное значение разницы (по 3 балльной шкале) между конечными и начальными показателями по следующим параметрам: «Отмечали ли Вы существенное изменение самочувствия во время первого психотерапевтического сеанса?» - 0,2 балла, «Отмечали ли Вы изменение восприятия окружающего пространства во время последующей работы с психотерапевтом?» - 0,3 балла, «Отмечали ли Вы появление ощущения собственной измененности (изменения своего «Я») в последующей работе с психотерапевтом?» - 0,2 балла, тогда как в исследуемой группе разница между конечными и начальными показателями по всем данным параметрам имела положительное значение.

Результаты статистического анализа динамики (разницы между конечными и начальными показателями по 4 балльной шкале) объективной оценки признаков вовлечения глубинного уровня психотерапевтической коммуникации отражены в таблице 4. Показатели параметров по 4 балльной шкале имели следующее распределение: 1 балл – признаки отсутствуют; 2 балла – слабая степень выраженности признаков; 3 балла – средняя степень выраженности признаков; 4 балла – значительная степень выраженной признаков.

Таблица 4

Динамика объективной оценки признаков вовлечения глубинного уровня психотерапевтической коммуникации по 4 балльной шкале

Наименование параметров	Исследуемая группа n=105	Доверительный интервал ср.	Контрольная группа n=84	Доверительный интервал ср.	P
Сокращение дистанции между терапевтом и клиентом	1.7	+/-0.2	0.7	+/-0.2	<0.01
Аналогии в моторике (позе, жестах, движениях головы, глаз)	1.7	+/-0.2	0.7	+/-0.2	<0.01
Аналогии в мимических реакциях	1.5	+/-0.2	0.6	+/-0.2	<0.01
Присоединение по тембру и интонациям речи	1.7	+/-0.2	0.7	+/-0.2	<0.01
Синхронизация речевого темпо-ритма	1.7	+/-0.2	0.7	+/-0.2	<0.01
Выраженность вегетативных реакций у пациента	1.6	+/-0.2	0.6	+/-0.2	<0.01
Синхронизация дыхательного ритма	1.4	+/-0.2	0.8	+/-0.2	<0.01
Выраженность мышечной релаксации у пациента	1.6	+/-0.1	0.6	+/-0.2	<0.01

При анализе динамики (разницы между конечными и начальными показателями по 4 балльной шкале) объективной оценки признаков вовлечения глубинного уровня психотерапевтической коммуникации значительные различия между исследуемой и контрольной группой были определены по следующим параметрам: «Аналогии

в мимических реакциях», соответственно 1,5 и 0,6 балла (в соотношении 2,5:1); «Выраженность вегетативных реакций у пациента», соответственно 1,6 и 0,6 балла (в соотношении 2,7:1); «Выраженность мышечной релаксации у пациента», соответственно 1,6 и 0,6 балла (в соотношении 2,7:1).

3 Оценка степени и скорости редукции синдрома зависимости

В результате исследования оценки степени и скорости редукции синдрома зависимости значимые различия выявились между исследуемой и контрольной группой по длительности проявлений психопатологических синдромов в днях

(таблица 5) в соответствии с рисунком 1; по степени выраженности проявлений психопатологических синдромов в баллах (таблица 6) в соответствии с рисунком 2; по количеству зарегистрированных случаев проявлений психопатологических синдромов на 30 стационарных дней (таблица 7).

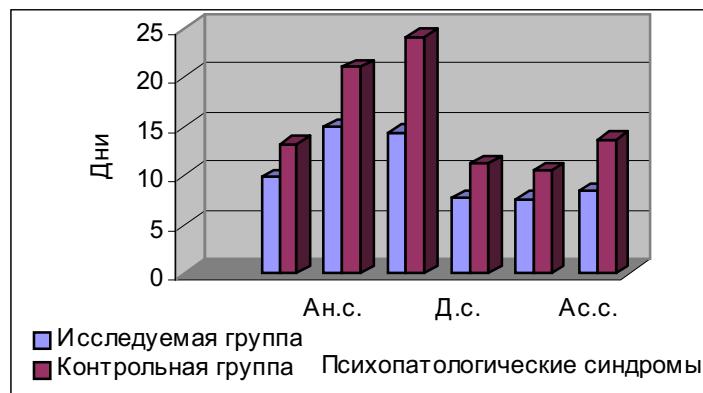
Таблица 5

Редукция длительности проявлений психопатологических синдромов в днях

Наименование параметров	Исследуемая группа n=105	Доверительный интервал ср.	Контрольная группа n=84	Доверительный интервал ср.	P
Длительность проявлений абstinентного синдрома	9.8	+/-0.6	13.2	+/-0.7	<0.01
Длительность проявлений анозогностического синдрома	15.0	+/-1.2	21.0	+/-1.2	<0.01
Длительность проявлений психопатоподобного синдрома	14.4	+/-1.7	24.1	+/-2.4	<0.01
Длительность проявлений депрессивного синдрома	7.7	+/-0.7	11.2	+/-1.0	<0.01
Длительность проявлений синдрома патологического влечения к наркотику	7.6	+/-0.4	10.5	+/-0.4	<0.01
Длительность проявлений астенического синдрома	8.4	+/-2.6	13.7	+/-0.62	<0.01

Рисунок 1

Длительность проявлений психопатологических синдромов в днях



Аб.с. - абстинентный синдром; Ан.с. - анозогностический синдром; Пн.с. - психопатоподобный синдром; Д.с. – депрессивный синдром; СПВ – синдром патологического влечения к наркотику; Ас.с. – астенический синдром

Показатели степени выраженности проявлений психопатологических синдромов по 4 балльной шкале имели следующее распределение: 1 балл – степень выраженности проявлений отсутствует (ввиду особенностей компьютерной

программы – не считывания «0» как значения); 2 балла - степень выраженности проявлений слабая; 3 балла - степень выраженности проявлений умеренная; 4 балла - степень выраженности проявлений значительная.

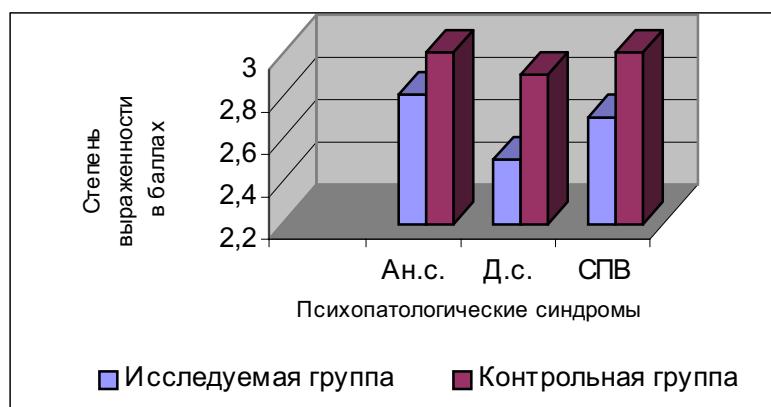
Таблица 6

Редукция степени выраженности проявлений психопатологических синдромов по 4 балльной шкале

Наименование параметров	Исследуемая группа n=105	Доверительный интервал ср.	Контрольная группа n=84	Доверительный интервал ср.	P
Степень выраженности проявлений анозогностического синдрома	2.8	+/-0.1	3.0	+/-0.02	<0.01
Степень выраженности проявлений депрессивного синдрома	2.5	+/-0.2	2.9	+/-0.1	<0.01
Степень выраженности проявлений синдрома патологического влечения к наркотику	2.7	+/-0.1	3.0	+/-0.1	<0.01

Рисунок 2

Степень выраженности проявлений психопатологических синдромов по 4 балльной шкале



Ан. с. - анозогностический синдром; Д. с. - депрессивный синдром; СПВ - синдром патологического влечения к наркотику

Таблица 7

Количество зарегистрированных случаев проявлений психопатологических синдромов на 30 стационарных дней

Наименование параметров	Исследуемая группа n=105	Доверительный интервал ср.	Контрольная группа n=84	Доверительный интервал ср.	P
Количество зарегистрированных случаев проявлений синдрома патологического влечения к наркотику	2.2	+/-0.2	3.3	+/-0.1	<0.01

Периодически повторяющиеся поведенческие расстройства, аффективные нарушения, диссомнические расстройства, вегетативный и астенический симптомокомплекс, негативизм к получаемой терапии, неоднократные сновидения на наркотическую тематику интерпретировались нами как случаи проявлений синдрома патологического влечения (ПВ) к наркотику на 30 стационарных дней. По количеству зарегистрированных случаев проявлений других психопатологических синдромов достоверных статистических различий между группами не выявлено.

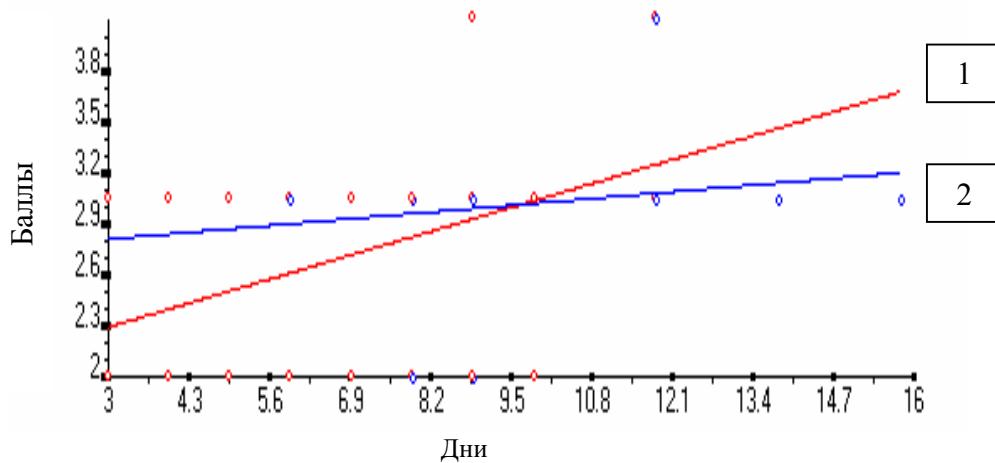
В результате исследования выявились достоверные различия между исследуемой и контрольной группой по длительности в днях и степени выраженности проявлений по 4 балльной шкале ано-зогностического синдрома, соответственно 15,0 и 21,0 (в соотношении 1: 1,4); 2,8 и 3,0 (в соотношении 1: 1,1). А также по длительности в днях и степени выраженности проявлений по 4 балльной шкале депрессивного синдрома, соответственно 7,7 и 11,2 (в соотношении 1:1,5); 2,5 и 2,9 (в соотношении 1:1,2). Результаты исследования информировали о значимых различиях между исследуемой и контрольной группой в оценке степени и скорости редукции синдрома патологического влечения к

наркотику: по длительности проявлений синдрома в днях, соответственно 7,6 и 10,5 (в соотношении 1:1,4), по степени выраженности проявлений в баллах (4 балльная шкала) синдрома, соответственно 2,7 и 3,0 (в соотношении 1:1,1) и по количеству зарегистрированных случаев проявлений синдрома на 30 стационарных дней, соответственно 2,2 и 3,3 (в соотношении 1:1,5).

При этом определилась корреляция между степенью выраженности проявлений синдрома патологического влечения к наркотику в баллах и длительностью в днях в соответствии с рисунком 3. В исследуемой группе при снижении степени выраженности проявлений синдрома патологического влечения к наркотику в баллах (психотерапевтическое воздействие), сокращается длительность проявлений синдрома в днях. Угол корреляционной наклонной в исследуемой группе достоверно ($p<0,01$) больше в сравнении с контрольной группой. А также в исследуемой и контрольной группе определилась корреляция между степенью выраженности в баллах и количеством зарегистрированных случаев проявлений синдрома патологического влечения к наркотику на 30 стационарных дней в соответствии с рисунком 4.

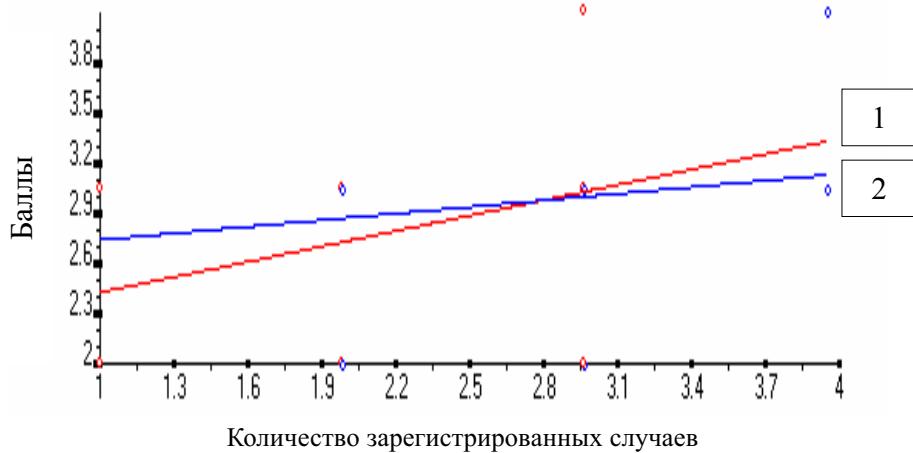
Рисунок 3

Корреляция между степенью выраженности по 4 балльной шкале и длительностью проявлений в днях синдрома патологического влечения к наркотику ($p<0,01$)



1-исследуемая группа
2-контрольная группа

Корреляция между степенью выраженности по 4 балльной шкале и количеством зарегистрированных случаев на 30 стационарных дней проявлений синдрома патологического влечения к наркотику ($p<0,01$)



В исследуемой группе при снижении степени выраженности синдрома ПВ к наркотику в баллах (психотерапевтическое воздействие), уменьшалось количество зарегистрированных случаев проявлений синдрома ПВ к наркотику на 30 стационарных дней. Угол корреляционной наклонной в исследуемой группе достоверно ($p<0,01$) больше в сравнении с контрольной группой. При оценке длительности проявлений психоорганического синдрома в днях статистических различий между группами не получено. Степень выраженности проявлений абстинентного, психоорганического, психопатоподобного и астенического синдрома в баллах между группами статистически не отличалась.

Клинический случай 1 (история болезни № 28)
Больной Ю., 34 года находился на стационарном лечении в РНПЦ МСПН с 31.01.2002 г. по 01.04.2002 г. На лечение в данный Центр поступил впервые, самостоятельно.

Наследственность не отягощена. Беременность у матери протекала без особенностей. Роды в срок. Раннее развитие в пределах возрастных норм. Сидеть, ходить, говорить начал своевременно. В детстве рос и развивался здоровым ребенком. Из детских инфекций перенес паротит, корь. Болел нечастыми простудными заболеваниями. С 3 лет посещал детский сад, легко адаптировался в детском коллективе, был подвижным, драчливым мальчиком. Часто ссорился со старшим братом.

В школу пошел в 7 лет. До 7 класса учился на «хорошо», занимался с удовольствием. В школе имел много знакомых, был общителен, проявлял лидерские черты характера: к его мнению прислушивались, советовались. С 7 класса потерял

интерес к учебе, в группе нарушающих дисциплину, «срывающих» уроки играл одну из ведущих ролей. Занимался спортом: борьбой, боксом. Много времени стал проводить на улице. В этом возрасте изменился по характеру. В поведении стал груб, требователен. Общался с асоциальными подростками, поздно возвращался домой. К этому времени относятся первые пробы алкоголя. В компании друзей попробовал водку. Состояние опьянения не понравилось. Испытывал тошноту, рвоту, головную боль, общую слабость. Впоследствии алкоголь употреблял эпизодически, редко. В это время впервые познакомился с наркотиком, курил анашу, употребление носило эпизодический характер.

По окончании 10 классов несколько лет пытался поступить в высшее военное училище. После неудачных попыток поступил в колледж по специальности электрик. В 1986-1988 годах служил в десантных войсках, был определен в данный род войск по собственному настоянию. После службы в армии сменил несколько мест работы, нигде подолгу не задерживался, увольнялся по собственному желанию. Затем занялся предпринимательской коммерческой деятельностью, частным малым бизнесом, самостоятельно достиг определенного материального благополучия. В 1995 году в 27 лет в компании друзей впервые употребил суррогат опия «ханку» внутривенно, дозу указать не может. Состояние опьянения понравилось, хотя при первой пробе испытал токсические реакции: тошноту, рвоту, тяжесть в голове. На следующий день прием наркотика повторил. Через 2-3 употребления стал ощущать «полноценный кайф», «понял наркотик». В течение 2 месяцев употреблял наркотик эпизодически: 3-4 раза в месяц. В этот период отсутствие наркотика

вызывало состояние «внутреннего напряжения», чувство тревоги. Через 2 месяца наркотик стал употреблять ежедневно, сформировался систематический прием: два раза в день в суточной дозе до 1,0 г сухого вещества. Увеличение дозы объяснял снижением ощущения чувства эйфории. В это время заметно изменился по характеру: стал раздражителен, вспыльчив, эгоцентричен. Прекратил отношения со старшим братом, не интересовался самочувствием пожилых родителей (в этот период болела мать), появились конфликты с партнерами по частному бизнесу. В период ежедневного систематического приема наркотика впервые почувствовал «ломку». При вынужденном отсутствии наркотика появились, слабость, слезотечение, риноррея, бессонница, болевые ощущения в суставах ног. В дальнейшем абstinентный синдром протекал в течение 10-12 суток и проявлялся сомато-неврологическими, вегетативными, психическими нарушениями. Влечеие к наркотику было достаточно сильным, осознанным. Наблюдался выраженный рост толерантности. Доза употребляемого наркотика - героина возросла до 1,5 г сухого вещества в сутки в три приема. В 1996 году перенес микст-гепатит «В» и «С», стационарно не лечился. Диагноз был установлен по результатам иммунологического анализа. В течение 7 лет систематического употребления героина неоднократно лечился по поводу наркотической зависимости, проходил дезинтоксикационные курсы терапии в частных клиниках Москвы, Санкт-Петербурга. В этот период развелся с супругой. С сыном отношения не поддерживает, взаимопонимание отсутствует. Трижды наблюдалась самопроизвольные ремиссии 5-7 месяцев, затем возобновлял употребление наркотика. С декабря 2001 по январь 2002 года проходил стационарное лечение в Акмолинском областном наркологическом диспансере, откуда был направлен в Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН) г. Павлодара. Последнее употребление героина накануне госпитализации в дозе 0,5 г внутривенно. Аллергологический анамнез не отягощен.

Соматический статус при поступлении: нормостенического телосложения, пониженного питания. Кожные покровы чистые, сухие, бледные, с землистым оттенком. На коже левого предплечья – татуировка: звезды. На внутренней стороне, по ходу поверхностных вен обоих предплечий – множественные следы от внутривенных инъекций различной давности. Сердечные тоны несколько приглушенны. АД – 120/80 мм рт. ст. Пульс – 88 уд/мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Выявляется болезненность при пальпации в области правого подреберья. Печень +2 см от края реберной дуги. Язык обложен коричневым налетом.

Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул неустойчивый.

Лабораторные показатели. Анализ крови: Гемоглобин – 147 г/л; лейкоциты – 5,5 * 10⁹/л; эритроциты – 4,5 * 10¹²/л; СОЭ – 1 мм/ч. Анализ мочи: цвет – светло-желтый; реакция – щелочная; плотность – 1028; белок – отр.; переходный эпитетиальный – 0-1 в п/зр.; лейкоциты – 0-1 в п/зр. Биохимический анализ: АЛТ – 12 У/л; АСТ – 24 У/л; глюкоза – 5,1 ммоль/л; тимоловая проба – 3,2 ед. RW – отр.; ВИЧ – отр. Заключение терапевта: хронический гепатит смешанной этиологии.

Неврологический статус: зрачки несколько сужены. Реакция на свет вялая. Установочный горизонтальный нистагм в крайних отведении. Сухожильные рефлексы несколько оживлены, симметричные. Гипергидроз кожи ладоней, tremor век, пальцев вытянутых рук. Ротационные движения конечностей в полном объеме. Патологических рефлексов нет. Лицо симметрично, глазные щели равные, язык по средней линии. В позе Ромберга устойчив. Пальцепосовую пробу выполняет удовлетворительно. Знаков и признаков очагового поражения ЦНС нет.

Психический статус: в ясном сознании. В месте, времени, собственной личности ориентирован правильно, полностью. Внешний вид аккуратный. Походка уверенная. Мимика живая, адекватная. Поза демонстративная. Дистанцию соблюдает. Говорит хорошо модулированным голосом. В беседу вступает охотно, пытается самостоятельно вести разговор, задает вопросы по поводу лечения, реабилитации. Речь грамматически правильная, с жаргонными выражениями. Откровенно рассказал о наркологическом анамнезе, отношениях в семье.

Предъявляет жалобы на влечение к наркотику, «плохое настроение», болезненные ощущения в правом подреберье. Отмечает, что «решение лечиться принял самостоятельно». Анамнестические сведения сообщает последовательно, хорошо датирует события прошлой жизни. Характеризует себя человеком интересным, «отличающимся от общей массы». Рассказывает, что многое достиг в жизни, многое видел, но быстро терял интерес к происходящему. Отношения со старшим братом, отцом конфликтные из-за употребления наркотиков, мать умерла 4 года назад. С женой в разводе, отношения с сыном не поддерживает. В поведении демонстративен, пытается представить себя в более выгодном свете. Головные боли отрицает. Жару, духоту, транспорт переносит хорошо.

Интеллектуальный уровень соответствует воспитанию и полученному образованию. Мнестические нарушений не выявлено. Суждения несколько поверхности. Эмоциональный фон лабильный. Мышление последовательное. Суицидальных мыслей

не высказывает. Критика к своему состоянию, болезни в целом недостаточная. Установки на лечение стабильные. Психотической симптоматики (бреда, галлюцинаций и прочего) нет.

Диагноз: Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов. Синдром зависимости у эксплозивной личности.

Больной поступил в отделение медикаментозной коррекции РНПЦ МСПН с проявлениями опийного абстинентного синдрома. Абстинентный синдром был оценен по степени выраженности как тяжелый. Преобладали выраженные алгические расстройства и осознанное влечение к наркотику, сопровождавшееся психопатологической симптоматикой. Пациенту была назначена комплексная фармакотерапия, проводилась индивидуальная интегративно-развивающая психотерапия. Начиная с 4 дня, стал более спокоен, болевая симптоматика купировалась, сохранялось патологическое влечение к наркотику, которое проявлялось напряженностью, поведенческими расстройствами: был агрессивен вербально и в поступках, проявлял недовольства по незначительным поводам, жаловался на «плохой сон», затрудненное засыпание, вступал в конфликты с медицинским персоналом, работниками охраны. Начиная с 6 дня, стал более спокоен. Болевые ощущения были полностью купированы, отмечалось снижение степени выраженности проявлений влечения к наркотику. Пациент был переведен в отделение реабилитации и психотерапии. Проявления анозогностического, психопатоподобного и синдрома патологического влечения к наркотику выражались в конфликтном несогласии и агрессивном протесте по поводу выполнения условий контракта: запрета на употребление табака, необходимости соблюдения режима отделения, а также проявлялись в группировании вокруг себя пациентов с целью неконструктивной конфронтации. Поведение имело демонстративный и «психопатический» характер с возбудимостью и лабильностью аффекта. В дальнейшем пациент был включен в группу интегративно-развивающей двухуровневой психотерапии. К 11 дню поведение стало ровным, было дезактуализировано патологическое влечение к героину. С медперсоналом установились более дружелюбные отношения, охотно шел на контакт с психотерапевтом. На групповых сессиях был активен, откровенен, продуктивно взаимодействовал с другими участниками группы. К 14 дню состояние полностью нормализовалось: жалоб не предъявлял, сон был глубоким, достаточным, без пробуждений. Влечение к наркотику было дезактуализировано. Фон настроения выровнялся, эмоционально стал устойчив. В дальнейшем пациент соблюдал условия контракта, режим отделения, устав терапевтического сообщества. Принимал активное участие в

работе терапевтического сообщества в качестве одного из позитивных лидеров, волонтерской практике с пациентами отделения медикаментозной коррекции. Был выписан через 60 суток в удовлетворительном состоянии.

Катамнестические данные: после выписки из стационара вел трезвый образ жизни. Устроился на работу, со своими обязанностямиправлялся. Восстановил отношения со старшим братом, отцом. Стал встречаться и заниматься с сыном. Настроение хорошее. Появились планы, не связанные с употреблением ПАВ – по своей инициативе стал заниматься волонтерской практикой с пациентами областного наркологического диспансера по месту жительства в городе Кокшетау. Посещал церковь. Затем изменил место жительства, переехал в город Павлодар, являлся служителем церкви Адвентисты 7 дня. Активно участвовал в работе общества «Анонимные наркоманы». Пациент в течение 1 года 8 месяцев не употребляет табак, алкоголь, наркотики.

Клинический случай 2 (история болезни № 25)

Больной Т., 28 лет находился на стационарном лечении в РНПЦ МСПН с 29.01.2002 г. по 01.04.2002 г. На лечение в данный Центр поступил впервые, в сопровождении отца.

Наследственность психическими заболеваниями и алкоголизмом не отягощена. Отец по характеру –ластный, жесткий человек.

Родился в семье служащих, вторым ребенком из двух детей. Беременность вторая, желанная. Роды без патологии, в срок. Раннее развитие в пределах возрастных норм. Из детских инфекций перенес ветряную оспу, краснуху. Воспитанием занималась мать – добрая, уступчивая, во всем поддерживающая мнение мужа. По характеру формировался застенчивым, послушным, нерешительным ребенком. Был склонен к возникновению различных страхов. Воспитывался в условиях повышенного внимания и гиперопеки, по принципу «отец запрещает, мать разрешает». Посещал детские дошкольные учреждения. Адаптировался не сразу, тяжело переносил разлуку с родителями. В детском коллективе был незаметным, предпочитал играть самостоятельно.

В школу пошел с 6 лет. В младших классах учился с интересом, успеваемость была хорошей. С 4 класса успеваемость снизилась, учился без желания. Избегал общественных поручений. Занимался спортом, но постоянных увлечений не было. Имел ограниченный круг друзей. В компании был общительным, но к лидерству не стремился, предпочитал роль «наблюдателя». Было интересно со старшими по возрасту ребятами, которые часто не являлись положительным примером для пациента. Первая проба алкоголя – водки в 16 лет в компании знакомых старшего возраста. Состояние

опьянения не понравилось. Испытывал тошноту, рвоту, головокружение. Впоследствии алкоголь употреблял эпизодически по праздникам, в компаниях друзей.

По окончании 8 классов поступил по совету родителей в автомеханический колледж без собственного желания. Не окончив первого курса, оставил обучение. По настоянию отца поступил и окончил училище по специальности автокрановщик. В армии не служил. Затем по настоянию отца и с его помощью поступил в Новосибирский гуманитарный институт, обучение в котором не закончил. Затем в течение нескольких лет занимался предпринимательской деятельностью.

В 20 лет впервые попробовал анашу в компании знакомых. Состояние одурманивания понравилось сразу, испытал релаксацию. Впоследствии употреблял анашу эпизодически, несколько раз в месяц. Неприятных ощущений при отсутствии наркотика не испытывал. Женат, имеет дочь. Проживал совместно с родителями.

В 1998 году сформировался систематизированный прием алкоголя – водки, что объяснял вынужденной необходимостью в предпринимательской деятельности. Появились запои по 3-4 суток. Тolerантность возросла до 1,0 литра водки в сутки. Сформировался абстинентный синдром длительностью до 3 суток, который проявлялся, в основном, соматоневрологическими нарушениями. С началом приема наркотиков употребление алкоголя прекратил. В январе 2000 года в компании друзей впервые употребил суррогат опия «ханку» в дозе 0,25 г. сухого вещества внутривенно несамостоятельно. Состояние опьянения понравилось сразу: «приятное расслабление», хотя испытывал соматовегетативные проявления в виде тошноты, рвоты, головокружения, общей слабости. Повторное употребление наркотика через месяц. Затем стал сознательно стремиться к употреблению суррогата опия, самостоятельно добывать наркотик. Практически сразу сформировался систематический прием наркотика. Употреблял суррогат опия ежедневно в дозе 1,0 г. сухого вещества в сутки в два приема внутривенно самостоятельно. К смеси наркотика добавлял таблетированные препараты димедрола, реладорма. Абстинентный синдром проявлялся выраженным болевыми ощущениями в суставах, пояснице, слезотечением, ринорреей, болями в животе, бессонницей, пониженным настроением с дисфорическим оттенком. В этот период изменился характер: стал раздражительным, не считался с мнением родителей. Прекратил работать, жил с семьей за счет родителей, у которых вымогал деньги на наркотик или добывал их мелким мошенничеством. Не судим. В 2001 году впервые обратился за медицинской помощью. Прошел курс детоксикационной терапии дважды в областном

наркологическом диспансере по месту жительства в городе Семипалатинске. После выписки возобновил употребление наркотика, ремиссия не наблюдалась. Длительность употребления суррогата опия в течение 2 лет. Был направлен для прохождения курса лечения и реабилитации в РНПЦ МСПН г. Павлодара. Последнее употребление наркотика – суррогата опия в ночь перед госпитализацией в дозе 0,5 г. сухого вещества внутривенно. Аллергоанамнез не отягощен.

Астенического телосложения. Кожные покровы чистые, бледно-землистого цвета. На внутренней стороне обоих плеч и предплечий по ходу поверхностных вен – следы от внутривенных инъекций различной давности. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Язык обложен желтым налетом. Живот безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги, при пальпации безболезненная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Лабораторные показатели. Анализ крови: Гемоглобин – 161 г/л; лейкоциты – 6,8 * 10⁹/л; эритроциты – 4,2 * 10¹²/л; СОЭ – 1 мм/ч. Анализ мочи: цвет – соломенно-желтый; реакция – кислая; относительная плотность – 1017; белок – отр.; переходный эпителий – 0-1 в п/зр.; лейкоциты – 1-2 в п/зр. Биохимический анализ: АЛТ – 13 У/л; АСТ – 24 У/л; глюкоза – 5,1 ммоль/л. RW – отр.; ВИЧ – отр. Заключение терапевта: хронический гепатит смешанной этиологии.

Неврологический статус: зрачки равномерно расширены. Реакция на свет вялая. Установочный горизонтальный нистагм в крайних отведении. Сухожильные рефлексы оживлены, равные. Патологических рефлексов нет. Лицо симметрично, глазные щели равные, язык по средней линии. В позе Ромберга пошатывание. Пальценосовую пробу выполняет удовлетворительно. Мелкоразмашистый трепет рук, языка. Знаков очагового поражения центральной нервной системы нет.

Психический статус: в отделение поступил в ясном сознании. В месте, времени, собственной личности ориентирован полностью. Выглядит молодежь своих лет, астенизирован. Походка неуверенная, шаткая. Внешний вид опрятный. Говорит тихим голосом. В беседу вступает неохотно. Немногословен, напряжен, скрытен. Катамnestические сведения сообщает последовательно. Предъявляет жалобы на бессонницу, внутренний дискомфорт, подавленность, мысли о наркотике. Фиксирован на своих переживаниях, ипохондричен. Себя характеризует человеком замкнутым. Отмечает, что предпочитает одиночество: можно расслабиться, ни о чем не думать. Отмечает, что за период употребления наркотиков заметно изменился по характеру: стал много говорить, появились раздражительность, злобность.

Темы для разговора поддерживает избирательно, нежелательные факты своей биографии скрыва-ет, занимает внешнеобвиняющую позицию.

Эмоциональные реакции лабильные. Суждения несколько поверхностные, инфантильные. Мышление последовательное. Интеллектуальный уровень соответствует воспитанию, полученному образованию. Мнестические функции не нарушены. Суицидальных мыслей не высказывает. Критика к своему состоянию и заболеванию в целом недостаточна. Психотической симптоматики (бреда, галлюцинаций и проч.) нет.

Диагноз: Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов. Синдром зависимости у личности с шизоидными чертами характера.

Больной поступил в отделение медикаментозной коррекции РНПЦ МСПН с развернутыми признаками опийного абстинентного синдрома. Наблюдалось осознанное влечение к наркотику, сопровождающееся подавленностью, эмоциональной неустойчивостью, внутренним дискомфортом, нарушениями сна. Соматовегетативные признаки опийного абстинентного синдрома проявлялись болевыми ощущениями суставного характера, диареей, слезотечением, ознобом. Поведение характеризовалось истероформными реакциями, ипохондричностью, отмечалась склонность к агрессии своего состояния.

Состояние больного оценено как средней степени тяжести, назначена комплексная медикаментозная терапия, проводилась индивидуальная интегративно-развивающая психотерапия. К 5 дню в состоянии пациента наблюдалась положительная динамика. Болевые ощущения редуцировались до слабо выраженных, носили периодический характер, проявления вегетативного компонента абстинентного синдрома уменьшились и выражались повышенной потливостью в ночное время, заложенностью носа, «познабливанием». Патологическое влечение к наркотику больной отрицал. Сохранялись жалобы на слабость, подавленность, затрудненное засыпание. Пациент тяготился пребыванием в стационаре, большую часть времени проводил в палате, практически ничем не занимался. Выражал недовольство по поводу длительности лечения, занимал внешнеобвиняющую позицию, не соглашался с тем, что данное состояние вызвано длительным употреблением наркотиков, связывал его исключительно с внешними причинами. Вышеописанные расстройства интерпретировались нами как проявления анозогностического синдрома. К 7 дню полностью редуцировались болевые и вегетативные расстройства опийного абстинентного синдрома, было дезактуализировано патологическое влечение к наркотику. Поведение выровнялось. С медперсоналом был дружелюбен, охотно шел на

контакт. Наряду с этим наблюдалась слабая степень выраженности проявлений депрессивного синдрома: пониженный фон настроения, тоска, тревожность, усиливающаяся к вечеру, «бездостные мысли». Наблюдались диссомнические расстройства в виде поверхностного сна, ранних пробуждений, ощущений, что не выспался, чувства «разбитости», усталости. Сочетания данных расстройств с нарушениями настроения и вегетативным симптомокомплексом интерпретировались нами как неосознанные проявления патологического влечения к наркотику. Пациент был включен в группу интегративно-развивающей психотерапии. К концу второй недели пребывания в центре состояние больного нормализовалось: жалоб не предъявлял, сон достаточный, глубокий, фон настроения ровный, стал более откровенен. Осознал, что в периоды «плохого настроения и тоски» часто возникали мысли о желании употребить наркотик, признавал болезненность пережитого состояния. К концу третьей недели пребывания пациента в центре наблюдалась редукция степени выраженности проявлений анозогностического, депрессивного и синдрома патологического влечения к наркотику. В режим отделения реабилитации пациент полностью укладывался. В дальнейшем был активен в программе МСР. На сессиях интегративно-развивающей групповой психотерапии был инициативен, искренен. Активно принимал участие в работе терапевтического сообщества в качестве старшего резидента, волонтерской практике с пациентами I этапа программы МСР, оздоровительных мероприятиях по методу П.Иванова. Пациент был выпущен по окончании курса лечения через 62 суток в удовлетворительном состоянии.

Катамнестические сведения: после выписки из центра пациент изменил место жительства. С семьей проживал в деревне, успешно занимался фермерским делом. Работой был доволен. Взаимоотношения с супругой, родителями установились теплые, уважительные. Принимал заинтересованное участие в воспитании дочери. Психотравмирующую ситуацию – смерть деда пережил эмоционально стойко. Ситуации встреч с наркоманами переносил спокойно. Настроение ровное. Самочувствие хорошее. Длительность ремиссии 1 год 8 месяцев.

Клинический случай 3 (история болезни № 100)

Больной М., 28 лет находился в РНПЦ МСПН с 14.03.2002 г. по 27.05.2002 г. На лечение в данный Центр поступил впервые, в сопровождении родителей.

Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Родился от нормально протекавшей беременности и родов, является вторым ребенком в семье, имеет старшую сестру.

Раннее развитие в пределах возрастных норм. Из детских инфекций перенес ветряную оспу, краснуху. В детском возрасте перенес травму головы без потери сознания. Врачебную помощь не получал. В формировании характера обращали на себя внимание такие черты, как упорство, настойчивость в достижении желаемого, терпеливость. С 1,5 лет посещал детские дошкольные учреждения, адаптировался легко.

В школу пошел с 6 лет, подготовленным. Занимался в специализированной школе с английским уклоном. С программойправлялся, успеваемость была отличной. В кругу сверстников адаптировался достаточно легко, пользовалсяуважением за «целеустремленность». Тяжело переживал собственные неудачи, пытался «всегда быть первым». Занимался спортом, много читал.

Первое употребление табака в 12 лет в компании сверстников, ощущения не помнят. Повторное употребление табака также в компании знакомых, состояние понравилось, ощутил легкость, приятное расслабление. В 14 лет изменился по характеру. Стремился к независимости, самостоятельности, «делал все по-своему», стал раздражителен. К этому времени относятся первые эпизодические пробы алкоголя, анаши. Сохранил неприятные ощущения. В школе продолжал учиться на «отлично», занимался общественной и комсомольской работой, умел оказывать влияние на одноклассников и преподавателей. Окончил школу с отличием и по совету старшей сестры поступил в Московский горный институт по специальности горный инженер. Учился без желания и интереса. В 18 лет в компании друзей впервые употребил героин в дозе 0,1 г. сухого вещества интраназально. Испытал токсические соматовегетативные реакции в виде тошноты, рвоты, головокружения, кожного зуда. Состояние не понравилось. На следующий день в этой же компании впервые попробовал кокаин в дозе 1,0 г. сухого вещества интраназально. Состояние опьянения понравилось сразу. Почувствовал прилив сил, энергии, бодрость, эйфорию. Употребление кокаина носило эпизодический характер 1-2 раза в месяц интраназально. Ощущения кокainовой интоксикации были привлекательными для пациента, сознательно стремился к «ситуации употребления». При отсутствии наркотика снижалось настроение, появлялась раздражительность. Данные явления самопроизвольно редуцировались. В 1995 году окончил институт, по специальности не работал. В этом же году поступил в институт по специальности экономист-менеджер. Учился в Москве, вел праздный образ жизни. К этому времени относятся единичные пробы экстази, эфедрина, морфия. После окончания института работал в частной фирме менеджером и в течение 3 лет продвинулся в профессии до главы

представительства. В апреле 1999 года в компании друзей употребил кокаин в дозе 0,5 г. сухого вещества внутривенно несамостоятельно. Испытал токсические соматовегетативные реакции в виде резкой головной боли, головокружения, тошноты, озноба. Состояние не понравилось. В этот же день по совету друзей попробовал смесь кокаина с героином в дозе по 0,5 г. сухого вещества внутривенно самостоятельно. Состояние опьянения понравилось, почувствовал так называемые «качели»: прилив сил и приятное расслабление. В течение недели употребление смеси кокаина и героина систематизировалось: ежедневно в дозе 1,0 г. сухого вещества в сутки однократно внутривенно самостоятельно. В характере появились изворотливость, эгоцентризм, стал более раздражительным. Через 2 месяца систематического употребления в ситуации отсутствия наркотиков испытал «ломку». Отметил, что болевая симптоматика была выражена незначительно. Более тяжелыми являлись психические расстройства: «проблемы с настроением и влечением». В феврале 2000 года прошел курс детоксикационной терапии в частной клинике. Ремиссия не наблюдалась. Употребление наркотиков возобновил практически сразу. Тolerантность возросла до 2,0 г. смеси сухого вещества кокаина с героином в сутки в два приема внутривенно самостоятельно. Длительность употребления наркотиков в течение 3 лет. В сентябре 2001 года прошел повторно курс детоксикационной терапии в частной клинике. После лечения, со слов пациента, наблюдается воздержание в течение 5 месяцев. На лечение в РНПЦ МСПН поступил впервые добровольно.

Соматический статус при поступлении: нормостенического телосложения. Умеренного питания. Кожные покровы чистые, бледные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Язык обложен беловатым налетом, влажный. На внутренней стороне обоих предплечий по ходу поверхностных вен – следы от внутривенных инъекций различной давности. Сердечные тоны ясные, ритмичные. АД – 110/60 мм рт ст. Пульс – 80 уд/мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень + 2 см от края реберной дуги, при пальпации безболезненная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул устойчивый, дизурии нет.

*Лабораторные показатели. Анализ крови: Гемоглобин – 143,0 г/л; лейкоциты – 6,3 *10⁹/л; эритроциты – 3,9 * 10¹²/л; СОЭ – 1 мм/ч. Анализ мочи: цвет – светло-желтый; реакция – кислая; относительная плотность – 1015. Биохимический анализ: АЛТ – 72 У/л; АСТ – 33 У/л; глюкоза – 3,5 ммоль/л; тимоловая проба – 1,8. RW – отр.; ВИЧ – отр. Заключение терапевта: Хронический гепатит смешанной этиологии.*

Неврологический статус: Зрачки равновеликие, S=D. Реакция на свет живая. Установочный горизонтальный нистагм в крайних отведенииах. Сухожильные рефлексы несколько оживлены, равные. Ротационные движения конечностей в полном объеме. Патологических рефлексов нет. Лицо симметричное, глазные щели равные, язык по средней линии. В позе Ромберга устойчив. Пальцепосовую пробу выполняет удовлетворительно. Знаков очагового поражения ЦНС нет.

Психический статус: в ясном сознании. В месте, времени, собственной личности ориентирован полностью. Внешний вид опрятный. Походка уверенная. Мимика бедная, невыразительная. Сидит в удобной позе, меняет ее редко. Дистанцию соблюдает. Говорит тихим, модулированным голосом. В беседу вступает неохотно. В начале беседы несколько напряжен, впоследствии становится более доверчивым, однако самостоятельно разговор не поддерживает. Предъявляет жалобы на чувство общего дискомфорта, пониженный фон настроения, безразличие к себе, людям, жизни.

Анамнестические сведения сообщает последовательно. Характеризует себя человеком целеустремленным, упорным. Занимает внешнеобвиняющую позицию. Отмечает, что «особой привязанности к семье не чувствует». Объясняет тем, что уже несколько лет живет отдельно от родителей. Подчеркивает, что он хорошо осведомлен во многих сферах познаний. Головные боли отрицают. Жару, духоту, транспорт переносит хорошо.

Интеллектуальный уровень соответствует воспитанию, полученному образованию. Мнестических нарушений не выявлено. Суждения несколько поверхностны. Эмоциональный фон снижен. Мышление последовательное. Сущностных мыслей не высказывает. Критика к своему состоянию, болезни в целом недостаточная. Установки на лечение формальные. Психотической симптоматики (бреда, галлюцинаций и проч.) нет.

Диагноз: Психические и поведенческие расстройства в результате сочетанного употребления психоактивных веществ. Синдром зависимости у личности с мозаичными чертами характера.

Больной поступил в Центр в состоянии воздержания от употребления наркотиков. Первое время в отделении вел себя обособленно, практически ни с кем не общался. В течение первых 5 дней был вял, подавлен. Преобладали эмоциональные расстройства в виде пониженного фона настроения, замкнутости, угрюмости, напряженности, периодически возникающих состояний тревоги. Пациент отмечал, что приходят мысли о нецелесообразности лечения, напрасной потере времени. Была назначена комплексная фармакотерапия. Пациент был включен в группу

интегративно-развивающей психотерапии. Во время групповых сессий свои внутренние переживания не раскрывал. Влечеие к наркотику отрицал. Сон был поверхностным, с затрудненным засыпанием, ранним пробуждением. Начиная с 8 дня, состояние улучшилось. Патологическое влечеие к наркотику эпизодически наблюдалось в виде периодически возникающих воспоминаний, затем было полностью дезактуализировано. Вегетативные проявления практически редуцировались. Фон настроения в течение дня был ровным, к вечеру наблюдалось некоторое ухудшение с оттенком тревожности. Сон стал более глубоким, однако сохранялось раннее пробуждение. Стал общаться с другими пациентами в отделении. К концу второй недели нахождения в Центре нормализовался сон, стабилизировался фон настроения. Патологическое влечеие к наркотику пациент отрицал. В дальнейшем на сессиях ИРГП был активен, открыт. Отмечал, что появился интерес к жизни, «изменились взгляды на многие вещи». Впоследствии формулировал позитивные цели, конструктивный жизненный сценарий, высказывал твердые установки на дальнейший трезвый образ жизни. Пациент выписан после окончания полного курса лечения.

Катамнестические сведения: по выписке из Центра пациент переехал для постоянного места жительства в город Екатеринбург. Продолжал оздоровительные мероприятия по методу П.Иванова. Устроился на работу в частную фирму по специальности менеджер-экономист. Создал свою семью. Перевез родителей в город Екатеринбург. Преобладающее настроение хорошее. Доволен собой. Ведет трезвый образ жизни. Длительность ремиссии 1 год 6 месяцев. Патологическое влечеие к наркотикам не наблюдается даже в провоцирующих ситуациях.

4 Динамика показателей по биохимическим тестам крови

Результаты статистического анализа динамики показателей по биохимическим тестам крови отражены в таблице 8.

Достоверные различия между группами определились по параметрам: «Положительная динамика АЛТ», «Положительная динамика АСТ» и «Положительная динамика тимоловой пробы», соответственно 29,0 и 13,0 (в соотношении 2,2:1), 34,4 и 18,2 (в соотношении 1,9:1), 14,0 и 1,3 (в соотношении 10,8:1). По параметрам: «Отрицательная динамика АЛТ», «Отрицательная динамика АСТ» и «Отрицательная динамика тимоловой пробы» значение показателей в исследуемой группе больше, чем в контрольной группе, но без статистической достоверности. Синтезированный параметр «отрицательная динамика» включает следующие признаки: изменение показателей от нормы к патологии

Динамика показателей по биохимическим тестам крови

Наименование параметров	Исследуемая группа n=105	Доверительный интервал сп.	Контрольная группа n=84	Доверительный интервал сп.	P
Положительная динамика АЛТ	29.0%	19.8%<->38.3%	13.0%	5.5%<->20.5%	<0.05
Отрицательная динамика АЛТ	14.0%	6.9%<->21.0%	6.5%	2.7%<->14.8%	
Положительная динамика АСТ	34.4%	24.8%<->44.1%	18.2%	9.6%<->26.8%	<0.05
Отрицательная динамика АСТ	12.9%	6.1%<->19.7%	5.2%	2.1%<->12.9%	
Положительная динамика тимоловой пробы	14.0%	6.9%<->21.0%	1.3%	0.5%<->7.3%	<0.01
Отрицательная динамика тимоловой пробы	11.8%	5.3%<->18.4%	5.2%	2.1%<->12.9%	
АЛТ без изменений в пределах нормы	19.3%	11.3%<->27.4%	50.6%	39.5%<->61.8%	<0.01
АСТ без изменений в пределах нормы	18.3%	10.4%<->26.1%	42.9%	31.8%<->53.9%	<0.01
Тимоловая пробы без изменений в пределах нормы	14.0%	6.9%<->21.0%	27.3%	17.3%<->37.2%	<0.05

выше нормы, ухудшение показателей в пределах патологии выше нормы. Интерпретируя динамику показателей по биохимическим тестам крови, мы исходили из нейробиологической концепции, что адаптационные реакции сопровождаются нарушением количественного соотношения отдельных метаболитов, разных классов иммуноглобулинов, а также изменением физико-химической структуры и активности некоторых ферментов. Изменение абсолютной и относительной активности ферментных систем в свою очередь обеспечивает, в целом, скорость адаптационных реакций и резерв компенсаторных механизмов, что приводит к замене «наркоманического гомеостаза» «реабилитационным гомеостазом».

5 Динамика показателей по психологическим тестам

В результате исследования определены достоверные отличия между исследуемой и контрольной группой в динамике показателей по психологическим тестам. Результаты статистического анализа динамики показателей (разницы между конечными и начальными показателями по каждой шкале) 16 факторного теста Р.Кеттелла отражены в таблице 8 в соответствии с рисунком 5.

Значительные различия динамики показателей (разницы между конечными и начальными показателями) 16 факторного теста Р.Кеттелла между исследуемой и контрольной группой выявились по следующим факторам: фактор - L «доверчивость-

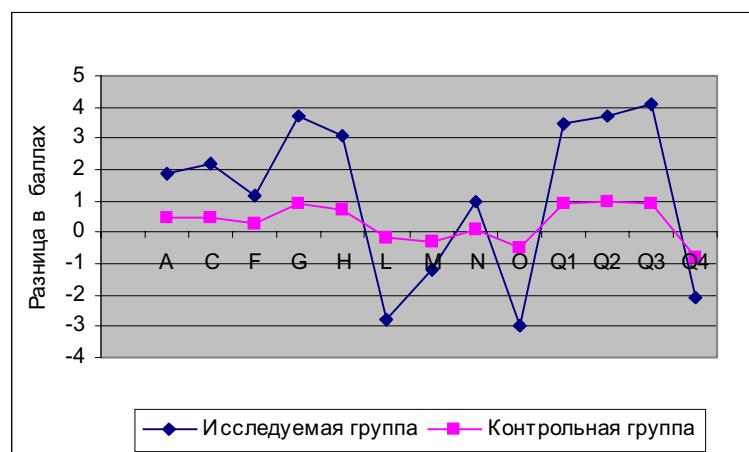
подозрительность», соответственно -2,8 и -0,2 (в соотношении 14:1), данные показатели интерпретируются нами как положительная динамика в развитие таких личностных характеристик, как откровенность, доверчивость, благожелательность по отношению к другим людям, терпимость, умение ладить в коллективе; фактор - N «прямолинейность - дипломатичность», соответственно 1,0 и 0,1 (в соотношении 10:1), положительная динамика оценок по данному фактору интерпретируется нами как развитие дипломатичности, проницательности, умения разумного и сентиментального подхода к событиям и окружающим людям; фактор - О «уверенность в себе - тревожность», соответственно -3,0 и -0,5 (в соотношении 6:1), положительная динамика данных показателей интерпретируется нами как развитие таких личностных свойств, как уверенность в себе, спокойствие, а также комментируется нами как снижение показателей тревожности, депрессивности; фактор - Q3 «Высокий самоконтроль - низкий самоконтроль», соответственно 4,1 и 0,9 (в соотношении 4,6:1), положительная динамика показателей по данному фактору определяет развитие таких личностных свойств как, дисциплинированность, хороший контроль над своими эмоциями, забота о своей общественной репутации, тогда как отрицательная динамика данных показателей свидетельствует о недисциплинированности, внутренней конфликтности, подчинении своим страсти, низком самоконтроле. Наибольшее значение показателей динамики (разницы между

Динамика показателей 16 факторного теста Р.Кемпеля

Наименование параметров	Исследуемая группа n=105	Доверительный интервал ср.	Контрольная группа n=84	Доверительный интервал ср.	P
Фактор А	1.9	+/-0.3	0.5	+/-0.3	<0.01
Фактор С	2.2	+/-0.3	0.5	+/-0.3	<0.01
Фактор F	1.2	+/-0.3	0.3	+/-0.3	<0.01
Фактор G	3.7	+/-0.3	0.9	+/-0.5	<0.01
Фактор H	3.1	+/-0.3	0.7	+/-0.3	<0.01
Фактор L	-2.8	+/-0.2	-0.2	+/-0.3	<0.01
Фактор М	-1.2	+/-0.3	-0.3	+/-0.3	<0.01
Фактор N	1.0	+/-0.3	0.1	+/-0.2	<0.01
Фактор О	-3.0	+/-0.3	-0.5	+/-0.4	<0.01
Фактор Q1	3.5	+/-0.4	0.9	+/-0.3	<0.01
Фактор Q2	3.7	+/-0.4	1.0	+/-0.3	<0.01
Фактор Q3	4.1	+/-0.4	0.9	+/-0.5	<0.01
Фактор Q4	-2.1	+/-0.4	-0.8	+/-0.3	<0.01

Рисунок 5

Динамика показателей 16 факторного теста Р.Кемпеля



Фактор А – «замкнутость – общительность»; фактор С – «эмоциональная неустойчивость – эмоциональная устойчивость»; фактор F – «сдержанность – экспрессивность»; фактор G – «подверженность чувствам – высокая нормативность поведения»; фактор H – «робость – смелость»; фактор L – «доверчивость – подозрительность»; фактор М – «практичность – развитое воображение»; фактор N – «прямолинейность – дипломатичность»; фактор О – «уверенность в себе – тревожность»; фактор Q1 – «консерватизм – радикализм»; Q2 – «самостоятельность – внушаемость»; Q3 – «высокий самоконтроль – низкий самоконтроль»; Q4 – «напряженность – релаксация»

конечными и начальными показателями) в исследуемой группе выявились по следующим факторам: фактор - G «подверженность чувствам – высокая нормативность поведения» 3,7, что свидетельствует о развитии осознанного соблюдения норм и правил поведения, настойчивости в достижении цели, ответственности; фактор - Q1 «консерватизм - радикализм» 3,5, высокие значения показателей положительной динамики интерпретируются нами как развитие интеллектуальных интересов, скептицизма, умения пересмотреть существующие принципы; фактор - Q2 «самостоятельность - внушаемость» 3,7, данная положительная динамика свидетельствует о развитии предпочтения собственного мнения, независимости во взглядах, стремления к самостоятельным решениям, действиям. При анализе показателей динамики по фактору - В «интеллект», фактору - Е «подчиненность - доминантность»,

фактору - I «жесткость - чувствительность» достоверных статистических различий между группами не определено. Результаты статистического анализа динамики показателей (разницы между конечными и начальными показателями) 16 факторного теста Р.Кеттлера в исследуемой группе объективизируют наличие форсированного развития таких психологических свойств, как полноценное завершение личностной идентификации, формирование навыков ответственного выбора, являющихся основными характеристиками феномена антиаркотической устойчивости – психологического здоровья.

Результаты статистического анализа динамики показателей (разницы между конечными и начальными показателями оцененных шкал) опросника уровня субъективного контроля в адаптации О.Ю.Щелковой и К.Р.Червинской отражены в таблице 9 в соответствии с рисунком 6.

Таблица 9

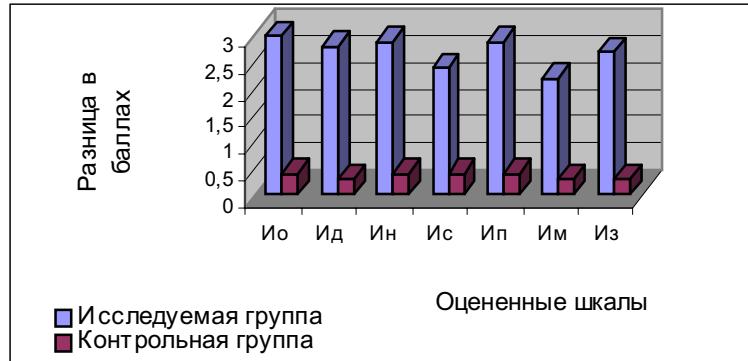
Динамика показателей опросника уровня субъективного контроля

Наименование параметров	Исследуемая группа n=105	Доверительный интервал ср.	Контрольная группа n=84	Доверительный интервал ср.	P
Шкала общей интернальности (Ио)	3.0	+/-0.2	0.4	+/-0.2	<0.01
Шкала интернальности в области достижений (Ид)	2.8	+/-0.3	0.3	+/-0.2	<0.01
Шкала интернальности в области неудач (Ин)	2.9	+/-0.4	0.4	+/-0.2	<0.01
Шкала интернальности в области семейных отношений (Ис)	2.4	+/-0.3	0.4	+/-0.2	<0.01
Шкала интернальности в области производственных отношений (Ип)	2.9	+/-0.3	0.4	+/-0.2	<0.01
Шкала интернальности в области межличностных отношений (Им)	2.2	+/-0.3	0.3	+/-0.2	<0.01
Шкала интернальности в отношении здоровья и болезни (Из)	2.7	+/-0.3	0.3	+/-0.1	<0.01

В результате анализа динамики показателей (разницы между конечными и начальными показателями) опросника уровня субъективного контроля в адаптации О.Ю.Щелковой и К.Р.Червинской значительные различия между исследуемой и контрольной группой выявились по следующим оцененным шкалам: шкала общей интернальности (Ио), соответственно 3,0 и 0,4 (в соотношении 7,5:1), высокие показатели положительной динамики по данной шкале в исследуемой группе интерпретируются нами как формирование искомого уровня субъективного контроля над любыми значимыми ситуациями; шкала интернальности в

области достижений (Ид) 2,8 и 0,3 (в соотношении 9,3:1), высокие показатели положительной динамики по данной шкале в исследуемой группе свидетельствуют о форсированном развитии искомого уровня субъективного контроля над эмоционально положительными событиями и ситуациями; шкала интернальности в отношении здоровья и болезни (Из) 2,7 и 0,3 (в соотношении 9:1), высокие показатели положительной динамики в исследуемой группе интерпретируются нами как интенсивное формирование ответственности за свое здоровье. Результаты статистического анализа динамики показателей (разницы между конечными и

*Динамика показателей опросника уровня субъективного контроля в адаптации
О.Ю.Щелковой и К.Р.Червинской*



Ио – Шкала общей интернальности; Ид – Шкала интернальности в области достижений; Ин - Шкала интернальности в области неудач; Ис - Шкала интернальности в области семейных отношений; Ип - Шкала интернальности в области производственных отношений; Им - Шкала интернальности в области межличностных отношений; Из - Шкала интернальности в отношении здоровья и болезни

начальными показателями) опросника уровня субъективного контроля в адаптации О.Ю.Щелковой и К.Р.Червинской объективизируют наличие форсированного развития в исследуемой группе таких психологических свойств, как формирование внутреннего локуса контроля, полноценное приобретение навыков ответственного выбора, являющихся основными характеристиками феномена

антинаркотической устойчивости – психологического здоровья.

Результаты статистического анализа динамики показателей (разницы между конечными и начальными показателями шкал) опросника Личностной Ориентации Э.Шострома в адаптации Рукавишникова отражены в таблице 10 в соответствии с рисунком 7.

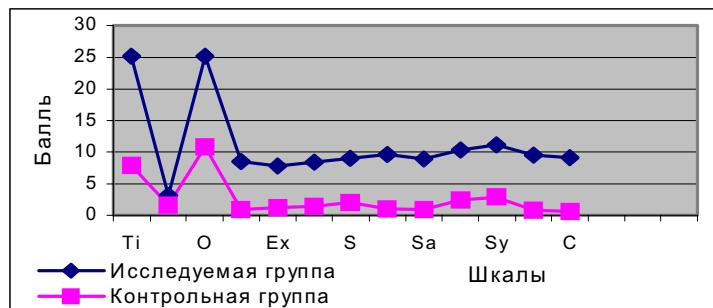
Таблица 10

*Динамика показателей опросника Личностной Ориентации
Э.Шострома в адаптации Рукавишникова*

Наименование параметров	Исследуемая группа n=105	Доверительный интервал ср.	Контрольная группа n=84	Доверительный интервал ср.	P
Шкала Ti	25.2	+/-2.3	7.9	+/-2.1	<0.01
Шкала Tс	3.1	+/-0.3	1.7	+/-0.4	<0.01
Шкала О	25.2	+/-1.9	10.8	+/-2.4	<0.01
Шкала SAV	8.5	+/-0.8	0.9	+/-0.4	<0.01
Шкала Ex	7.8	+/-0.7	1.2	+/-0.5	<0.01
Шкала Fr	8.4	+/-0.9	1.4	+/-0.6	<0.01
Шкала S	9,0	+/-0.8	2,0	+/-0.8	<0.01
Шкала Sr	9.6	+/-1.0	1,0	+/-0.4	<0.01
Шкала Sa	8.9	+/-0.9	0.9	+/-0.4	<0.01
Шкала Nс	10.4	+/-0.9	2.4	+/-0.9	<0.01
Шкала Sy	11.2	+/-0.8	2.9	+/-0.8	<0.01
Шкала A	9.5	+/-1.0	0.8	+/-0.5	<0.01
Шкала С	9.2	+/-1.0	0.7	+/-0.4	<0.01

Рисунок 7

Динамика показателей опросника Личностной Ориентации
Э.Шострома в адаптации Рукавишникова



Основные шкалы: Ti/Tc - отношение времени, O/I - отношение опоры; дополнительные шкалы: SAV - ценность самоактуализации, Ex - экзистенциальность (гибкость поведения), Fr - реактивная чувствительность, S - спонтанность, Sr - самоуважение, Sa - принятие себя, Nc - природа человека, Sy - целостность, A - принятие агрессии, C - способность к интимным контактам

Наибольшие значения динамики показателей (разницы между конечными и начальными показателями) опросника Личностной Ориентации Э.Шострома в адаптации Рукавишникова в исследуемой группе выявились по основным шкалам: шкала Ti «отношение времени» 25,2, высокие значения положительной динамики показателей временной компетентности в исследуемой группе свидетельствуют о развитии способности жить по принципу «здесь и теперь», открытости новому опыту, восприятия жизни как миссии; шкала O «отношение опоры» 25,2, положительная динамика показателей внутренней направленности в исследуемой группе интерпретируется нами как развитие личностной ориентации на самого себя в системе «Опора на других – внутренняя опора». Значительные различия динамики показателей между исследуемой и контрольной группой выявились по следующим дополнительным шкалам: шкала SAV «ценность самоактуализации», соответственно 8,5 и 0,9 (в соотношении 9,4:1), высокие показатели положительной динамики в исследуемой группе интерпретируются нами как развитие способности принимать ценности самоактуализации; шкала Sr «самоуважение», соответственно 9,6 и 1,0, высокие показатели положительной динамики в исследуемой группе свидетельствуют о развитии способности считать себя достойным любви и уважения вне зависимости от тех результатов, которые демонстрируются; шкала Sa «принятие себя», соответственно 8,9 и 0,9 (в соотношении 9,9:1), высокие показатели положительной динамики в исследуемой группе интерпретируются нами как

развитие умения полного принятия себя и своих слабостей; шкала A «принятие агрессии», соответственно 9,5 и 0,8 (в соотношении 11,9:1), высокие показатели динамики в исследуемой группе интерпретируются нами как развитие способности принимать гнев и агрессию, не подавлять и не избегать их выражения; шкала C «способность к близким контактам», соответственно 9,2 и 0,7 (в соотношении 13,1:1), высокие показатели положительной динамики в исследуемой группе интерпретируются нами как развитие способности вступать в контакт и развивать глубокие, близкие, неформальные взаимоотношения с другими людьми («Я – Ты – Здесь – и – Теперь»). Результаты статистического анализа динамики показателей (разницы между конечными и начальными показателями) опросника личностной ориентации Э.Шострома в адаптации Рукавишникова объективизируют наличие формированного развития в исследуемой группе таких психологических свойств, как достаточный уровень внутренних ресурсов, доступ к ним для реализации позитивного жизненного сценария, формирование внутреннего локуса контроля, завершение личностной идентификации, являющихся основными характеристиками феномена антинаркотической устойчивости – психологического здоровья.

6 Частота и длительность ремиссии

Ремиссия является основным и конечным индикатором сравнительной эффективности интегративно-развивающей, групповой психотерапии наркозависимых в программах МСР, что отражено в таблице 11.

Частота и длительность ремиссии

	Исследуемая группа (n=105)		Контрольная группа (n=84)	
	абс. число	%	абс. число	%
Отсутствие ремиссии	33	31,4	46	54,8
До 6 месяцев	21	20,0	15	17,9
От 6 до 12 месяцев	29	27,6	17	20,2
12 месяцев и свыше	22	21,0	6	7,1
Всего ремиссий:	72	68,6	38	45,2

При анализе длительности ремиссии значительные различия определились между исследуемой и контрольной группами по следующим характеристикам: «12 месяцев и свыше», соответственно 21% и 7,1% (в соотношении 3:1), «отсутствие ремиссии», соответственно 31,4% и 54,8% (в соотношении 1:1,7). При анализе длительности ремиссии наименьшие различия между группами выявились по признаку «До 6 месяцев», соответственно 20% и 17,9% (в соотношении 1,1:1). Длительность ремиссии в исследуемой и контрольной группе по признаку «От 6 до 12 месяцев» составила 27,6% и 20,2% (в соотношении 1,4:1), по признаку «12 месяцев и свыше» показатели ремиссии в исследуемой группе не являются завершенными, продолжаются по катамнестическим данным.

7 Качество ремиссии

Качество ремиссии в исследуемой и контрольной группе определялось по субъективным и объективным критериям уровня социальной и психологической динамики с помощью специальной

методики катамнестических исследований «Комплексные характеристики ремиссии». При анализе социальных характеристик ремиссии (таблица 12) выявились достоверные различия между исследуемой и контрольной группой по следующим признакам: высокий уровень социальной динамики, соответственно 24,1% и 7,2% (в соотношении 3,3:1); средний уровень социальной динамики, соответственно 43,8% и 33,1% (в соотношении 1,3:1); низкий уровень социальной динамики, соответственно 32,1% и 59,7% (в соотношении 1:1,9).

При анализе психологических характеристик ремиссии (таблица 13) выявились значимые различия между исследуемой и контрольной группой по следующим признакам: высокий уровень психологической динамики, соответственно 67,6% и 28,8% (в соотношении 2,3:1); средний уровень психологической динамики, соответственно 23,5% и 44,9% (в соотношении 1:1,9); низкий уровень психологической динамики, соответственно 8,8% и 26,3% (в соотношении 1:3).

Социальные характеристики ремиссии

Наименование параметров	Исследуемая группа n=105	Доверительный интервал ср.	Контрольная группа n=84	Доверительный интервал ср.	P
Продвижение в сфере образования: положительная динамика	15.4%	+/-7.1%	3.4%	1.1<->11.5%	<0.05
Продвижение в сфере образования: отсутствие динамики	82.3%	+/-7.1%	86.1%	86.6<->98.6%	<0.05
Продвижение в сфере образования: отрицательная динамика	2.3%	0<->5.3%	10.5%	0<->6.5%	<0.05
Изменение в семейном положении: положительная динамика	16.6%	+/-7.1%	5.2%	+/-7.7%	<0.05
Изменение в семейном положении: отсутствие динамики	79.6%	+/-8.0%	88.1%	+/-8.3%	<0.05

Наименование параметров	Исследуемая группа n=105	Доверительный интервал ср.	Контрольная группа n=84	Доверительный интервал ср.	P
Изменение в семейном положении: отрицательная динамика	3.8%	1.6<->10.9%	6.7%	0.6<->9.0%	<0.05
Продвижение в профессии: положительная динамика	57.7%	+/-11.0%	18.3%	+/-12.3%	<0.05
Продвижение в профессии: отсутствие динамики	33.4%	+/-10.5%	60.8%	+/-12.5%	<0.05
Продвижение в профессии: Отрицательная динамика	8.9%	+/-6.3%	20,9%	2.8<->18.5%	<0.05
Уровень социальной динамики: высокий	24.1%	+/-7.7%	7.2%	1.7<->14.2%	<0.05
Уровень социальной динамики: средний	43.8%	+/-7.7%	33.1%	83.9<->97.8%	<0.05
Уровень социальной динамики: низкий	32,1%	0<->5.3%	59.7%	0<->6.5%	<0.05

Таблица 13

Психологические характеристики ремиссии

Наименование параметров	Исследуемая группа n=105	Доверительный интервал ср.	Контрольная группа n=84	Доверительный интервал ср.	P
Преобладающее настроение: хорошее	47.6%	+/-11.0%	27.3%	+/-14.9%	<0.05
Преобладающее настроение: ровный фон, без особых колебаний	31.0%	+/-8.1%	27.9%	+/-11.6%	<0.05
Преобладающее настроение: плохое	21.4%	+/-9.1%	44.8%	+/-13.7%	<0.05
Доволен ли собой: да	69.1%	+/-11.0%	48.8%	+/-14.9%	<0.05
Доволен ли собой: затрудняюсь с ответом	16.2%	+/-8.8%	30.3%	+/-13.7%	<0.05
Доволен ли собой: нет	14.7%	+/-8.4%	20.9%	+/-12.2%	<0.05
Доволен ли жизнью: да	66.2%	+/-11.2%	46.5%	+/-14.9%	<0.05
Доволен ли жизнью: затрудняюсь с ответом	23.5%	+/-10.1%	32.6%	+/-14.0%	<0.05
Доволен ли жизнью: нет	10.3%	+/-7.2%	20.9%	+/-12.2%	<0.05
Появился ли интерес (перспективы, планы, цели) в жизни, не связанный с употреблением ПАВ: да	79.4%	+/-9.6%	45.8%	+/-14.8%	<0.05
Появился ли интерес (перспективы, планы, цели) в жизни, не связанный с употреблением ПАВ: затрудняюсь с ответом	19.1%	+/-9.3%	40.2%	+/-13.7%	<0.05
Появился ли интерес (перспективы, планы, цели) в жизни, не связанный с употреблением ПАВ: нет	1.5%	0.547<->8.1%	14.0%	+/-10.4%	<0.05
Физическое самочувствие: хорошее	72.1%	+/-10.7%	48.8%	+/-14.9%	<0.05
Физическое самочувствие: удовлетворительное	19.1%	+/-9.3%	37.2%	+/-14.4%	<0.05
Физическое самочувствие: плохое	8.8%	+/-6.7%	14.0%	+/-10.4%	<0.05
Психическое самочувствие: хорошее	67.6%	+/-11.1%	46.5%	+/-14.9%	<0.05
Психическое самочувствие: удовлетворительное	22.1%	+/-9.9%	32.6%	+/-14.0%	<0.05
Психическое самочувствие: плохое	10.3%	+/-7.2%	20.9%	+/-12.2%	<0.05
Уровень психологической динамики: высокий	67.6%	+/-11.1%	28.8%	+/-14.9%	<0.05
Уровень психологической динамики: средний	23.5%	+/-10.1%	44.9%	+/-14.2%	<0.05
Уровень психологической динамики: низкий	8.8%	+/-6.7%	26.3%	+/-11.0%	<0.05

Таким образом, качество ремиссии в исследуемой группе, характеризующееся наиболее высоким уровнем социальной и психологической динамики, значительно выше в сравнении с контрольной группой.

8 Общие отличия между исследуемой и контрольной группой по основным параметрам исследования

При исследовании сравнительной эффективности ИРГП больных наркоманией в программе МСР общие отличия между исследуемой и контрольной группой определились по следующим параметрам: степень развития свойств антитаркотической устойчивости; степень вовлечения глубинного уровня психотерапевтической коммуникации; скорость и степень редукции патологических проявлений синдрома зависимости; динамика показателей по психологическим тестам; динамика показателей по биохимическим тестам крови; частота и длительность ремиссии; качество ремиссии.

Наименее выраженные достоверные различия между исследуемой и контрольной группой определились в степени и скорости редукции (длительности проявлений в днях и степени выраженности проявлений психопатологических синдромов в баллах) синдрома зависимости от ПАВ, а также в динамике показателей по биохимическим тестам крови, что свидетельствует о сложном соотношении токсического и адаптационного процессов во времени и об индивидуальных особенностях толерантности, причем, мощность ферментных систем обеспечивает, в целом, скорость адаптации и резерв компенсаторных механизмов.

Наиболее выраженные отличия между исследуемой и контрольной группой определились в динамике (разнице между конечными и начальными показателями) субъективной и объективной оценки признаков вовлечения глубинного уровня психотерапевтической коммуникации, что свидетельствует о максимально эффективном использовании механизмов глубинного, универсального уровня психотерапевтической коммуникации ИРГП наркозависимых исследуемой группы. А также наиболее выраженные отличия между группами выявились в динамике (разнице между конечными и начальными показателями) субъективной и объективной оценки степени развития свойств антитаркотической устойчивости, в динамике показателей (разница между конечными и начальными показателями) 16 факторного теста Р.Кеттелла, опросника уровня субъективного контроля в адаптации О.Ю.Щелковой и К.Р.Червинской, опросника Личностной Ориентации Э.Шострома в адаптации Рукавишникова, что свидетельствует о форсированном

развитии у пациентов исследуемой группы психологических свойств антитаркотической устойчивости и объективном подтверждении степени развития этих свойств по данным психологических тестов. Значимые различия между группами выявились при исследовании частоты и длительности ремиссии по параметру «12 месяцев и свыше», соответственно 21% и 7,1% (в соотношении 3:1), показатели по данному параметру у пациентов исследуемой группы не являются завершенными, ввиду продолжения ремиссии по катамнестическим данным. Также выраженные отличия между исследуемой и контрольной группой в период ремиссии определились по параметру «Высокий уровень социальной динамики», соответственно 24,1% и 7,2% (в соотношении 3,3:1) и «Высокий уровень психологической динамики», соответственно 67,6% и 28,8% (в соотношении 2,3:1). Таким образом, выраженные отличия между исследуемой и контрольной группой по выше описанным основным параметрам исследования свидетельствуют о сравнительно более высокой эффективности ИРГП больных наркоманией в программе МСР.

Таким образом, в исследовании выявлены достоверные различия по основным параметрам между исследуемой группой пациентов, проходивших полноценный курс ИРГП в программе медико-социальной реабилитации и контрольной группой, где использовались традиционные психотерапевтические методики, в системе промежуточных и конечных оценочных индикаторов, определяющих эффективность соответствующих реабилитационных программ. Общий вектор и объем данных различий однозначно указывает на существенно более высокую эффективность ИРГП в сравнении с традиционными психотерапевтическими подходами и позволяет рекомендовать данную модель ИРГП в качестве основного компонента программ медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ.

Глубина и скорость изменений, происходящих в процессе ИРГП, форсированное развитие свойств психологического здоровья - антитаркотической устойчивости показывают очевидную перспективу использования модифицированного варианта ИРГП в программах первичной профилактики распространения зависимости от ПАВ.

Следовательно, с полным основанием можно утверждать, что искомый психотерапевтический подход, способный существенно повышать эффективность лечебно-реабилитационных и профилактических программ, достаточно полно представлен в модели интегративно-развивающей, групповой психотерапии зависимых от ПАВ.

ПСИХИАТРИЯ

АНАЛИЗ СТАНДАРТА, ОБЪЕМА И КАЧЕСТВА УСЛУГ, ОКАЗЫВАЕМЫХ СЛУЖБАМИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Г.Х.Айбасова

г. Алматы

В соответствие с основными задачами по развитию системы психиатрической, психотерапевтической и медико-психологической помощи в Республике Казахстан в период 2003-2004 г.г. нами было проведено комплексное многоуровневое исследование сферы услуг, оказываемых соответствующими службами психического здоровья населению Республики.

При анализе стандарта услуг, оказываемых в системах психиатрической, психотерапевтической и медико-психологической помощи учитывались данные эталонного, нормативного, фактологического блоков материалов, отражающих параметры стандарта услуг, используемого в службах психического здоровья.

В силу того, что стандарт услуг в сфере психического здоровья в РК, как таковой, в соответствующей нормативной базе оформлен не был, основной акцент в нашем исследовании делался на материалы результативного блока, включающие анализ и экспертную оценку услуг, оказываемых в секторе первичной профилактики (55 учреждений психиатрического, психотерапевтического (кабинеты) и медико-психологического (кабинеты) профиля); анализ и экспертную оценку услуг, оказываемых в секторе вторичной профилактики (32 учреждения психиатрического, психотерапевтического и медико-психологического профиля); анализ и экспертную оценку услуг, оказываемых в секторе третичной профилактики (23 учреждения психиатрического, психотерапевтического и медико-психологического профиля); анализ и экспертную оценку услуг, оказываемых в секторе специализированной (судебной, военной, трудовой) экспертизы (14 психиатрических учреждений).

Настоящий анализ проводился по следующим параметрам стандарта услуг:

- определение целевых групп;
- определение целей и задач стандарта услуг в сфере психического здоровья;
- структура и содержание базисных параметров (классов, секторов, профилей) стандарта услуг;
- планируемые результаты реализации стандарта услуг;
- инструменты и критерии оценки результатов внедрения стандарта услуг в сфере психического здоровья населения РК.

1. Предварительные замечания по оформлению стандарта услуг, используемого в сфере психического здоровья

Как уже было отмечено, стандарт услуг в сфере психического здоровья населения, в современном понимании данного термина, действующей нормативной базой не представлен. В той или иной степени об услугах, предписываемых к реализации в системе психиатрической, психотерапевтической, медико-психологической помощи, можно судить по содержанию некоторых разделов базисных документов, регламентирующих деятельность данных служб: Закона Республики Казахстан «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании» от 16 мая 1997 г.; Приказа МЗ Казахстана «О мерах по дальнейшему развитию и совершенствованию психологической службы в системе здравоохранения» № 2-30/117 от 7.08.1992 г.; Приказа МЗ Казахстана «О дальнейшем улучшении психотерапевтической помощи населению Республики» № 147 от 31.03.1997 г.; Приказа МЗ Казахстана «О мерах по дальнейшему совершенствованию психиатрической помощи» № 269 от 13 мая 1998 г. В данных приказах и законодательных актах речь идет, разумеется, не о конкретных услугах, их объеме, ассортименте и качестве, а об основных направлениях (технологиях) деятельности соответствующих служб.

Таким образом, ассортимент, объем и качество услуг, реализуемых в сфере психического здоровья населения, регулируются лишь косвенными положениями вышеизложенных нормативных документов и складываются, в основном, из совокупной квалификации специалистов, представляющих то или иное специализированное учреждение.

2. Анализ стандарта услуг по параметру определения целевых групп

Исследования документальных и экспериментальных источников, представляющих стандарт услуг в сфере психического здоровья, показали, что основной целевой группой данного стандарта является:

- группа лиц, находящихся в предболезненном и болезненном состоянии в связи с имеющимися у них психическими и поведенческими расстройствами.

Следует отметить, что в названной группе преимущественно представлены пациенты психиатрических учреждений, в связи с тем, что настоящий сектор в Республике наиболее развит по сравнению

с психотерапевтической и медико-психологической службами.

В тоже время, две другие важнейшие группы:

- население Республики Казахстан (профиль услуг первичной профилактики);
- значимые лица (родные и близкие) в окружении пациентов - в действующем стандарте не представлены.

Таким образом, услугами сектора первичной, вторичной, третичной профилактики, а также услугами экспертной спецификации охвачена лишь незначительная часть населения (от 2% до 2,5%) при наличии потребностей, по крайней мере, на порядок превышающих названные цифры.

3. Анализ стандарта услуг по параметру целей и задач

Наши исследования показали, что основной целью нормативно предписываемого, действующего в РК профиля (стандарта) услуг в сфере психического здоровья, является повышение эффективности лечебно-профилактических мероприятий, реализуемых, в основном, в отношении лиц с психическими и поведенческими расстройствами. В то время как основными целями современного стандарта услуг являются:

- повышение уровня психического и психологического здоровья населения (здесь прослеживается явный акцент на эффективный сектор первичной профилактики);
- удовлетворение скрытых и открытых потребностей населения в специализированной помощи (здесь имеется в виду широкомасштабное использование технологий, позволяющих выявить объем данных потребностей, перевести спрос на специализированные услуги из скрытой в открытую форму, и, далее удовлетворить дифференцированные запросы населения в данной сфере).

Таким образом, следует констатировать существенное расхождение нормативно предписываемых и эталонных целей стандарта услуг в сфере психического здоровья населения РК.

Из четырех задач, приведенных в рекомендованном (эталонном) стандарте услуг, в основных нормативных документах упоминаются, в той или иной степени, лишь две:

- обеспечение необходимого объема и ассортимента услуг (последняя позиция нигде не уточняется);
- обеспечение качества специализированных услуг (механизмы оценки качества, также, нигде не прописываются).

При этом наиболее важные задачи, подчеркивающие системный характер профессиональных стандартов, остаются без внимания:

- выполнение функции механизма обратной связи в стандарте мониторинга;
- стимулирование развития адекватных квалификационных и образовательных стандартов.

Следовательно, действующим стандартом решаются, в основном, локальные задачи, не придающие нужного импульса развитию служб психического здоровья.

4. Анализ структуры и содержания базисных параметров (классов, секторов, профилей) стандарта услуг, реализуемых службами психического здоровья РК

В связи с отсутствием официально утвержденного перечня (стандарта) услуг, реализуемых службами психического здоровья, вопрос соответствия реального ассортимента услуг сектора первичной, вторичной, третичной профилактики и экспертных услуг с рекомендованным стандартом (эталоном) услуг в сфере психического здоровья исследовался за счет сопоставления экспериментальных и разработанных нормативно-эталонных данных по изучаемому стандарту.

4.1. Фактические данные по услугам сектора первичной профилактики в сфере психического здоровья населения были получены при исследовании ассортимента услуг в 55 учреждениях (кабинетах) служб психического здоровья: 14 областных и городских психиатрических больницах и диспансерах, действующих в 5 регионах – южном, северном, восточном, западном и центральном – Республики Казахстан; 27 психотерапевтических кабинетах, действующих при психиатрических диспансерах, соматических поликлиниках и как самостоятельные кабинеты (лицензионная практика); 14 медико-психологических структурных подразделениях, из которых 8 являются патопсихологическими лабораториями в психиатрических больницах, а 6 других – самостоятельными кабинетами психологического консультирования. При анализе параметра соответствия реального сектора услуг в сфере первичной профилактики эталонно-нормативным требованиям учитывалась специфика основных служб психического здоровья – психиатрической, психотерапевтической, медико-психологической. Результаты исследования по данному параметру представлены на схеме 1.

Как видно из схемы 1 из четырех профилей первично-профилактических технологий:

- неспецифических технологий первичной профилактики в сфере психического здоровья;
- специфических диагностических технологий;
- специализированных превентивных технологий в сфере психического здоровья;
- специализированных технологий в сфере развития психологического здоровья - все 4 профиля действующего стандарта услуг сектора первичной профилактики представлены лишь частично.

Из четырех классов первого профиля (неспецифические технологии первичной профилактики в сфере психического здоровья):

- класс информационных технологий;

Итоговая схема соответствия исследуемой (стандарт 2003 г.) и рекомендуемой модели стандарта услуг сектора первичной профилактики в сфере психического здоровья населения РК (n=55)

Шифр	Профиль, класс и обозначение услуг	Доступность услуг	
		абс. цифры учреждений	% от общего числа
		n=55	
1	Неспецифические технологии первичной профилактики в сфере психического здоровья	+-	+-
1.1	<i>Класс информационных технологий</i>	+-	+-
1.1.1	Создание постоянно действующего конвейера адекватных публикаций по теме психического здоровья в СМИ	-	-
1.1.2	Создание постоянно действующего конвейера адекватных видео и радио презентаций по теме психического здоровья в электронных СМИ	-	-
1.1.3	Создание специализированных сайтов по проблемам активного формирования психического здоровья в Интернете	-	-
1.1.4	Создание служб телефонного консультирования по проблемам психического здоровья в Республиканском, региональном и местном масштабе	2	3,6%
1.2	<i>Класс просветительских программ для всего населения, включая программы ЗОЖ</i>	+	+
1.2.1	Программы обучения семей по вопросам психического здоровья (адекватное воспитание)	7	2,7%
1.2.2	Программы обучения учащихся детей, подростков, молодежи (адекватное образование)	2	3,6%
1.2.3	Программы обучения педагогов, психологов, социальных педагогов, педагогов-вальеологов, действующих в образовательных и воспитательных учреждениях	2	3,6%
1.3	<i>Класс административных технологий</i>	+	+
1.3.1	Программы обучения руководителей конструктивному стилю общения и управления персоналом	4	7,3%
1.3.2	Системная работа с персоналом учреждений, предприятий, организаций по формированию позитивного психологического «климата» в коллективе	2	3,6%
1.3.3	Введение института психологического консультирования на производствах, предприятиях, организациях	4	7,3%
1.4	<i>Класс системных технологий</i>	-	-
1.4.1	Технологии многоуровневого (объединяющего несколько классов услуг) системного воздействия с целью улучшения состояния и повышения уровня психического здоровья населения (масштаб локального населенного пункта)	-	-
1.4.2	Технологии многоуровневого (объединяющего несколько классов услуг) системного воздействия с целью улучшения состояния и повышения уровня психического здоровья населения (масштаб региона)	-	-
1.4.3	Технологии многоуровневого (объединяющего несколько классов услуг) системного воздействия с целью улучшения состояния и повышения уровня психического здоровья населения (масштаб страны)	-	-
2	Специфические диагностические технологии	+-	+-
2.1	<i>Класс диагностических технологий, определяющих уровень психического здоровья населения (социального, индивидуального, целевых групп)</i>	+	+
2.1.1	Социологические методы диагностики с использованием анкетирования, опроса и последующего статистического анализа	2	3,6%
2.1.2	Социально-психологические методы диагностики (диагностики уровня психического здоровья в малых группах)	4	7,3%
2.1.3	Психологические методы диагностики (в частности – патопсихологические)	14	25,5%
2.2.	<i>Класс диагностических технологий, определяющих уровень психологического здоровья населения (социального, индивидуального, целевых групп)</i>	+	+

Шифр	Профиль, класс и обозначение услуг	Доступность услуг	
		абс. цифры учреждений	% от общего числа
	n=55		
2.2.1	Специализированные методы социологической диагностики	2	3,6%
2.2.2	Специализированные методы социально-психологической диагностики	4	7,3%
2.2.3	Специализированные методы психологического тестирования	14	25,5%
2.3	<i>Класс диагностических технологий формирования групп риска по определенному профилю проблем психического здоровья</i>	—	—
2.3.1	Монофакторная диагностика определения групп риска	—	—
2.3.2	Многофакторная диагностика определения групп риска	—	—
3	Специализированные превентивные технологии в сфере психического здоровья	+ —	+ —
3.1	<i>Класс технологий превенции умственной отсталости</i>	+ —	+ —
3.1.1	Превенция расстройств, вызванных йодной недостаточностью	—	—
3.1.1.1	Йодирование поваренной соли или воды в источнике водоснабжения	—	—
3.1.1.2	Лечение лиц, относящихся к группе риска, йодированным маслом или раствором Люголя	—	—
3.1.2	Превенция синдрома Дауна	—	—
3.1.2.1	Рекомендации женщинам в возрасте старше 35 лет воздерживаться от деторождения	—	—
3.1.2.2	Осуществление амниоцентеза при беременности у женщин старше 35 лет	—	—
3.1.3	Превенция алкогольного синдрома плода	18	32,7%
3.1.3.1	Использование скрининговых тестов для выявления женщин из группы риска	—	—
3.1.3.2	Рекомендации женщинам воздерживаться от употребления алкоголя в период беременности	18	32,7%
3.1.3.3	Предупреждение женщин, что употребление алкоголя во время, близкое к зачатию, увеличивает риск для ребенка	18	32,7%
3.1.4	Превенция фенилкетонурии	—	—
3.1.4.1	Скрининг всех новорожденных для диагностики фенилкетонурии	—	—
3.1.4.2	Лечение специальной диетой с низким содержанием фенилаланина	—	—
3.1.4.3	Рекомендации женщинам с фенилкетонурсией воздерживаться от деторождения	—	—
3.2.	<i>Класс технологий превенции эпилепсии</i>	+ —	+ —
3.2.1	Обеспечение адекватного перинатального ухода за матерью и внедрение практики безопасных родов	—	—
3.2.2	Распространение программ вакцинации от инфекционных заболеваний	—	—
3.2.3	Принятие экологических мер для контроля паразитарных болезней	—	—
3.2.4	Снижение температуры тела лихорадящей ребенка	—	—
3.2.5	Обеспечение безопасности дорожного движения и соблюдение правил безопасности дома и на рабочем месте	—	—
3.2.6	Снижение повышенного кровяного давления	17	30,9%
3.2.7	Обеспечение генетическим консультированием	—	—
3.3	<i>Класс технологий превенции суицидов (самоубийств)</i>	+ —	+ —
3.3.1	Выявление и лечение людей, страдающих депрессией	41	74,5%
3.3.2	Ограничение доступа к огнестрельному оружию	14	25,5%
3.3.3	Детоксикация бытового газа и автомобильных выхлопных газов	—	—
3.3.4	Контроль доступа к токсическим веществам и лекарствам	14	25,5%
3.3.5	Лишние привлекательности сообщений о самоубийствах в средствах массовой информации	—	—
3.3.6	Установление физических барьеров, ограничивающих возможность прыжков с высоты	—	—
3.4	<i>Класс технологий превенции синдрома сгорания</i>	+ —	+ —
3.4.1	Избегание предъявления слишком высоких требований к лицам, оказывающим помощь другим людям	—	—
3.4.2	Обеспечение равномерного распределения удовлетворяющих заданий между сотрудниками	—	—
3.4.3	Обучение сотрудников распределению времени и техникам релаксации	17	30,9%

Шифр	Профиль, класс и обозначение услуг	Доступность услуг	
		абс. цифры учреждений	% от общего числа
		n=55	
3.4.4	Модификация работ, вызывающих слишком большой стресс	—	—
3.4.5	Поощрение формирования группы поддержки	4	7,3%
3.4.6	Наличие возможности работы на часть ставки	—	—
3.4.7	Поощрение сотрудников к участию в принятии решений, влияющих на условие работы	4	7,3%
4	Специализированные технологии развития психологического здоровья	+ —	+ —
4.1	<i>Класс специальных психотерапевтических технологий</i>	+ —	+ —
4.1.1	Технологии социальной психотерапии	—	—
4.1.2	Технологии групповой психотерапии	21	38,2%
4.1.3	Технологии индивидуальной психотерапии	33	60,0%
4.2	<i>Класс специальных технологий психологического консультирования</i>	+	+
4.2.1	Технологии психологического консультирования экзистенциально-гуманистического направления	7	12,7%
4.2.2	Технологии психологического консультирования психодинамического направления	2	3,6%
4.2.3	Технологии психологического консультирования когнитивно-бихевиорального направления	18	32,7%
4.2.4	Технологии психологического консультирования интегративного направления	21	38,2%
4.3	<i>Класс специальных технологий социально-психологических тренингов</i>	+	+
4.3.1	Технологии социально-психологических тренингов, направленные на форсированное развитие определенных свойств, обеспечивающих высокие уровни психологического здоровья	1	1,8%
4.3.2	Технологии социально-психологических тренингов, направленные на адекватную интеграцию и доступ к психологическим ресурсам индивида группы	6	10,9%

- класс просветительских программ для всего населения, включая программы ЗОЖ;
- класс административных технологий;
- класс системных технологий - первый класс представлен частично (реализуется лишь одна спецификация услуг из четырех возможных); второй класс представлен полностью (реализуются три спецификации услуг из трех возможных); третий класс представлен также полностью (реализуются три спецификации услуг из трех возможных); четвертый класс не представлен вовсе (ни одна из четырех спецификаций не реализуется).

Из трех классов профиля специфических диагностических технологий:

- класс диагностических технологий, определяющих уровень психического здоровья населения (социального, индивидуального, целевых групп);
- класс диагностических технологий, определяющих уровень психологического здоровья населения (социального, индивидуального, целевых групп);
- класс диагностических технологий формирования групп риска по определенному профилю проблем психического здоровья - первый класс

представлен полностью (реализуются три спецификации услуг из трех возможных); второй класс, также, представлен полностью (реализуются три спецификации услуг из трех возможных); третий класс не представлен (не реализуется ни одна спецификация услуг из двух возможных).

Из четырех классов первично-профилактических услуг профиля специализированных превентивных технологий в сфере психического здоровья:

- класс технологий превенции умственной отсталости;
- класс технологий превенции эпилепсии;
- класс технологий превенции суицидов;
- класс технологий превенции синдрома гиперактивности - все четыре класса представлены лишь частично. Первый класс представлен тремя спецификациями услуг из десяти возможных. Второй – одной из семи возможных. Третий – тремя из шести возможных. Четвертый – двумя из шести возможных. Из трех классов первично-профилактических услуг профиля специализированных технологий развития психологического здоровья:

- класс специальных психотерапевтических технологий;

-
- класс специальных технологий психологического консультирования;
 - класс специальных технологий социально-психологических тренингов - первый класс представлен частично (две спецификации услуг из трех возможных); второй класс представлен полностью (четыре спецификации услуг из четырех возможных); третий класс также представлен полностью (две спецификации услуг из двух возможных).

Таким образом, из 14 классов услуг первично-профилактического сектора, реализуемых службами психического здоровья, 6 – представлены полностью; 6 – представлены частично; 2 – не представлены.

Объем реализации конкретных спецификаций услуг, показываемый процентным соотношением числа учреждений, где данная услуга реализуется, к общему количеству исследуемых специализированных учреждений, представлен на схеме 11. Из полученных данных следует, что из 60 спецификаций первично-профилактических услуг реализуются 29, а 31 не реализуется. Объем реализации каждой спецификации колеблется от 1,8% до 74,5%, но в среднем не превышает 11,14% на каждую из 29 реализуемых спецификаций услуг первично-профилактического сектора. Таким образом, можно считать, что рекомендуемый стандарт первично-профилактических услуг в сфере психического здоровья, по показателям ассортимента реализуется на 48,3%. А по показателям объема, не более чем на 11,14%.

К анализу данного стандарта следует добавить существенную деталь: отсутствие утвержденной государственной межведомственной программы в области психического здоровья, где были бы четко обозначены зоны ответственности конкретных служб и звеньев системы психиатрической, психотерапевтической и медико-психологической помощи в секторе первичной профилактики, затрудняет необходимую дифференциацию и анализ данного сектора и, соответственно, стандарта услуг. Данное обстоятельство лишь подчеркивает необходимость формирования адекватного системно-развивающего комплекса стандартов в рассматриваемой сфере.

4.2. Экспериментальные данные по услугам сектора вторичной профилактики в сфере психического здоровья населения были получены при исследовании ассортимента услуг в 32 специализированных учреждениях и кабинетах служб психического здоровья: 14 областных и городских психиатрических больницах и диспансерах, 10 психотерапевтических кабинетах, действующих при психиатрических учреждениях и соматических поликлиниках, 8 медико-психологических структурных подразделениях, 4 из которых являются патопсихологическими лабораториями в психиатрических больницах, а четыре других – самостоятельными

кабинетами психологического консультирования. При анализе параметров соответствия ассортимента реально оказываемых услуг в секторе вторичной профилактики требованиям эталонного стандарта учитывалась специфика основных служб психического здоровья – психиатрической, психотерапевтической, медико-психологической. Результаты, полученные по данному фрагменту, отражены в итоговой схеме 2.

Как видно из схемы 2 из одиннадцати профилей вторично-профилактических услуг:

- профиль информационных услуг сектора вторичной профилактики, в сфере психического здоровья населения;
- профиль диагностических услуг сектора вторичной профилактики;
- профиль специфических лечебных технологий;
- профиль неспецифических лечебных технологий;
- профиль форм оказания специализированных лечебно-диагностических услуг;
- профиль возрастной специализации лечебно-диагностических услуг;
- профиль нозологической специализации лечебно-диагностических услуг;
- профиль экспертной и правовой специализации лечебно-диагностических услуг;
- профиль специализации лечебно-диагностических услуг в зависимости от режима интенсивности;
- профиль услуг, направленных на обеспечение собственной безопасности пациента (угроза суицида), а также безопасности контактных лиц;
- профиль правовых и социальных услуг - первый, второй, третий и одиннадцатый профили представлены частично (4 из 11); остальные 7 - представлены, практически, полностью (схема 2).

Из двух классов профиля информационных услуг первый представлен частично, а второй – полностью (схема 2).

Из шести классов профиля диагностических услуг первый, второй, четвертый и пятый классы (всего - 4) представлены частично; два других – полностью (схема 2).

Из четырех классов профиля специфических лечебных технологий два представлены частично (первый и второй); два других (третий и четвертый) – представлены полностью (схема 2).

Из двух классов профиля неспецифических лечебных технологий оба представлены полностью (схема 2).

Из шести классов профиля формы оказания специализированных лечебно-диагностических услуг – все шесть представлены полностью (схема 2).

Из трех классов услуг профиля возрастной специализации – все три представлены полностью (схема 2).

Из девяти классов профиля нозологической специализации лечебно-диагностических услуг – представлены все девять (схемы 2).

Итоговая схема соответствия исследуемой (стандарт 2003 г.) и рекомендуемой модели стандарта услуг секторов вторичной профилактики в сфере психического здоровья населения РК (n=32)

Шифр	Профиль, класс и обозначение услуг	Доступность	
		абс. цифры учреждений	% от общего числа учреждений
		n=32	
1	Профиль информационных услуг сектора вторичной профилактики в сфере психического здоровья населения	+-	+-
1.1	<i>Класс информационных услуг, предоставляемых пациенту, его родственникам, близким, законным представителям (опекунам) в связи с фактом заболевания</i>	+-	+-
1.1.1	Информирование (консультирование) пациента, его родственников, законных представителей по вопросам обеспечения прав пациента в связи с фактом болезни и обращением (оказанием) специализированной психиатрической помощи	12	85,7%
1.1.2	Информирование (консультирование) пациента, его родственников и законных представителей об услугах психиатрического профиля и порядке их оказания в специализированном лечебном учреждении (согласно действующего законодательства в сфере психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании)	14	100%
1.1.3	Информирование (консультирование) пациента, его родственников, законных представителей о возможных последствиях того или иного лечебно-реабилитационного маршрута, равно как и отказа от лечения	7	50%
1.1.4	Дистанционное (заочное) информирование и консультирование пациентов, их родственников и представителей по вопросам диагностики, лечения и обеспечения прав психически больных	3	21,4%
1.1.5	Организация специализированных информационных сайтов в Интернете, выпуск тематических буклетов, информационных бюллетеней по вопросам реализации прав граждан на квалифицированную психиатрическую помощь и поддержку	-	-
1.1.6	Регулярное информирование и совместное обсуждение динамики изменений состояния и возможностей коррекции лечения с пациентом, его близкими и законными представителями	14	100%
1.2	<i>Класс информационных услуг, предоставляемых пациенту, вне зависимости от факта заболевания</i>	+	+
1.2.1	Возможность очных встреч и контактов с родными, близкими, законными представителями и иными лицами по желанию пациента и договоренности с данными лицами	14	100%
1.2.2	Возможность телефонных и иных дистанционных контактов (связь через Интернет) с кем-либо из окружения пациента	14	100%
1.2.3	Возможность почтовой или электронной переписки	14	100%
1.2.4	Возможность знакомства с программами СМИ, просмотра телепередач, прослушивания радиопередач	14	100%
1.2.5	Возможность пользоваться библиотекой, приобретать нужные газеты, журналы	12	85,7%
2	Профиль диагностических услуг сектора вторичной профилактики	+-	+-
2.1	<i>Класс функциональной диагностики</i>	+-	+-
2.1.1	Электрокардиография (ЭКГ)	14	100%
2.1.2	Фонокардиография	-	-
2.1.3	Ультразвуковая диагностика состояния внутренних органов (УЗИ)	4	28,6%

Шифр	Профиль, класс и обозначение услуг	Доступность	
		абс. цифры учреждений n=32	% от общего числа учреждений
2.2.	<i>Класс нейрофизиологической диагностики</i>	+ –	+ –
2.2.1	Электроэнцефалография (ЭЭГ)	8	57,1%
2.2.2	Электроэнцефалография с модификациями и компьютерным анализом данных	3	21,4%
2.2.3	Реоэнцефалография сосудов мозга с компьютерным анализом данных	2	14,3%
2.2.4	Доплерография сосудов мозга с компьютерным анализом данных	–	–
2.2.5	Эхо-энцефалоскопия мозга	2	14,3%
2.2.6	Исследование глазного дна	12	85,7%
2.3	<i>Класс клинической диагностики</i>	+ +	+ +
2.3.1	Клиническая лабораторная диагностика	14	100%
2.3.2	Биохимическая лабораторная диагностика	8	57,1%
2.3.3	Бактериологическая лабораторная диагностика	12	85,7%
2.3.4	Серологическая лабораторная диагностика	12	85,7%
2.3.5	Цитологическая лабораторная диагностика	4	28,6%
2.3.6	Консультирование и клиническая диагностика по терапевтическому профилю	14	100%
2.3.7	Консультирование и клиническая диагностика по неврологическому профилю	13	92,85%
2.3.8	Консультирование и клиническая диагностика по хирургическому профилю	14	100%
2.3.9	Консультирование и клиническая диагностика по стоматологическому профилю	14	100%
2.3.10	Консультирование и клиническая диагностика по гинекологическому профилю	14	100%
2.3.11	Консультирование и клиническая диагностика по инфекционному профилю	10	71,4%
2.3.12	Консультирование и клиническая диагностика по фтизиатрическому профилю	14	100%
2.3.13	Консультирование и клиническая диагностика по офтальмологическому профилю	12	85,7%
2.3.14	Консультирование и клиническая диагностика по отоларингологическому профилю	10	71,4%
2.3.15	Консультирование и клиническая диагностика по педиатрическому профилю	8	57,4%
2.4	<i>Класс рентгенологической диагностики</i>	+ –	+ –
2.4.1	Рентгеноскопия черепа и внутренних органов	12	85,7%
2.4.2	Рентгенография черепа и внутренних органов	12	85,7%
2.4.3	Рентгенография черепа и внутренних органов с использование контрастных веществ	1	7,1%
2.4.4	Рентгенография черепа и внутренних органов с компьютерной обработкой изображения	–	–
2.4.5	Компьютерная томография мозга и внутренних органов	–	–
2.5	<i>Класс клинико-психопатологической диагностики</i>	+ –	+ –
2.5.1	Использование диагностических критериев МКБ-10	24	100%
2.5.2	Использование принципов многоосевой диагностики проблемного статуса пациента	–	–
2.6	<i>Класс патопсихологической диагностики и клинико-психологической диагностики</i>	+ +	+ +
2.6.1	Диагностика патологических проявлений в психических процессах и уровнях функционирования личности индивида	8	100%
2.6.2	Диагностика сохранных «островов» психики и особенностей реакции личности на болезнь	4	50%

Шифр	Профиль, класс и обозначение услуг	Доступность	
		абс. цифры учреждений n=32	% от общего числа учреждений
3	Профиль специфических лечебных технологий	+ -	+ -
3.1	<i>Класс биологической терапии</i>	+ -	+ -
3.1.1	Психофармакотерапия	14	100%
3.1.1.1	Технологии лечения нейролептиками	14	100%
3.1.1.2	Технологии лечения транквилизаторами	14	100%
3.1.1.3	Технологии лечения антидепрессантами	14	100%
3.1.1.4	Технологии лечения психостимуляторами	8	57,1%
3.1.1.5	Технологии лечения антиконвульсантами	14	100%
3.1.1.6	Технологии лечения нейрометаболитическими церебропротекторами	10	71,4%
3.1.1.7	Технологии лечения нормотимиками	10	71,4%
3.1.1.8	Технологии лечения корректорами экстрапирамидных побочных эффектов	12	85,7%
3.1.2	Инсулинотерапия	2	14,3%
3.1.3	Атропино-коматозная терапия	-	-
3.1.4	Электросудорожная терапия	2	14,3%
3.1.5	Эфферентная терапия	-	-
3.1.5.1	Гемодиализ	-	-
3.1.5.2	Плазмоферез	-	-
3.1.5.3	Цитоферез	-	-
3.1.5.4	Гемосорбция	1	7,1%
3.1.5.5	Плазмосорбция	-	-
3.1.5.6	Гемофильтрация	-	-
3.1.5.7	Гемоксигенация	-	-
3.1.6	Психохирургия (инвазивная, неинвазивная)	-	-
3.1.7	Физиотерапия и другие нелекарственные методы терапии	10	71,4%
3.1.7.1	Оксигенобаротерапия	-	-
3.1.7.2	Рефлексотерапия	4	28,6%
3.1.7.3	Лазеротерапия	3	21,4%
3.1.7.4	Магнитотерапия	-	-
3.1.7.5	Фототерапия	-	-
3.1.7.6	Депривация сна	2	14,3%
3.1.7.7	Разгрузочно-диетическая терапия	2	14,3%
3.1.7.8	Специальный массаж	3	21,4%
3.1.7.9	ЛФК (лечебная физкультура)	6	42,85%
3.1.8	Технологии интенсивной психофармакотерапии	6	42,85%
3.1.8.1	С одномоментным обрывом	4	28,6%
3.1.8.2	С одномоментным обрывом и форсированым диурезом	4	28,6%
3.1.8.3	Титрационным введением базисного психофармакологического средства	3	21,4%
3.1.9	Технологии форсированной инсулинокоматозной терапии	2	14,3%
3.1.10	Технологии модифицированной электросудорожной терапии	2	14,3%
3.1.10.1	Унилатеральная ЭСТ	2	14,3%
3.1.10.2	ЭСТ с премедикацией	1	7,1%
3.2.	<i>Класс психотерапии</i>	+ -	+ -
3.2.1	Технологии основных направлений психотерапии	+	+
3.2.1.1	Методы психотерапии психодинамического направления	1	10,0%
3.2.1.2	Методы психотерапии когнитивно-бихевиорального направления	7	70%
3.2.1.3	Методы психотерапии экзистенциально-гуманистического направления	4	40%
3.2.1.4	Методы психотерапии семейного направления	3	30%
3.2.1.5	Методы психотерапии суггестивного направления	6	60%
3.2.1.6	Методы психотерапии эклектического и интегративного направления	7	70%
3.2.2	Технологии основных моделей психотерапии	+ -	+ -

Шифр	Профиль, класс и обозначение услуг	Доступность	
		абс. цифры учреждений n=32	% от общего числа учреждений
3.2.2.1	Методы медицинской модели психотерапии	8	80%
3.2.2.2	Методы педагогической модели психотерапии	4	40%
3.2.2.3	Методы психологической модели психотерапии	7	70%
3.2.2.4	Методы социальной модели психотерапии	—	—
3.2.2.5	Методы философской модели психотерапии	—	—
3.2.2.6	Методы религиозно-мистической модели психотерапии	—	—
3.2.3	Технологии основных форматов психотерапии	+ —	+ —
3.2.3.1	Методы аутопсихотерапии (аутогенной психотерапии)	4	40%
3.2.3.2	Методы индивидуальной психотерапии	10	100%
3.2.3.3	Методы психотерапии в малых и средних группах	4	40%
3.2.3.4	Методы психотерапии в больших группах	—	—
3.2.4	Интенсивные психотерапевтические технологии	+	+
3.2.4.1	Методы среднесрочной психотерапии	10	100%
3.2.4.2	Методы краткосрочной психотерапии	4	40%
3.2.4.3	Методы экспресс-психотерапии	2	20%
3.2.4.4	Методы стресс-шоковой психотерапии	2	20%
3.3	<i>Класс социально-психологической терапии</i>	+	+
3.3.1	Социально-психологические методы коррекции, восстановления и развития нарушенных психических функций	4	50%
3.3.1.1	Социально-психологический тренинг сензитивных функций	3	37,5%
3.3.1.2	Социально-психологический тренинг коммуникативных функций	3	37,5%
3.3.1.3	Социально-психологический тренинг адаптивных функций (навыков по самообслуживанию, самопомощи, взаимопомощи)	2	25%
3.3.1.4	Социально-психологический тренинг креативных функций	2	25%
3.3.1.5	Социально-психологический тренинг интегративных функций (трудовых, социальных и т.д.)	1	12,5%
3.4	<i>Класс комплексных реабилитационных программ</i>	+	+
3.4.1	Индивидуальные реабилитационные программы (сочетающие оптимальные виды био-психо-социального воздействия на пациента в сочетании с особым реабилитационным режимом прохождения программы)	1	7,1%
3.4.2	Групповые реабилитационные программы без учета нозологической специфики (основной акцент делается на организацию терапевтического сообщества по модели М.Джонса)	1	7,1%
3.4.3	Групповые реабилитационные программы с учетом нозологической специфики	1	7,1%
4	Профиль неспецифических лечебных технологий	+	+
4.1	<i>Медикаментозная терапия по различным непсихиатрическим нозологическим профилям (терапевтическому, неврологическому, инфекционному и т.д.)</i>	14	100%
4.2	<i>Немедикаментозная терапия по различным непсихиатрическим нозологическим профилям, адекватная состоянию пациента (включая относительно простые хирургические стоматологические операции и т.д.)</i>	10	71,4%
4.3	<i>Физиотерапевтические методы лечения по показаниям</i>	10	71,4%
5	Профиль формы оказания специализированных лечебно-диагностических услуг	+	+
5.1	<i>Специализированные лечебно-диагностические услуги, оказываемые в режиме скорой и неотложной помощи</i>	10	71,4%
5.2	<i>Специализированные лечебно-диагностические услуги, оказываемые в режиме стационарной помощи</i>	14	100%
5.3	<i>Специализированные лечебно-диагностические услуги, оказываемые в условиях дневного стационара</i>	8	57,1%
5.4	<i>Специализированные лечебно-диагностические услуги, оказываемые в условиях ночного стационара</i>	1	7,1%

Шифр	Профиль, класс и обозначение услуг	Доступность	
		абс. цифры учреждений n=32	% от общего числа учреждений
5.5	<i>Специализированные лечебно-диагностические услуги, оказываемые в амбулаторном режиме (диспансерное отделение или кабинет)</i>	14	100%
5.6	<i>Специализированные лечебно-диагностические услуги, оказываемые во внедиспансерных условиях (помощь на дому, анонимных кабинетах, лечебно-профилактических учреждениях общего профиля, сторонних учреждениях и организациях, дистанционное (телефонное) консультирование и т. д.)</i>	8	57,1%
6.	Профиль возрастной специализации лечебно-диагностических услуг	+	+
6.1	<i>Лечебно-диагностические услуги, специализированные для детского возраста</i>	10	71,4%
6.2	<i>Лечебно-диагностические услуги, специализированные для подросткового возраста</i>	10	71,4%
6.3	<i>Лечебно-диагностические услуги педиатрического профиля</i>	1	7,1%
7	Профиль нозологической специализации лечебно-диагностических услуг	+	+
7.1	<i>Специализация лечебно-диагностических услуг по профилю общих психозов</i>	18	100%
7.2	<i>Специализация лечебно-диагностических услуг по пограничному профилю (классу психических расстройств, не сопровождающихся острыми психотическими проявлениями, грубыми нарушениями памяти, интеллекта, контроля за поведением)</i>	6	42,8%
		10	100%
7.3	<i>Специализация лечебно-диагностических услуг по психосоматическому профилю</i>	2	14,3%
7.4	<i>Специализация лечебно-диагностических услуг по сомато-психиатрическому профилю</i>	3	21,4%
7.5	<i>Специализация лечебно-диагностических услуг по фтизиатрическому профилю</i>	12	85,7%
7.6	<i>Специализация лечебно-диагностических услуг по инфекционному профилю</i>	2	14,3%
7.7	<i>Специализация лечебно-диагностических услуг по наркологическому (алкоголизму) профилю</i>	8	57,1%
7.8	<i>Специализация лечебно-диагностических услуг по наркологическому (наркомании) профилю</i>	6	42,8%
7.9	<i>Специализация лечебно-диагностических услуг по профилю органических расстройств и эпилепсии</i>	4	28,6%
8	Профиль экспертной и правовой специализации лечебно-диагностических услуг	+	+
8.1	<i>Специализация лечебно-диагностических услуг, связанная с проведением военной экспертизы</i>	18	100%
8.2	<i>Специализация лечебно-диагностических услуг, связанная с проведением трудовой экспертизы</i>	18	100%
8.3	<i>Специализация лечебно-диагностических услуг, связанная с проведением судебной экспертизы</i>	18	100%
8.4	<i>Специализация лечебно-диагностических услуг, связанная с прохождением курсов принудительного лечения</i>	10	71,4%
9.	Профиль специализации лечебно-диагностических услуг в зависимости от режима интенсивности	+	+
9.1	<i>Специализация лечебно-диагностических услуг, оказываемых в отделениях интенсивной терапии психозов</i>	1	7,1%
9.2	<i>Специализация лечебно-диагностических услуг, оказываемых в реабилитационных и ресоциализационных отделениях</i>	1	7,1%
10.	Профиль услуг, направленных на обеспечение собственной безопасности пациента (угроза суицида), а также безопасности контактных лиц	+	+

Шифр	Профиль, класс и обозначение услуг	Доступность	
		абс. цифры учреждений n=32	% от общего числа учреждений
10.0.1	Принудительная госпитализация пациента, осуществляемая в строгом соответствии с действующими правовыми нормами и неотложными показаниями	14	100%
10.0.2	Фиксация пациента, осуществляемая в строгом соответствии с утвержденным правовым оформлением подобных действий и неотложными показаниями	10	71,4%
10.0.3	Надзор, осуществляемый в палатах интенсивного наблюдения	14	100%
10.0.4	Надзор, осуществляемый в отделениях острых психозов	14	100%
10.0.5	Наблюдение, осуществляемое в общепсихиатрических отделениях	14	100%
11	Профиль правовых и социальных услуг	+ –	+ –
11.1	<i>Класс юридических услуг</i>	+	+
11.1.1	Юридическое консультирование пациента, его родственников, законных представителей по вопросам охраны его законных прав в связи с фактом психического заболевания и возможностью (необходимостью) оказания специализированной психиатрической помощи	4	28,6%
11.1.2	Юридическое консультирование по вопросам гражданских прав пациента (например, в области жилищного законодательства и т.д.)	4	28,6%
11.1.3	Зашитка прав пациента в суде	2	14,3%
11.2	<i>Класс организационно-правовых услуг</i>	+	+
11.2.1	Обеспечение конфиденциальности относительно контактов пациента с психиатрической службой	8	57,1%
11.2.2	Проведение процедуры психиатрического освидетельствования в соответствие с действующим законодательством в сфере психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании	3	21,4%
11.2.3	Оформление временной нетрудоспособности	14	100%
11.2.4	Направление на ВКК в связи с необходимостью продления лечения	14	100%
11.2.5	Оформление прав на пособия и льготы, возникающие в связи с фактом психического заболевания	14	100%
11.2.6	Направление на трудовую экспертизу в связи с необходимостью пересмотра условий и возможности труда	14	100%
11.2.7	Направление на ВКК в связи с необходимостью изменения условий обучения или временного прекращения обучения	8	57,1%
11.3	<i>Класс технологий социальной поддержки</i>	+ –	+ –
11.3.1	Выплата пособий по временной нетрудоспособности	–	–
11.3.2	Бесплатный отпуск лекарств	4	28,6%
11.3.3	Льготный проезд в транспорте	4	28,6%
11.3.4	Выплата пособий родственникам пациентов, в связи с необходимостью ухода за ними	–	–

Из четырех классов профиля экспертной и правовой специализации лечебно-диагностических услуг – представлены все четыре (схемы 2).

Из двух классов профиля специализации лечебно-диагностических услуг в зависимости от режима интенсивности – оба представлены полностью (схемы 2).

Один класс (одноименных с профилем) услуг, направленных на обеспечение безопасности пациента (угроза суицида), а также безопасности контактных лиц, представлен полностью (схемы 2).

Из трех классов профиля правовых и социальных услуг первые два представлены полностью; третий – частично.

Таким образом, из 42 классов услуг сектора вторичной профилактики 34 представлены полностью (т.е. реализуются службами психического здоровья в Республике Казахстан), 8 представлены частично.

При интерпретации внешне-удовлетворительных показателей фактов представленности основных профилей и классов услуг сектора вторичной профилактики в сфере психического здоровья

населения Республики Казахстан необходимо учитывать объем реализации данного ассортимента по регионам РК, характеризующий возможности доступа населения к данному сектору услуг.

Из данных, представленных в схеме 2, следует, что в представленном стандарте услуг сектора вторичной профилактики в общей сложности содержится 129 спецификации, из которых 107 (82,9%) представлены в действующем ассортименте, а 22 (17,05%) не представлены. Средний объем реализации представленного ассортимента вторично-профилактических услуг в службах психического здоровья РК, в целом, составляет 48,05% на каждую из спецификаций.

В системе психиатрической помощи из 102 предусмотренных спецификацией услуг рассматриваемого сектора представлено 84 (82,35%) спецификации, а 18 (17,64%) не представлено. Средний процент реализации для каждой из представленных спецификаций в системе психиатрической помощи составляет 49,33%.

В системе медико-психологической помощи из 7 предусмотренных спецификаций услуг рассматриваемого сектора представлены все 7 (100%). Средний процент реализации для каждой спецификации в данной специализированной службе составляет 48,21%.

В системе психотерапевтической помощи из 20 предусмотренных спецификаций услуг вторично-профилактического профиля представлено 16 (80%), а 4 (20%) не представлено. Средний процент реализации для каждой из представленных спецификаций в системе психотерапевтической помощи населению РК составляет 41,5%.

Следовательно, из рассматриваемых служб психического здоровья, система психотерапевтической помощи по ассортименту и объему реализуемых услуг является наименее состоятельной. Система психиатрической помощи – относительно более состоятельной. Система медико-психологической помощи занимает промежуточное положение.

4.3. Экспериментальные данные по услугам сектора третичной профилактики в сфере психического здоровья населения были получены при исследовании ассортимента услуг в 23 специализированных учреждениях и кабинетах служб психического здоровья: 14 областных и городских психиатрических больницах и диспансерах; 3-х домах интернатах для психически больных; 3-х психотерапевтических кабинетах, действующих при психиатрических учреждениях, и 3-х медико-психологических (патопсихологических) лабораториях при психиатрических больницах.

При анализе параметров соответствия ассортимента реально оказываемых услуг в секторе третичной профилактики требованиям эталонного стандарта учитывалась специфика основных служб психического здоровья – психиатрической,

психотерапевтической, медико-психологической. Результаты исследований, полученные по данному фрагменту, отражены в итоговой схеме 3.

Как видно их схемы 3, все три профиля третично-профилактических услуг, реализуемых службами психического здоровья:

- профиль информационных технологий;
- профиль поддерживающих лечебно-реабилитационных технологий;
- профиль поддерживающих социальных технологий - представлены лишь частично (схема 3).

При этом одноименный класс профиля информационных технологий, также, представлен частично.

Из пяти классов поддерживающих лечебно-реабилитационных технологий первый, третий и пятый классы (всего - 3) представлены полностью; второй класс представлен частично; четвертый класс услуг не представлен вовсе (схема 3).

Из семи классов профиля поддерживающих социальных технологий первый и четвертый классы (всего - 2) представлены полностью; второй, третий, пятый, шестой и седьмой классы (всего - 5) представлены лишь частично.

Таким образом, из 13 классов третично-профилактических услуг 5 классов представлены полностью; 7 классов представлены частично; 1 класс не представлен.

Из данных схемы 3 следует, что в рекомендованном стандарте услуг сектора третичной профилактики присутствует, в общей сложности, 71 спецификация. Из данного перечня службами психического здоровья фактически реализуется 57 (80,28%) спецификаций. Не реализуется, соответственно, 14 (19,71%) спецификаций. Средний объем реализации по каждой спецификации, вычисляемый в процентном соотношении в секторе третичной профилактики для служб психического здоровья Казахстана, в целом составляет 30,42%.

В системе психиатрической помощи из 64 предусмотренных спецификаций услуг сектора третичной профилактики представлено 53 (82,2%), а 11 (17,2%) не представлено. Средний процент реализации для каждой спецификации услуг, таким образом, составляет 32,48%.

В системе медико-психологической помощи, действующей в психиатрических учреждениях, из двух предусмотренных спецификаций услуг, реализуются обе (100%). Однако средний процент реализации для каждой выделяемой спецификации не превышает 7,14%.

В системе психотерапевтической помощи, действующей при психиатрических учреждениях, из 5 предусмотренных спецификаций реализуются 2 (40%), а 3 (60%) не реализуются. Средний процент реализации, с учетом представленности данного ассортимента услуг по регионам, составляет 13,32%.

Следовательно, из рассматриваемых служб психического здоровья по ассортименту и объему

Итоговая схема соответствия исследуемой (стандарт 2003 г.) и рекомендуемой модели стандарта услуг сектора третичной профилактики в сфере психического здоровья населения РК (n=23)

Шифр	Профиль, класс и обозначение услуг	Доступность	
		абс. число учреждений n=23	% от общего числа учреждений
1	Профиль информационных технологий	+-	+-
1.0.1	Информирование (консультирование) пациента, его представителей и родственников о правах, возможности их реализации, в связи с фактом болезни	13	76,5%
1.0.2	Информирование (консультирование) пациента, его представителей и родственников о имеющейся сфере услуг, предоставляемых по профилю конкретного заболевания как в государственном, так и в негосударственном социальном секторе	16	88,2%
1.0.3	Информирование (консультирование) пациента, его представителей и родственников о возможных маршрутах прохождения реабилитационных и ресоциализационных программ сектора третичной профилактики	14	82,35%
1.0.4	Дистанционное консультирование (телефонное, связь через Интернет) по вопросам реабилитации и социальной поддержки	3	17,6%
1.0.5	Выпуск специальных информационных бюллетеней и организация специализированных информационных сайтов в Интернете с изложением проблем и способов их решения, возникающих в секторе третичной профилактики психических заболеваний	-	-
2	Профиль поддерживающих лечебно-реабилитационных технологий	+-	+-
2.1	<i>Класс биологической терапии</i>	+	+
2.1.1	Психофармакотерапия	17	100%
2.1.1.1	Технологии лечения нейролептиками пролонгированного действия	10	58,8%
2.1.1.2	Технологии лечения нейролептиками активизирующего действия	6	35,3%
2.1.1.3	Технологии лечения антидепрессантами	14	82,35%
2.1.1.4	Технологии лечения антиконвульсантами	14	82,35%
2.1.1.5	Технологии лечения нормотимиками	10	58,8%
2.1.1.6	Технологии лечения корректорами экстрапирамидных побочных эффектов	12	70,58%
2.1.1.7	Технологии лечения нейрометаболическими церебропротекторами	10	58,8%
2.1.2	Физиотерапия и другие нелекарственные методы терапии	10	58,8%
2.2	<i>Класс психотерапии</i>	+-	+-
2.2.1	Методы индивидуальной психотерапии, направленные на развитие дефицитарных (компенсаторных) психических функций	-	-
2.2.2	Методы групповой психотерапии, направленные на восстановление и компенсаторное развитие навыков коммуникации, взаимопомощи и поддержки	-	-
2.2.3	Методы супружеской психотерапии, направленные на восстановление и гармонизацию супружеских отношений	1	33,3%
2.2.4	Методы семейной психотерапии, направленные на восстановление и гармонизацию семейных отношений, семейную поддержку	1	33,3%
2.2.5	Методы индивидуальной, групповой и семейной терапии, используемые в работе с родными и близкими пациентов, направленные на коррекцию дистресса, развитие устойчивых ресурсных состояний и навыков общения с пациентом в новой ситуации	-	-
2.3	<i>Класс социально-психологической терапии</i>	+	+
2.3.1	Социально-психологические методы (тренинги), направленные на компенсаторное развитие отдельных функций и поведенческих навыков	1	7,14%

Шифр	Профиль, класс и обозначение услуг	Доступность	
		абс. число учреждений	% от общего числа учреждений
		n=23	
2.3.2	Социально-психологические методы (тренинги), направленные на восстановление и компенсаторное развитие сложных, интегративных функций и поведенческих навыков	1	7,14%
2.4	<i>Класс комплексных реабилитационных программ</i>	—	—
2.4.1	Реабилитационные программы, проводимые по индивидуальному проекту	—	—
2.4.2	Реабилитационные программы, разработанные для общей группы пациентов (терапевтическое сообщество)	—	—
2.4.3	Реабилитационные программы, разработанные для группы пациентов с учетом нозологической специфики	—	—
2.5	<i>Класс терапевтических технологий, используемых в лечении коморбидной (сопутствующей) патологии</i>	+	+
2.5.1	Консультирование специалистами по профилю коморбидной патологии	17	100%
2.5.2	Медикаментозная терапия, адекватная соответствующему нозологическому профилю	15	88,2%
2.5.3	Немедикаментозная терапия, адекватная соответствующему нозологическому профилю	10	58,8%
2.5.4	Диагностическое сопровождение (мониторинг), адекватный соответствующему нозологическому профилю	4	23,5%
3	Профиль поддерживающих социальных технологий	+ —	+ —
3.1	<i>Класс технологий правовой поддержки</i>	+	+
3.1.1	Юридическое консультирование и защита прав пациента в суде	2	11,76%
3.1.2	Оформление долговременной нетрудоспособности (инвалидности) в связи с имеющимся заболеванием	14	100%
3.1.3	Оформление опеки вследствие наличия признаков недееспособности	14	100%
3.1.4	Оформление попечительства вследствие наличия признаков ограниченной дееспособности	4	28,57%
3.1.5	Оформление прав на пособия льготы (транспорт, связь, жилье, посильная работа и т.д.), возникающих в связи с фактом психического заболевания	14	100%
3.1.6	Оформление в психосоциальные учреждения в связи с утратой навыков самообслуживания и отсутствием (отказом) лиц, способных осуществлять опеку	14	100%
3.1.7	Оформление в специализированные учебные заведения в связи с установленным отсутствием возможности обучения в образовательной сети	8	57,14%
3.2	<i>Класс технологий материальной поддержки</i>	+ —	+ —
3.2.1	Выплата пособий по инвалидности	—	—
3.2.2	Реализация социальных льгот, предусмотренных законодательством	+	+
3.2.2.1	Бесплатный отпуск лекарств	7	41,2%
3.2.2.2	Бесплатный проезд в транспорте	4	23,52%
3.2.2.3	Бесплатное проживание в специальных общежитиях	—	—
3.2.2.4	Льготные тарифы по оплате коммунальных услуг	1	7,14%
3.2.2.5	Льготные тарифы по оплате связи (телефоны, Интернет)	—	—
3.2.2.6	Возможность пользоваться специальными талонами на питание, предоставляемым определенным контингентам пациентов или бесплатными столовыми	1	7,14%
3.2.3	Выплата пособий, предусмотренных законодательством, родственникам пациентов, проживающих совместно, в связи с необходимостью ухода за пациентом	1	7,14%
3.2.4	Содействие в поиске и оформлении единовременных или иных материальных пособий, предоставляемых общественными и частными фондами и организациями психически больным	3	17,64%
3.3	<i>Класс технологий решения юлицичных вопросов</i>	+ —	+ —
3.3.1	Содействие в обеспечении жилплощадью на льготных основаниях, предусмотренных законодательством	3	21,4%

Шифр	Профиль, класс и обозначение услуг	Доступность	
		абс. число учреждений n=23	% от общего числа учреждений
3.3.2	Направление пациентов, не имеющих собственной жилплощади (или потерявших права на нее), утративших связь с родственниками на проживание в специализированные общежития	—	—
3.3.3	Предоставление пациентам, не имеющим жилья возможности ночлега в комплексах психиатрических или психосоциальных учреждений	2	14,28%
3.3.4	Содействие и включение пациентов в жилищные программы, осуществляемые негосударственными гуманитарными организациями, фондами	1	7,14%
3.4	<i>Класс образовательных и обучающих технологий</i>	+	+
3.4.1	Обучение пациента навыкам самопомощи, самообслуживания	3	17,64%
3.4.2	Обучение пациентов навыкам взаимопомощи и поддержки в группе	3	17,64%
3.4.3	Обучение пациентов навыкам ведения домашнего хозяйства	3	17,64%
3.4.4	Обучение пациентов несложным производственным навыкам, которые дают шанс на трудоустройство	2	11,76%
3.4.5	Обучение (переподготовка) пациентов базовым профессиональным навыкам какого либо приемлемого для них профиля с целью дальнейшего труда	1	5,88%
3.4.6	Обучение детей и подростков по специальным образовательным программам	6	35,3%
3.4.7	Обучение родственников и близких пациента (опекунов) по широкому кругу вопросов, касающихся коммуникаций, сотрудничества, поведения и ресоциализационных практик.	3	17,64%
3.5.	<i>Класс технологий решения трудовых вопросов</i>	+ —	+ —
3.5.1	Вовлечение пациентов в деятельность соответствующей группы (терапевтического реабилитационного сообщества), развивающей трудовые навыки	—	—
3.5.2	Включение пациентов в деятельность по самообслуживанию	12	70,58%
3.5.3	Включение пациента в деятельность по ведению домашнего хозяйства и выполнению несложных работ	4	23,52%
3.5.4	Поиск возможностей и содействие в трудаустростве или организации собственно производства	2	11,76%
3.5.5	Содействие в продвижении и реализации продукции, произведенной пациентами, на общих или специфических рынках сбыта	1	5,88%
3.5.6	Организация рабочих мест и трудаустроство пациентов на специализированных предприятиях, действующих при больничных комплексах или психосоциальных учреждениях	—	—
3.6	<i>Класс технологий работы с семьей (родственниками, близкими, опекунами) пациента</i>	+ —	+ —
3.6.1	Соответствующие информационные технологии (очное, дистанционное консультирование; раздача и публикация специальных информационных материалов; организация специализированных интернет-сайтов по вопросам третичной профилактики в сфере психического здоровья)	1	5,88%
3.6.2	Специальные обучающие, образовательные технологии (обучающие семинары, тренинги, лекционные курсы, групповая работа, дистанционное обучение и т.д. по вопросам взаимодействия, сотрудничества и ресоциализации пациентов)	1	5,88%
3.6.3	Специальные терапевтические и тренинговые технологии (индивидуальная, групповая, семейная психотерапия; индивидуальное и семейное психологическое консультирование; социально-психологические тренинги) поддержки психологического здоровья семьи, близких пациентов	—	—
3.7.	<i>Класс технологий занятости</i>	+ —	+ —
3.7.1	Содействие в составлении общего режима дня, недельных, месячных графиков реализации основных мероприятий в жизнедеятельности пациентов	3	17,64%

Шифр	Профиль, класс и обозначение услуг	Доступность	
		абс. число учреждений	% от общего числа учреждений
		n=23	
3.7.2	Содействие в приобретении пациентом, его родственниками, близкими (опекунами) устойчивых контактов и включение в деятельность реабилитационных сообществ, действующих в данном населенном пункте	2	11,76%
3.7.3	Вовлечение пациента в соответствующие образовательные, тренинговые программы, реализуемые в системе государственной и негосударственной психиатрической помощи (сектор третичной профилактики)	—	—
3.7.4	Вовлечение пациента в трудовые процессы, организованные в адекватных условиях (на дому, специальных цехах, общем производстве и т.д.)	—	—
3.7.5	Вовлечение пациента в разнообразную деятельность групп само и взаимопомощи, действующих при социально-гуманитарных организациях и внебольничных психиатрических подразделениях	1	5,88%
3.7.6	Оказание содействия в проведении семейных мероприятий с участием пациента	2	11,76%

реализуемых услуг наиболее состоятельной является система психиатрической помощи (30,42%). Далее следует система психотерапевтической помощи (13,32%). Замыкает данный перечень система медико-психологической помощи (7,14%).

4.4. Сопоставление действующих стандартов услуг в секторах первичной, вторичной и третичной профилактики, реализуемых службами психического здоровья РК.

При сопоставлении объемов ассортимента услуг фактически реализуемого службами психического здоровья Республики Казахстан, выясняется, что базисный усредненный показатель сектора первичной профилактики для всех служб психического здоровья составляет 5,34%. Базисный усредненный показатель сектора вторичной профилактики составляет 48,05%. Аналогичный показатель для сектора третичной профилактики составляет 30,42%.

Полученные данные свидетельствуют о том, что службы психического здоровья Республики (в частности, действующие стандарты услуг, регламентируемые официальными документами) ориентированы, в основном, на оказание лечебно-диагностической помощи населению РК. В существенно меньше степени деятельность данных служб ориентирована на сектор третичной профилактики – полноценную реабилитацию и социальную поддержку пациентов и их родственников. В самой незначительной степени службы психического здоровья уделяют внимание первично-профилактическому направлению деятельности и, соответственно, разработке дееспособных стандартов услуг в данном секторе активности.

В отношении дифференцированной оценки стандартов психиатрической, психотерапевтической и

медико-психологической служб по анализируемым секторам, следует отметить, что такая оценка существенно затруднена для сектора первично-профилактических услуг в связи с отсутствием определения сфер компетенции для каждой из поименованных служб.

Что же касается двух других секторов, то по базисным усредненным показателям сектора вторичной и сектора третичной профилактики, выделяется система психиатрической помощи населению (49,33% и 32,48%, соответственно). В значительно меньшей степени представлена активность системы психотерапевтической помощи (41,5% и 13,32%, соответственно). А также, медико-психологической помощи (48,21% и 7,14%, соответственно).

Полученные данные свидетельствуют о том, что психотерапевтическая и медико-психологическая служба, которая по своему основному профилю деятельности должны нести главную нагрузку в секторе первичной профилактики и существенную часть нагрузки в секторе третичной профилактики, до настоящего времени не имеют четкого вектора развития, учитывающего эти две важнейшие области применения. В лучшем случае они ориентированы на лечебную практику, где общий ассортимент услуг всех трех служб психического здоровья не достигает 50% от требуемого.

4.5. Экспериментальные данные по сектору экспертизенных услуг в сфере психического здоровья населения были получены при исследовании ассортимента услуг в 14 областных и городских психиатрических больницах и диспансерах.

Результаты исследований, полученных по данному фрагменту, отражены в итоговой схеме 4.

Итоговая схема соответствия исследуемой (стандарт 2003 г.) и рекомендуемой модели стандарта экспертизы услуг в сфере психического здоровья населения РК (n=14)

Шифр	Профиль, класс и обозначение услуг	Доступность	
		абс. число учреждений n=14	% от общего числа учреждений
1	Профиль трудовой экспертизы	+	+
1.1	<i>Класс услуг по определению трудоспособности</i>	+	+
1.1.1	Экспертное решение вопросов временной нетрудоспособности	14	100%
1.1.2	Экспертное решение вопросов продления временной нетрудоспособности	14	100%
1.1.3	Экспертное решение вопросов стойкой утраты трудоспособности	14	100%
1.1.4	Экспертное решение вопросов о перемене вида профессии	8	57,14%
1.1.5	Экспертное решение вопросов о труде в специально созданных условиях	7	50%
1.1.6	Экспертное решение вопросов о допуске к специальностям с особыми требованиями к персоналу и особыми условиями работы	12	85,71%
1.1.7	Экспертное решение вопросов о допуске к приобретению и владению огнестрельным оружием	8	57,14%
1.1.8	Экспертное решение вопросов о допуске к вождению автотранспорта	14	100%
1.1.9	Экспертное решение вопросов о предоставлении временной нетрудоспособности на период профессионального переобучения	4	28,57%
2	Профиль военно-врачебной психиатрической экспертизы	+	+
2.1	<i>Класс услуг по мониторингу психического здоровья лиц приписного возраста</i>	+	+
2.1.1	Обмен информацией между ВВК и соответствующими психиатрическими подразделениями (подростковыми кабинетами диспансерных отделений, подростковыми стационарными отделениями)	8	57,14%
2.1.2	Проведение приписных комиссационных осмотров с диагностикой уровня психического здоровья лиц приписного возраста	12	85,71%
2.1.3	Распределение приписного контингента по специальному группам (в зависимости от диагностированного уровня психического здоровья подростка) в соответствии с действующими положениями ВВК	6	42,85%
2.1.4	Выработка дифференцированных рекомендаций по оздоровлению соответствующих контингентов (группа риска, группа «угрожаемых на возможность возникновения психических расстройств»)	3	21,4%
2.2	<i>Класс услуг по проведению военно-врачебной психиатрической экспертизы</i>	+	+
2.2.1	Военно-врачебная психиатрическая экспертиза в ходе амбулаторного освидетельствования на ВВК	14	100%
2.2.2	Направление призывников на амбулаторное обследование в условиях психиатрического диспансера	8	57,14%
2.2.3	Направление призывников на стационарное обследование в условиях психиатрического стационара	14	100%
2.2.4	Психиатрическое обследование призывника в амбулаторных условиях с подготовкой предварительного заключения (акта) о годности к военной службе	8	57,14%
2.2.5	Психиатрическое обследование призывника в стационарных условиях с подготовкой предварительного заключения (акта) о годности к военной службе	14	100%
2.2.6	Военно-врачебная психиатрическая экспертиза, проводимая с учетом предварительного амбулаторного обследования	8	57,14%
2.2.7	Военно-врачебная психиатрическая экспертиза, проводимая с учетом предварительного стационарного обследования	3	21,42%
3	Профиль судебно-психиатрической экспертизы	+	+

Шифр	Профиль, класс и обозначение услуг	Доступность	
		абс. число учреждений	% от общего числа учреждений
		n=14	
3.1	<i>Класс консультативных услуг</i>	+	+
3.1.1	Консультирование специалистом – психиатром следственных и судебных органов по вопросам о необходимости назначения судебно-психиатрической экспертизы	6	42,85%
3.1.2	Консультирование специалистом – психиатром следственных и судебных органов по вопросам подготовки материалов для проведения судебно-психиатрической экспертизы	5	35,7%
3.1.3	Консультирование специалистом – психиатром следственных и судебных органов в отношении вопросов, которые следует ставить на разрешение судебно-психиатрическим экспертным комиссиям	5	35,7%
3.2	<i>Класс экспертных услуг</i>	+	+
3.2.1	Комиссионная амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза	8	57,14%
3.2.2	Комплексная амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза	8	57,14%
3.2.3	Комиссионная стационарная судебно-психиатрическая экспертиза	8	57,14%
3.2.4	Комплексная стационарная судебно-психиатрическая экспертиза	8	57,14%
3.2.5	Дополнительная судебно-психиатрическая экспертиза (комиссионная и комплексная)	6	42,85%
3.2.6	Повторная судебно-психиатрическая экспертиза (комиссионная и комплексная)	3	21,42%
3.2.7	Судебно-психиатрическая экспертиза в судебном заседании (комиссионная и комплексная)	5	35,7%
3.2.8	Судебно-психиатрическая экспертиза у следователя (комиссионная и комплексная)	1	7,1%
3.2.9	Заочная судебно-психиатрическая экспертиза (комиссионная и комплексная)	2	14,28%
3.2.10	Посмертная судебно-психиатрическая экспертиза (комиссионная и комплексная)	3	21,42%
3.2.11	Судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном процессе (комиссионная и комплексная)	4	28,57%
3.2.12	Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе (комиссионная и комплексная)	12	85,71%

Как видно из схемы 4 все три профиля экспертных услуг, реализуемых службами психического здоровья:

- профиль трудовой экспертизы;
- профиль военно-врачебной психиатрической экспертизы;
- профиль судебно-психиатрической экспертизы - представлены полностью (схема 4).

Единственный класс услуг по определению трудоспособности профиля трудовой экспертизы также представлен полностью (схема 4).

Из двух классов услуг профиля военно-врачебной психиатрической экспертизы, оба представлены полностью (схема 4).

Из двух классов услуг профиля судебно-психиатрической экспертизы, оба представлены полностью (схема 4).

Таким образом, три профиля и пять классов экспертных услуг, реализуемых в сфере психического здоровья населения РК, полностью представлены.

В рекомендуемом стандарте экспертных услуг присутствует, в общей сложности, 35 спецификаций. Из данного перечня службами психического здоровья реализуются все 35 спецификаций, т.е. 100%. Средний объем реализации по каждой спецификации, вычисляемый в процентном соотношении, по данному сектору для служб психического здоровья, в целом, составляет 56,52%.

По профилю трудовой экспертизы данный показатель составил 75,39%.

По профилю военно-врачебной психиатрической экспертизы – 63,63%.

По профилю судебно-психиатрической экспертизы средний объем реализации каждой спецификации составляет 40%.

Таким образом, в психиатрической службе РК в наиболее полном объеме рекомендуемого ассортимента реализуются услуги профиля трудовой экспертизы. Далее, по профилю военно-врачебной психиатрической экспертизы. И менее всего – по профилю судебно-психиатрической экспертизы.

4.6. Оценка сектора услуг, реализуемых службами психического здоровья, на уровне пациентов.

Экспертная оценка соответствия ассортимента услуг, реализуемых в сфере психического здоровья населения РК, рекомендуемому стандарту в нашем исследовании дополнялась комплексной оценкой сферы специализированных услуг, выполняемой на уровне пациентов, их родственников, всего населения РК и профессионалов, занятых в данной среде (психиатров, психотерапевтов, психологов, социальных работников).

В итоговой схеме 5 приведены сводные данные по Республике Казахстан в целом, отражающие общую оценку сектора специализированных услуг на уровне пациентов.

Как видно из схемы 5 более половины опрошенных пациентов (в общей сложности 64,5%) позитивно оценили информационно-правовой сектор услуг, предоставляемых по месту проживания.

Также, преимущественно позитивно, (72,1%) пациенты оценивают класс диагностических услуг.

По классам лечебных услуг, представляемых пациентам, лидирует лекарственная терапия (72,8%). Другие профили представлены крайне скучно: психотерапия – 16,3%, а социально-психологические тренинги – 3,5%.

Из видов социальной помощи пациентам в наибольшем объеме представлены оформление временной и долговременной (инвалидность) нетрудоспособности 18,4% и 33,5%, соответственно, а также льготный отпуск лекарственных препаратов – 21%. Другие виды социальной помощи представлены в существенно меньшем объеме.

Соответственно, степень удовлетворенности услугами третично-профилактического сектора у пациентов менее выражена (45,8% позитивных оценок), чем услугами диагностического сектора (65,9% позитивных оценок), а также, услугами лечебного сектора (71,7% позитивных оценок).

Примечательно, что подобная оценка сектора услуг, реализуемых службами психического здоровья, по своему основному вектору почти полностью совпадает с экспертной оценкой представленности ассортимента услуг и соответствия рекомендуемому стандарту.

Следующий блок оценок потребностей (на уровне пациентов) в специализированных услугах дает представление о наиболее перспективных направлениях развития рассматриваемых секторов услуг.

Так, в области информационных услуг наиболее актуальным представляется развитие сектора общих информационных услуг - представление

пациентам значительно более широких возможностей доступа к печатным изданиям, средствам связи, ИНТЕРНЕТ и т.д. (39,5% потребности). А также – расширение специального информационного сектора услуг, касающегося заболевания.

Данные, полученные нами по оценке необходимости развития сектора лечебно-диагностических услуг (преимущественная потребность в расширении лекарственной терапии - 33,6%; и ассортимента диагностических процедур - 20,4%), интерпретируются нами как слабая степень знакомства с альтернативными лечебно-развивающими практиками (необходимость расширения сектора, психотерапии отмечают 13,9% пациентов; сектора социально-психологических тренингов - 10,2% пациентов).

До 83,2% опрошенных пациентов отмечают необходимость в расширении объемов и видов социальной помощи. Данный результат свидетельствует о явном, открытом дефиците услуг в данном секторе (в отличие от скрытого дефицита, наблюдающегося в секторе первичной профилактики).

Сравнительно чаще опрошенные пациенты определяли качество собственной жизни средней оценкой в 5 баллов из 10 возможных (16,5%). В основном, по мнению пациентов, снижают качество жизни проблемы материального положения; проблемы семейных отношений; проблемы связанные с трудоустройством – то есть, социальные проблемы (соответственно, 30,7%, 24,2%, 19,1%). И только на четвертом месте стоят проблемы, связанные со здоровьем (14,5%).

Полученные по данному фрагменту результаты интерпретируются нами как еще одно свидетельство недостаточной представленности услуг сектора третичной профилактики, включая семейную психотерапию, коррекцию интерперсональных отношений, полноценную реабилитацию.

Большинство пациентов не отмечают улучшение качества собственной жизни в последние 3 года (только 14,2% опрошенных, в общей сложности, отметили позитивную динамику; остальные 85,7 отмечают или отсутствие (39,6%), или отрицательную динамику). Следовательно, основной вектор деятельности служб психического здоровья на современном уровне своего развития не предусматривает главной цели - повышения качества жизни пациентов (клиентов). Об этом, косвенно, свидетельствует и ассортимент реализуемых услуг, ориентированный, преимущественно, на биологические цели (купирование острых состояний), и, в гораздо меньшей степени, на психологические и социальные цели, измеряемые качеством жизни пациентов.

4.7 Оценка сектора услуг, реализуемого службами психического здоровья на уровне всего населения.

В итоговой схеме 6 приведение сводные данные, отражающие оценку сектора специализированных услуг, реализуемых службами психического здоровья населением, в целом, по Республике Казахстан по результатам исследования 2003 г.

Итоговая схема оценки сектора специализированных услуг в сфере психического здоровья населения РК на уровне пациента (данные 2003 г.) (n=1643)

1	Блок оценки доступности специализированных услуг	% распределения
1.1	<i>Часто ли Вы получаете информацию по вопросам Ваших прав в связи с заболеванием, диагностикой, лечением, последствий заболевания в течение последнего года?</i>	
1.1.1	Да	41,6
1.1.2	Скорее да	22,9
1.1.3	Скорее нет	13,4
1.1.4	Нет	14,2
1.1.5	Затрудняюсь с ответом	10,2
1.2	<i>По Вашему мнению, достаточно ли внимания уделялось диагностике Вашего заболевания (лабораторной, психологической, нейрофизиологической и т.д.)?</i>	
1.2.1	Да	48,2
1.2.2	Скорее да	23,9
1.2.3	Скорее нет	9,8
1.2.4	Нет	8,4
1.2.5	Затрудняюсь с ответом	9,05
1.3	<i>Укажите те методы лечения из перечисленных, которые Вы получали в течение последнего года</i>	
1.3.1	Лекарственная терапия	72,8
1.3.2	Психотерапия (индивидуальная работа с психотерапевтом и занятия в группе)	16,3
1.3.3	Социально-психологические тренинги (занятия)	3,5
1.3.4	Помощь других специалистов (врачей, социальных работников)	19,3
1.3.5	Иные виды лечения (обозначить на пустых графах)	2,2
1.4	<i>Укажите те виды социальной помощи из перечисленных, которые Вы получали в течение последнего года</i>	
1.4.1	Юридические услуги	6,1
1.4.2	Оформление временной нетрудоспособности (выплаты по больничному листу)	18,4
1.4.3	Оформление долговременной нетрудоспособности (инвалидность)	33,5
1.4.4	Оформление льготных денежных пособий в связи с заболеванием	9,5
1.4.5	Льготный проезд в автотранспорте	5,8
1.4.6	Льготный отпуск лекарственных препаратов	21
1.4.7	Предоставление жилья	0,8
1.4.8	Льготная оплата за жилье	4,6
1.4.9	Предоставление телефонной связи и льготная плата за телефон	1,5
1.4.10	Профессиональное переобучение	3,7
1.4.11	Иное	3,7
2	Блок оценки удовлетворительности специализированными услугами	
2.1	<i>Здесь следует отметить те утверждения, которые соответствуют действительности в отношении объема и качества диагностических услуг, предоставляемых в течение последнего года</i>	
2.1.1	Удовлетворен объемом и качеством диагностических услуг	33,6
2.1.2	Скорее удовлетворен	32,3
2.1.3	Скорее неудовлетворен	9,6
2.1.4	Неудовлетворен	7
2.1.5	Затрудняюсь с ответом	17,3
2.2	<i>Здесь следует отметить те утверждения, которые соответствуют действительности в отношении объема и качества лечебных услуг, предоставляемых в течение последнего года</i>	
2.2.1	Удовлетворен объемом и качеством лечебных услуг	42,4
2.2.2	Скорее удовлетворен	29,3
2.2.3	Скорее неудовлетворен	9,2
2.2.4	Неудовлетворен	4,8
2.2.5	Затрудняюсь с ответом	13,4
2.3	<i>Здесь следует отметить те утверждения, которые соответствуют действительности в отношении объема и качества услуг по социальной поддержке, предоставляемых в течение последнего года</i>	

	Блок оценки доступности специализированных услуг	% распределения
2.3.1	Удовлетворен объемом и качеством услуг по социальной поддержке	18,7
2.3.2	Скорее удовлетворен	27,1
2.3.3	Скорее неудовлетворен	14,08
2.3.4	Неудовлетворен	20,1
2.3.5	Затрудняюсь с ответом	19,1
3	Блок оценки потребностей в услугах, предоставляемых службами психического здоровья	
3.1	<i>С Вашей точки зрения, какие изменения необходимы в секторе информационных услуг?</i>	
3.1.1	Расширение сектора общих информационных услуг (СМИ, Интернет, телефон, печатные издания и т.д.)	39,5
3.1.2	Оставить данный сектор услуг без изменений	11,5
3.1.3	Сократить данный сектор услуг	1,5
3.1.4	Расширение сектора специальных информационных услуг, касающихся заболевания	26,5
3.1.5	Оставить данный сектор услуг без изменений	7
3.1.6	Сократить данный сектор услуг	1,5
3.1.7	Затрудняюсь ответить	16,2
3.2	<i>Какие изменения, с Вашей точки зрения, необходимы в секторе лечебно-диагностических услуг</i>	
3.2.1	Расширение сектора за счет диагностики	20,4
3.2.2	Расширение сектора за счет лекарственной терапии	33,6
3.2.3	Расширение сектора за счет психотерапии	13,9
3.2.4	Расширение сектора за счет социально-психологических тренингов (занятий)	10,2
3.2.5	Оставить как есть	9,7
3.2.6	Сократить	0,8
3.2.7	Затрудняюсь ответить	3,4
3.3	<i>Какие изменения, с Вашей точки зрения, необходимы в секторе услуг по социальной поддержке?</i>	
3.3.1	Расширение объема социальной помощи (объемов льгот, денежных пособий и т.д.)	60
3.3.2	Увеличение видов социальной помощи (обучение, клубы, специальные программы занятости и т.д.)	23,2
3.3.3	Увеличение штата социальных работников	13,6
3.3.4	Оставить без изменений	6,3
3.3.5	Сократить	0,3
3.3.6	Иное	0,8
4	Блок оценки качества жизни	
4.1.	<i>Если бы качество Вашей жизни в течение последнего года оценивалось по 10-балльной шкале, во сколько баллов Вы бы его оценили?</i>	
4.1.1	10 баллов	12,5
4.1.2	9 баллов	4,3
4.1.3	8 баллов	7,2
4.1.4	7 баллов	8,7
4.1.5	6 баллов	7,2
4.1.6	5 баллов	16,5
4.1.7	4 балла	7,5
4.1.8	3 балла	9,2
4.1.9	2 балла	5,5
4.1.10	1 балл	2,4
4.1.11	0 баллов	2,7
4.2	<i>Укажите, в какой из перечисленных сфер возникает наибольшее количество проблем, снижающих качество Вашей жизни?</i>	
4.2.1	Проблемы с семьей, родными, близкими	24,2
4.2.2	Проблемы с работой и трудоустройством	19,1
4.2.3	Проблемы с законом	3,3
4.2.4	Проблемы с деньгами	30,4
4.2.5	Проблемы с жильем	5,7
4.2.6	Проблемы с алкоголем	4,04
4.2.7	Проблемы с наркотиками	0,8
4.2.8	Проблемы с приемом лекарств (скованность, заторможенность и т.д.)	6,4
4.2.9	Проблемы со здоровьем (дискомфорт, связанный с основным психическим заболеванием)	14,5

	Блок оценки доступности специализированных услуг	% распределения
4.2.10	Проблемы со здоровьем (дискомфорт, связанный с наличием других заболеваний)	9,4
4.2.11	Иные проблемные сферы	0,6
4.2.12	Не возникает проблем ни в одной из перечисленных сфер	0,9
4.2.13	Затрудняюсь ответить	1,8
4.3	<i>Какова общая тенденция изменения качества Вашей жизни в продолжение последних 3-х лет?</i>	
4.3.1	Постоянно повышается	7,1
4.3.2	Скорее повышается	7,1
4.3.3	По-разному	39,6
4.3.4	Скорее понижается	18,4
4.3.5	Понижается постоянно	9,7
4.3.6	Затрудняюсь ответить	14,6

Схема 6

Итоговая схема оценки сектора специализированных услуг в сфере психического здоровья на уровне всего населения Республики Казахстан (данные 2003 г.) (n=1726)

	Блок оценки доступности специализированных услуг	% распределения
1.		
1.1.	<i>Считаете ли Вы свою осведомленность по вопросам психического здоровья достаточной?</i>	
1.1.1.	Да	23,7
1.1.2.	Скорее да	38,2
1.1.3.	Скорее нет	24
1.1.4.	Нет	7,2
1.1.5.	Затрудняюсь с ответом	6,7
1.2.	<i>Какие технологии формирования психического здоровья в обществе, с Вашей точки зрения, необходимо развивать?</i>	
	Информационные технологии:	
1.2.1.	Адекватные программы в электронных СМИ	11,8
1.2.2.	Информация в Интернете	11,2
1.2.3.	Публикации в газетах, журналах	62,1
1.2.4.	Образовательные программы в учебных заведениях	37,8
	Диагностические технологии:	
1.2.5.	Анкетирование	23,6
1.2.6.	Осмотр специалистами	39,5
1.2.7.	Компьютерная психологическая диагностика	24,1
1.2.8.	Иная диагностика	0,2
	Развивающие и лечебные технологии:	
1.2.9.	Психологическая помощь и консультирование	31,2
1.2.10.	Психотерапевтическая помощь и консультирование	41,2
1.2.11.	Психиатрическая помощь и консультирование	22,1
1.2.12.	Социальная поддержка и многопрофильное консультирование	36,5
1.2.13.	Иные технологии	20,7
1.2.14.	Не считаю, что нужно что-либо менять	3,8
2.	Блок оценки качества специализированных услуг	
2.1.	<i>Оценка качества профилактических (предупреждающих развитие психической патологии) услуг по месту Вашего проживания по 5-балльной системе</i>	
2.1.1.	5 баллов	9,6
2.1.2.	4 балла	20
2.1.3.	3 балла	36,7
2.1.4.	2 балла	10,5
2.1.5.	1 балл	3,6
2.1.6.	0 баллов	19,3
2.2.	<i>Оценка качества психологической помощи по месту Вашего проживания по 5-балльной системе</i>	
2.2.1.	5 баллов	8,1
2.2.2.	4 балла	17,6

	Блок оценки доступности специализированных услуг	% распределения
2.2.3.	3 балла	35,4
2.2.4.	2 балла	11,6
2.2.5.	1 балл	9,6
2.2.6.	0 баллов	17,4
2.3.	<i>Оценка качества психотерапевтической помощи по месту Вашего проживания по 5-балльной системе</i>	
2.3.1.	5 баллов	6,6
2.3.2.	4 балла	17,2
2.3.3.	3 балла	35,2
2.3.4.	2 балла	15,0
2.3.5.	1 балл	10,5
2.3.6.	0 баллов	15,2
2.4.	<i>Оценка качества психиатрической помощи по месту Вашего проживания по 5-балльной системе</i>	
2.4.1.	5 баллов	10,9
2.4.2.	4 балла	25,5
2.4.3.	3 балла	30,5
2.4.4.	2 балла	17,4
2.4.5.	1 балл	6,02
2.4.6.	0 баллов	9,6

Как видно из схемы 6 большинство граждан РК (61,9%) осведомлены по вопросам психического здоровья, однако у 38,2% из них, твердой уверенности в этом нет.

Интерпретация данного фрагмента исследования заключается в том, что сектор информационных услуг, адекватно освещающих проблематику психического здоровья в РК, действует недостаточно активно и целенаправленно.

Результаты следующего фрагмента свидетельствуют в пользу правомерности данной интерпретации: до 62,1% опрошенных заявляют о необходимости целевых публикациях в газетах и журналах. До 37,8% населения считают, что необходимы специальные программы в учебных заведениях.

В отношении диагностических технологий в данной, наиболее обширной группе респондентов, предпочтение отдается непосредственному осмотру специалистами (вопреки мнению о негативном отношении населения к диагностике в сфере психического здоровья) - 39,5%. Далее идут методы компьютерной диагностики - 24,1% и анкетирование - 23,6%. Таким образом, население, в целом, демонстрирует позитивный настрой на тестирование в сфере психического и психологического здоровья, что следует иметь в виду при реализации широко широкомасштабных программ специального мониторинга в данной сфере.

Наиболее существенные отличия у респондентов данной группы, в сравнении с предыдущей (группа пациентов), выявились в профиле предпочтений лечебно-развивающих технологий. Если группа пациентов отмечала желательность развития психотерапевтических технологий в 13,9%, то анализируемая группа - в 41,2% ($P<0,01$).

То же самое можно сказать и о технологиях психологической помощи и консультирования - тренингов. В анализируемой группе необходимость данного вида помощи отмечали 31,2%, а в группе пациентов - 10,2% ($P<0,01$). Весьма востребованными в группе населения РК являются технологии социальной поддержки и консультирования (36,5%). Таким образом, можно судить о значительной степени дефицита квалифицированных специалистов в сфере социальной работы. Психиатрическая помощь и консультирование в данном перечне занимает лишь четвертое место (21,1%), что, на наш взгляд, отражает реальную ситуацию в профиле социальных потребностей относительно служб психического здоровья. А также, то обстоятельство, что потребности в психиатрической помощи на современном этапе развития служб психического здоровья в РК удовлетворяются в существенно большей степени, чем в психотерапевтической, медико-психологической и социально-психологической.

Результаты, полученные в данной группе по блоку оценки качества специализированных услуг, свидетельствуют о том, что с наиболее высоким качеством реализуются услуги психиатрического профиля (позитивные оценки определяются в 36,4% случаев). Для сектора услуг первичной профилактики процент позитивных оценок составляет 30,3%. Позитивная оценка качества психологической помощи имеет место в 25,7% случаев. Качество услуг психотерапевтического профиля оценивается позитивно в 23,8% случаев.

Таким образом, наиболее востребуемые секторы услуг (психотерапевтический профиль и профиль психологического консультирования) реализуются соответствующими службами психического здоровья с наименьшим уровнем качества.

4.8 Оценка сектора услуг реализуемого службами психического здоровья на уровне родственников пациента.

В итоговой схеме 7 приведены сводные данные, отражающие оценку сектора специализированных услуг, реализуемых службами психического здоровья, родственниками пациентов ($n=470$), в целом по Республике Казахстан по результатам исследования 2003 года.

Как видно из схемы 7 основная часть родственников пациентов (69,9%) позитивно оценивают доступность сектора информационных услуг.

Профиль диагностических услуг положительно оценивают несколько более половины респондентов данной группы (55,1%).

Профиль лечебных услуг 66,3% респондентов оценивают позитивно.

В целом, эти данные согласуются с оценкой группы пациентов и всего населения.

В то же время, профиль услуг по социальной поддержке, представляемых пациентам, позитивно оценивают лишь 44,9%. Негативно, соответственно, 55,1%. Что также согласуется с оценкой данной категории услуг группами пациентов и всего населения.

Если профиль услуг по психотерапевтической поддержке родственников данной группой оценивается, в основном, позитивно (70,2%), то профиль социальной помощи родственникам пациентов оценивается, в основном, негативно- 57,6%.

Интересные результаты в данной группе были получены при исследовании степени потребности родственников пациентов в специализированных услугах. В частности выяснялось, что данная группа респондентов более всего нуждается в услугах профиля психологической и психотерапевтической поддержке (40,4% опрошенных оценили потребность в данных услугах в 5 баллов). На втором месте по интенсивности идет потребность в информационных услугах - 31,4%. Услуги по социальной поддержке занимают третье место в данном перечне (22,5%). Интерпретация результатов, полученных по двум последним фрагментам, заключается в том, что, несмотря на незначительную представленность услуг профиля социальной поддержки родственникам пациентов, основной дискомфорт, связанный с неопределенностью и тревогой в отношении ситуации болезни родных. Поэтому, основные технологии профессиональной помощи, направленные на купирование состояний тревоги и неопределенности - адекватные информационные услуги и психотерапия, являются наиболее востребованными.

Результаты последнего фрагмента косвенно подтверждаются низкими оценками качества жизни и динамикой этого показателя, полученными у респондентов данной группы. В частности. 74,2% респондентов отмечают ухудшение качества жизни в связи с заболеванием родственников. Далее, 62,9%

опрошенных оценили качество жизни в течение последнего года в 5 баллов и ниже (используется 10-балльная шкала), в то время как сами пациенты оценили качество собственной жизни в данном диапазоне в объеме 43,8% ($p<0,01$).

Следовательно, родственники пациентов по социально-психологическим и стрессовым механизмам вовлекаются в процесс болезненных трансформаций (со - зависимость от болезненных факторов). Они в неменьшей степени нуждаются в психотерапевтической, консультативно-психологической поддержке, чем сами пациенты. По результатам наших исследований можно сделать вывод о том, что потребность в данном виде помощи у рассматриваемой группы респондентов удовлетворяется не полностью.

4.9. Оценка сектора услуг, реализуемого службами психического здоровья на уровне профессионалов.

В итоговой схеме 8 приведены сводные данные, отражающие оценку сектора специализированных услуг, реализуемых службами психического здоровья, профессионалами, занятыми в данной сфере ($n=255$).

Как видно из схемы 8, основная часть профессионалов (81,4%) считает необходимым существенное расширение ассортимента и повышение качества услуг, оказываемых службами психического здоровья.

Более половины опрошенных в данной группе (66,7%) считают, что повышение качества и расширение ассортимента услуг связано с увеличением количества штатных единиц по одноименной специальности (32,2%), близкой специальности (13,3%), другой специальности (21%). Полученные данные свидетельствуют о достаточно явной потребности к утверждению бригадного подхода в деятельности служб психического здоровья.

Существенная часть профессионалов условием, необходимым для повышения качества услуг, считают необходимость постоянного доступа к новой профессиональной информации, распространяемой, в том числе, и через ИНТЕРНЕТ (47,49%). Более половины опрошенных (50,3%) отмечают необходимость постоянного обучения у лучших специалистов Республики (28,04%), СНГ и дальнего зарубежья (21,9%).

Острый дефицит в профессиональных знаниях, умениях, навыках по профилю собственной профессии испытывает 70,6% профессионалов. По профилю смежной профессии - 51%. Отсюда следует вывод, что образовательный и квалификационный стандарты, действующие в сфере психического здоровья, не выполняют свою ресурсную функцию по отношению к стандарту услуг.

4.10. Итоговая экспертная оценка структуры и содержания базисных параметров стандарта услуг реализуемых службами психического здоровья РК.

Настоящая оценка складывается из соответствующих критериев по:

Итоговая схема оценки сектора специализированных услуг в сфере психического здоровья на уровне родственников пациентов по Республике Казахстан (данные 2003 г.) (n=470)

1	Блок оценки доступности специализированных услуг	% распределения
1.1	<i>Пожалуйста, оцените доступность информационных услуг, предоставляемых пациенту (Вашему родственнику) и Вам в продолжение последнего года в баллах (максимальная оценка – 5 баллов)</i>	
1.1.1	5 баллов	33,7
1.1.2	4 балла	36,5
1.1.3	3 балла	21,9
1.1.4	2 балла	5,6
1.1.5	1 балл	0,56
1.1.6	0 баллов	1,7
1.2	<i>Пожалуйста, оцените профиль диагностических услуг, предоставляемых пациенту (Вашему родственнику) в продолжение последнего года в баллах (максимальная оценка – 5 баллов)</i>	
1.2.1	5 баллов	22,5
1.2.2	4 балла	32,6
1.2.3	3 балла	41,5
1.2.4	2 балла	11,2
1.2.5	1 балл	1,1
1.2.6	0 баллов	1,7
1.3	<i>Пожалуйста, оцените профиль лечебных услуг, предоставляемых пациенту (Вашему родственнику) в продолжение последнего года в баллах (максимальная оценка – 5 баллов)</i>	
1.3.1	5 баллов	30,3
1.3.2	4 балла	36
1.3.3	3 балла	25,8
1.3.4	2 балла	7,3
1.3.5	1 балл	0,56
1.3.6	0 баллов	
1.4	<i>Пожалуйста, оцените профиль услуг по социальной поддержке, предоставляемых пациенту (Вашему родственнику) в продолжение последнего года в баллах (максимальная оценка – 5 баллов)</i>	
1.4.1	5 баллов	17,4
1.4.2	4 балла	27,5
1.4.3	3 балла	36
1.4.4	2 балла	13
1.4.5	1 балл	4,5
1.4.6	0 баллов	1,7
1.5	<i>Пожалуйста, оцените доступность услуг по профилю психотерапевтической и психологической помощи родственникам пациентов, предоставляемых в течение последнего года, по 5-балльной системе</i>	
1.5.1	5 баллов	27
1.5.2	4 балла	43,2
1.5.3	3 балла	20,2
1.5.4	2 балла	7,3
1.5.5	1 балл	
1.5.6	0 баллов	2,2
1.6	<i>Пожалуйста, оцените доступность услуг по профилю социальной помощи родственникам пациентов, предоставляемых в течение последнего года, по 5-балльной системе</i>	
1.6.1	5 баллов	13
1.6.2	4 балла	29,2
1.6.3	3 балла	38,7
1.6.4	2 балла	9,5
1.6.5	1 балл	6,1
1.6.6	0 баллов	3,3
2	Блок оценки потребности в специализированных услугах	
2.1	<i>Пожалуйста, оцените в баллах необходимость развития каждого из перечисленных секторов специализированных услуг, предоставляемых родственниками пациентов (максимальная оценка 5 баллов)</i>	

	Блок оценки доступности специализированных услуг	% распределения
2.1.1	Информационные услуги (включая юридическое консультирование)	
2.1.1.1	5 баллов	31,4
2.1.1.2	4 балла	26,4
2.1.1.3	3 балла	24,7
2.1.1.4	2 балла	9,5
2.1.1.5	1 балл	4,5
2.1.1.6	0 баллов	3,3
2.1.2	Психологическая и психотерапевтическая поддержка	
2.1.2.1	5 баллов	40,4
2.1.2.2	4 балла	26,4
2.1.2.3	3 балла	10,6
2.1.2.4	2 балла	5
2.1.2.5	1 балл	2,2
2.1.2.6	0 баллов	1,1
2.1.3	Социальная поддержка	
2.1.3.1	5 баллов	22,5
2.1.3.2	4 балла	24,1
2.1.3.3	3 балла	15,7
2.1.3.4	2 балла	11,8
2.1.3.5	1 балл	3,3
2.1.3.6	0 баллов	6,7
3	Блок оценки качества жизни	
3.1	<i>Изменилось ли качество Вашей жизни в связи с заболеванием Вашего родственника?</i>	
3.1.1	Не изменилось	18,5
3.1.2	Скорее ухудшилось	29,2
3.1.3	Ухудшилось	45
3.1.4	Иное	2,2
3.1.5	Затрудняюсь ответить	4,5
3.2	<i>Во сколько баллов Вы бы оценили качество жизни у себя в течение последнего года (максимум 10 баллов)</i>	
3.2.1	10 баллов	2,8
3.2.2	9 баллов	2,2
3.2.3	8 баллов	7,8
3.2.4	7 баллов	9,5
3.2.5	6 баллов	8,4
3.2.6	5 баллов	27
3.2.7	4 балла	16,3
3.2.8	3 балла	15,7
3.2.9	2 балла	3,9
3.2.10	1 балл	1,7
3.2.11	0 баллов	

Схема 8

Итоговая схема оценки сектора услуг в сфере психического здоровья на уровне профессионалов по Республике Казахстан (данные 2003 г.) (n=255)

1.	Блок оценки ассортимента и доступности специализированных услуг	% распределения
1.1.	<i>Пожалуйста, отметьте утверждения, с которыми Вы согласны</i>	
	Профиль услуг по направлению вашей основной деятельности нуждается:	
1.1.1.	в существенном расширении ассортимента	21,5
1.1.2.	в существенном повышении качества	13,8
1.1.3.	в существенном улучшении ассортимента и качества	46,1
1.1.4.	в некотором секторальном улучшении ассортимента и качества	4,6
1.1.5.	в реорганизации не нуждается	13,8
2.	Блок оценки необходимости бригадного подхода	
2.1.	<i>Пожалуйста, отметьте утверждения, с которыми Вы согласны</i>	

	Блок оценки ассортимента и доступности специализированных услуг	% распределения
	Улучшение качества и расширение ассортимента услуг по основному направлению Вашей деятельности связано:	
2.1.1.	С увеличением числа штатных единиц по Вашей специальности	32,2
2.1.2.	С увеличением числа штатных единиц по смежным и близким специальностям	13,3
2.1.3.	С увеличением числа штатных единиц по другим специальностям	21,0
2.1.4.	С увеличением оплаты труда	22,2
2.1.5.	С усилением контроля качества	4,4
3.	Блок оценки потребностей в обучении	
3.1.	<i>Пожалуйста, отметьте утверждения, с которыми Вы согласны</i>	
	Улучшение показателей моей профессиональной деятельности связано:	
3.1.1.	С возможностью постоянного доступа к новой профессиональной информации, распространяемой в профессиональных изданиях, ИНТЕРНЕТЕ	47,49
3.1.2.	С возможностью постоянного обучения у лучших специалистов Республики	28,04
3.1.3.	С возможностью постоянного обучения у лучших специалистов СНГ и дальнего зарубежья	21,9
3.1.4.	Иное	2,4
3.2.	<i>В настоящее время я испытываю</i>	
3.2.1.	Острый дефицит в профессиональных знаниях, умениях, навыках	12,06
3.2.2.	Острый дефицит в занятиях, умениях, навыках по смежным профессиям	51
3.2.3.	Необходимость в повышении квалификации по профилю собственной профессии	70,6
3.2.4.	Необходимость повышения квалификации по смежным или другим профессиональным профилям, имеющим отношение к проблемам психического здоровья населения	12,06

- сектору первично-профилактических услуг (недостаточный уровень соответствия современным требованиям);
- сектору вторично-профилактических услуг (средний уровень соответствия современным требованиям);
- сектору третично-профилактических услуг (недостаточный уровень соответствия современным требованиям);
- сектору экспертных услуг (средний уровень соответствия современным требованиям);
- оценке сектора специализированных услуг на уровне пациентов; (по основному вектору совпадает с экспертными оценками);
- оценке сектора услуг на уровне населения (совпадение по основным позициям);
- оценке сектора услуг на уровне родственников пациентов (совпадение по большинству позиций с экспертной оценкой);
- оценке сектора специализированных услуг на уровне профессионалов (совпадение по большинству позиций с экспертной оценкой).

Кроме того, учитывался тот факт, что стандарт услуг по анализируемым базисным параметрам соответствующим образом не оформлен в действующей нормативной базе и не подкреплен системой других действующих стандартов.

Таким образом, общая оценка структуры и содержания базисных параметров стандарта специализированных услуг показывает недостаточный уровень соответствия современным требованиям.

5. Анализ параметра планируемых результатов реализации стандарта услуг

При анализе названного параметра учитывается степень соответствия результатов, получаемых в ходе реализации действующего стандарта услуг, модели рекомендуемого стандартов.

Следует отметить, что из 7 групп результатов, планируемых при внедрении эталонно-нормативного стандарта услуг:

- постоянное совершенствование стандарта мониторинга;
- опосредованное конструктивное влияние на ресурсное обеспечение всего спектра активности служб психического здоровья;
- совершенствование квалификационного стандарта за счет постоянной стимуляции к овладению новыми знаниями - умениями - навыками в сфере обеспечения психического здоровья населения;
- опосредованное конструктивное влияние на образовательные и организационные стандарты;
- существенное расширение ассортимента услуг, реализуемых в системе психиатрической, психотерапевтической и медико-психологической помощи населению;
- существенное повышение качества услуг, реализуемых в данном секторе;
- опосредованное повышение уровня психического здоровья населения, повышение качества жизни психически больных – достигнуто в неполном объеме лишь последний результат (данний вывод обосновывается результатами экспериментальных

исследований, приведенных в предыдущем разделе). Другие результаты не могут быть достигнуты в принципе, в силу несформированности разрозненных требований, в той или иной степени представленных в нормативных документах.

6. Анализ параметра инструментов и критериев оценки результатов использования стандарта услуг

При анализе названного параметра учитывается степень соответствия инструментов и критериев оценки результатов разработки и внедрения стандартов услуг современным требованиям.

Так, основными инструментами и критериями оценки рекомендуемого стандарта услуг являются:

- определение параметра мониторинга, определяющие степень конструктивных изменений состояния психического здоровья населения и его отдельных групп;
- регулярное анкетирование, предусмотренное специальной программой мониторинга;
- характеристики квалификационного стандарта специалистов;
- характеристики образовательного стандарта.

Как показывают наши исследования, лишь первая группа инструментов и оценочных критериев, в далеко не полной степени, используется в качестве инструментов оценки эффективности используемого ассортимента услуг, реализуемых службами психического здоровья РК.

7. Общая экспертная оценка стандарта услуг в сфере психического здоровья населения РК

Общая оценка действующего стандарта услуг учитывает экспертные заключения, выносимые по

каждому исследуемому параметру рассматриваемого стандарта.

С учетом того обстоятельства, что по всем анализируемым параметрам был определен недостаточный уровень соответствия современным требованиям, общая экспертная оценка действующего стандарта услуг так же устанавливает недостаточный уровень соответствия анализируемого стандарта современным, эталонным требованиям.

Таким образом, нашими исследованиями показано, что при общем дефиците ассортимента, объема и качества услуг, реализуемых службами психического здоровья, наибольшая степень данного дефицита представлена в сфере первичной и третичной профилактики, то есть в тех сферах, которые определяют устойчивость населения к агрессивным влияниям внешней среды, с одной стороны, и относительно высокое качество жизни пациентов с тяжелыми психическими и поведенческими расстройствами – с другой. А также, в системах психотерапевтической и медико-психологической помощи населению, то есть тех видов помощи, которые являются ключевыми в обеспечении секторов первично-профилактических и, в значительной степени, третично-профилактических услуг.

С учетом полученных данных, соответствующие стратегии и программы развития сектора психического здоровья в РК в качестве приоритетных должны иметь в виду задачи по форсированному развитию психотерапевтической и медико-психологической службы в Республике.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ НЕЙРОЛЕПТИКОВ В ПСИХОФАРМАКОЛОГИИ (аналитический обзор литературы)

Р.М.Кошегулова

г. Павлодар

1 Основные итоги и новые рубежи нейролептической терапии (исторический аспект)

Синтез и последующее изучение в начале 50-х годов хлорпромазина ознаменовали открытие психофармакологической эры в истории лечения психических заболеваний. В отечественной психиатрии психофармакология всегда являлась составной частью клинической психиатрии [1], наследуя традиционную методологию.

Нейролептики, или антипсихотические средства, составляют одну из главных групп современных психотропных средств и занимают центральное место в клинической психофармакологии. К нейролептическим средствам относятся препараты

различных химических групп, обладающие рядом общих психофармакологических свойств. Эти свойства были наиболее полно сформулированы J.Delay и P.Deniker [2]: 1) психолептическое действие без снотворного эффекта; 2) купирующее действие в отношении различных видов возбуждения, включая и маниакальное; 3) редуцирующее влияние на некоторые острые, хронические и экспериментальные психозы; 4) способность вызывать характерные неврологические и вегетативные нарушения; 5) преобладающее воздействие на подкорковые структуры ЦНС. Позднее A.Carlsson и соавт. [3] показали, что особенности клинического действия нейролептиков обусловлены их общими нейрохимическими

свойствами, заключающимися в способности избирательно блокировать дофаминовые D_2 -рецепторы различных отделов мозга (стриатум, прилежащее ядро, кора мозга) с подавлением центральной дофаминергической передачи и развивающимся компенсаторно увеличением скорости биосинтеза и метаболизма дофамина в соответствующих структурах мозга.

Хотя всеми исследователями признавался безусловный приоритет воздействия на активную психотическую (продуктивную) симптоматику, появились сообщения о положительном влиянии нейролептиков на психопатологически сложные хронические состояния, которые ранее расценивались как дефектные и считались необратимыми. Так, например, значительно реже стали встречаться синдром вторичной кататонии, реакции негативизма вплоть до мутизма, тяжелые кататоно-гебефренные состояния, из арсенала психиатрических отделений практически исчезла такая, прежде частая процедура, как зондовое кормление больных, реже стали наблюдаться конечные стадии заболевания или исходные состояния с глубоким слабоумием, в том числе апатическим [4, 5]. Такое изменение структуры дефектных состояний обычно рассматривается в рамках проявлений лекарственного патоморфоза [6, 7]. Многие исследователи считали, что активная дифференцированная психофармакотерапия замедляет прогредиентность процесса и формирование дефекта, а также способствует личностной компенсации дефицитарных расстройств [8, 9].

С другой стороны, в процессе более тщательного изучения этих препаратов в литературе стали все больше звучать разочарование и появляться пессимистические данные об отсутствии у нейролептических средств способности воздействовать на дефицитарные расстройства или благоприятно менять структуру шизофренического дефекта. Особенно это касалось нейролептиков с выраженным первичным седативным компонентом действия (типа хлорпромазина) [10-12]. При этом на первый план выходила вялость, моторная и идеаторная (обеднение речевой продукции) заторможенность, социальная отгороженность, апатия, анергия, а нередко и более отчетливая депрессивная симптоматика. Такая неблагоприятная динамика состояния обычно рассматривалась в рамках явлений «отрицательного лекарственного патоморфоза» [13]. Наряду с высокой эффективностью в отношении продуктивной психотической симптоматики, классические нейролептики имеют ряд существенных недостатков, и, прежде всего, это серьезные побочные эффекты: экстрапирамидные нарушения, поведенческая токсичность, вегетативная нестабильность, эндокринные сдвиги и даже гемато- и гепатотоксическое действие [14]. Все это требует проведения более дифференцированной, лишенной шаблона нейролептической терапии с варьированием доз и

подбором препаратов в зависимости от структуры дефекта и этапа развития заболевания [15, 16].

Было сделано допущение, что препараты, относящиеся к одному фармакологическому классу, имеют больше сходства, чем различий. Так, например, в основу выделения класса атипичных антипсихотиков был положен показатель их сравнительной аффинности к D_2 и $5HT_2$ рецепторам. Приблизительно равное соотношение силы сродства к этим рецепторным системам по современным представлениям является достаточным основанием для выделения атипичных антипсихотиков в отдельную фармакологическую группу [17]. Эта особенность биологического действия препаратов обуславливает их общие клинические свойства, сходные у всего класса атипичных антипсихотиков, что было доказано многочисленными как экспериментальными, так и клиническими исследованиями [18, 19].

Появление нового поколения нейролептической терапии, так называемых, атипичных антипсихотиков, позволило в значительной мере избежать указанных (выше) недостатков, что повлекло их широкое применение у больных с первым психотическим эпизодом [20, 21].

Препараты данной группы помимо дофаминоблокирующей активности, способны связываться с серотониновыми $5HT2$ -рецепторами, блокада которых, как полагают, позволяет избежать выраженных экстрапирамидных побочных эффектов и ответственна за благоприятное воздействие на негативную симптоматику и когнитивные нарушения при шизофрении [22, 23].

Взаимоотношениям между блокадой дофаминовых и серотониновых рецепторов отводится важная роль в механизме действия атипичных нейролептиков [24-26]. Установлено, что блокада $5HT_2$ -серотониновых рецепторов приводит к компенсаторному повышению концентрации дофамина в нигростриальной системе и тем самым уменьшает выраженность экстрапирамидных побочных эффектов, обусловленных дофаминоблокирующей активностью этих нейролептиков [27].

В настоящее время на отечественном рынке уже имеются несколько таких препаратов - клозапин (лепонекс, азалептин), рисперидон (рисполепт), оланzapин (зипрекса) и кветиапин (сероквель). Эти препараты обнаружили эффективность не только в отношении редукции продуктивной (позитивной) симптоматики, но и негативных нарушений [28-32].

Способность атипичных антипсихотиков сглаживать негативную симптоматику некоторые исследователи связывают именно с воздействием на второй тип А серотониновых рецепторов [33, 34].

Считается, что также как и холинергическая, серотонинергическая система находится в состоянии баланса с дофаминергической и оказывает на нее модулирующее влияние [35].

В отличие от холинергической системы это взаимодействие большей частью осуществляется в корковых структурах мозга. При этом блокада серотониновых рецепторов приводит к повышению дофаминергической активности преимущественно в лобных корковых или мезокортикальных структурах, морфологические изменения которых в соответствии с концепцией T.Crow ответственны за развитие негативной (дефицитарной) симптоматики [36, 37].

Отчасти такой механизм подтверждается эффективностью присоединения к традиционной нейролептической терапии у больных с преобладанием негативных расстройств антагонистов 5HT2-серотониновых рецепторов-ципрогентадина (перитол) [38], ритансерина [39] и миансерина (леривон) [40].

Недавно впервые был показан прямой эффект препаратов на структурные изменения в мозге. Клозапин вызывал меньшее увеличение объема хвостатого ядра у больных шизофренией, чем традиционные нейролептики [41]. Хвостатое ядро, как известно, входит в базальные ганглии мозга и, вероятно, принимает участие в развитии негативных и когнитивных нарушений при шизофрении [42, 43].

В настоящее время преимущество всех атипичных антипсихотиков по сравнению с традиционными нейролептиками в способности более значительно редуцировать негативную симптоматику достаточно хорошо верифицировано, включая методически корректные сравнительные рандомизированные и слепые исследования с использованием шкал SANS и PANSS, проведенные в различных странах [44-48].

При этом была обнаружена более выраженная редукция негативной симптоматики, как при купировании острых состояний, так и в процессе длительной противорецидивной терапии. Хотя прямые проспективные сравнительные исследования атипичных антипсихотиков проводились достаточно редко [49-51], нет никаких объективных данных о каких-либо различиях между препаратами в действии на негативную симптоматику.

При равной эффективности с классическими нейролептиками в купировании позитивной симптоматики такие новые препараты, как рисперидон, оланzapин и кветиапин оказались более действенными в отношении редукции негативной симптоматики, когнитивных и депрессивных нарушений, а также оказались эффективными в резистентных случаях [52].

В то же время вопрос о различиях между ними в плане наступления глобального терапевтического эффекта и спектра психотропной активности остается открытым. Прямые проспективные исследования атипичных антипсихотиков проводились достаточно редко. В большинстве исследований такого рода принципиальных различий в характере действия изучаемых препаратов установлено не было [53].

Тем не менее, указывается на более выраженное антибредовое и антигаллюцинаторное действие рисперидона по сравнению с оланзапином, большую эффективность кветиапина по сравнению с рисперидоном по влиянию на аффективную симптоматику и на более частое возникновение экстрапирамидных побочных эффектов под влиянием рисперидона, чем оланзапина и кветиапина [54, 55].

Одним из наиболее ярких представителей группы атипичных антипсихотиков является препарат рисперидон (рисполепт). Препарат обладает особым профилем связывания с различными нейромедиаторными системами, что выгодно отличает его от традиционных нейролептиков и от других препаратов данной группы. По данным фармакологических исследований, рисполепт преимущественно связывается с дофаминовыми D2 и серотониновыми 5HT2-рецепторами, а также с норадренергическими рецепторами типа альфа 1 и альфа 2 [56, 57].

По данным [58], у первичных больных, принимающих рисперидон, общий показатель качества жизни статистически значимо выше, чем у больных, принимающих классические нейролептики.

Одной из важнейших задач современного этапа развития психофармакотерапии является поиск путей расширения возможностей применения нейролептиков, как в стационарной, так и в амбулаторной практике. Актуальность решения этой проблемы обусловлена современными требованиями к психофармакотерапии, заключающимися, в частности, в минимизации побочных эффектов и осложнений применяемых психотропных средств, что приводит к повышению уровня социального функционирования и улучшению качества жизни психически больных [59].

2 Спектры психотропной активности классических и новых (атипичных) нейролептиков (клинический и нейрохимический аспекты)

В спектрах клинической активности нейролептиков в соответствии с концепцией Г.Я.Авруцкого выделяют несколько определяющих параметров.

1. *Глобальное антипсихотическое или «инцизивное» действие* (режущее, проникающее, по терминологии французских авторов) - общая способность препарата недифференцированно и равномерно редуцировать различные проявления психоза и препятствовать прогредиентности заболевания, что феноменологически напоминает действие шоковых методов терапии. Изучение связывания с рецепторами посредством позитронной эмиссионной томографии показало, что для получения клинического эффекта при лечении традиционными нейролептиками необходима блокада около 70% D2-рецепторов [60]. Изучение действия антипсихотиков нового поколения показало, что можно получить больший антипсихотический эффект при

меньшей выраженности экстрапирамидных проявлений, влияя не только на допаминергическую, но и на ряд других нейротрансмиттерных систем. В особенности перспективной в этом отношении оказалась серотонинергическая система. В случаях резистентности к допаминергическим препаратам использование средств с допамин-серотониновым механизмом действия дает положительный результат [61-63].

В отличие от своих предшественников, эти средства, как известно, в большей степени блокируют 5HT2-серотониновые, чем D2-дофаминовые рецепторы, и практически не вызывают экстрапирамидных побочных явлений, т.е. не взаимодействуют с рецепторами нигростриальной области [22]. Если галоперидол является мощным блокатором всех видов допаминергических рецепторов и не оказывает прямого воздействия на серотонинергическую систему, то рисперидон, блокируя почти также интенсивно, как галоперидол, D2-рецепторы, имеет столь же выраженное блокирующее действие на серотонинергические структуры, в том числе 5HT2-рецепторы [64, 65].

С глобальным антипсихотическим действием нейролептиков связывают их способность замедлять темп прогредиентности течения заболевания у больных шизофренией.

2. *Первичное седативное (затормаживающее) действие*, необходимое для быстрого купирования галлюцинаторно-бредового или маниакального возбуждения, при правильном подборе дозы обнаруживается уже в первые часы терапии. Седативным действием обладают препараты, взаимодействующие с рецепторами D2, альфа 1 и H1 [66]. Этим действием связывают положительное влияние нейролептиков при неврозо- и психопатоподобных синдромах.

3. *Избирательное или селективное антипсихотическое действие* связано с преимущественным воздействием на отдельные симптомы-мишени состояния, например на бред, галлюцинации, расторможенность влечений, нарушения мышления или поведения.

Известно, что вещества с галлюциногенными свойствами, например LSD, являются мощными агонистами 5-HT₂ (серотонинергических) - рецепторов, что послужило основанием для гипотезы об участии этих структур в нейрохимическом патогенезе галлюцинаций [67, 68]. Представляется вполне естественным, что прямая блокада таких рецепторов будет способствовать более быстрому купированию этого симптома.

4. *Активирующее (растормаживающее, дезингибирующее и антиаутистическое) антипсихотическое действие* развивается постепенно и связано с редукцией кататонических проявлений и компенсацией аутистических нарушений с налаживанием интерперсональных связей. Некоторые

авторы в этой связи выделяют даже антидефицитарное или антинегативное действие, т.е. способность корректировать проявления негативной процессуальной симптоматики. Результаты многих исследований показывают, что представитель нового поколения атипичных антипсихотиков - рисперидон оказывает более выраженное, чем галоперидол, действие на негативные расстройства при шизофрении [64].

Первичные негативные расстройства, эмоциональные и когнитивные нарушения, являющиеся самостоятельным проявлением шизофренического процесса, доступны для рисперидона в силу наличия у него таких нейротрансмиттерных эффектов (влияние на префронтальные допаминергические структуры через воздействие на серотонинергическую систему), которых нет у галоперидола [69].

5. *Воздействие антипсихотиков на нейрокогнитивную сферу*. Данные по влиянию антипсихотической терапии на исполнительские функции и общий уровень интеллекта противоречивы. Классические нейролептики не оказывают влияния на данные функции, несмотря на улучшение продуктивной симптоматики [70, 71]. Различные нарушения когнитивных функций у больных шизофренией описаны в многочисленных исследованиях [72-76].

Новое поколение антипсихотиков заставило пересмотреть многие незыблевые ранее положения о шизофреническом дефекте [55]. В некоторых работах отмечалось повышение исполнительских функций при лечении рисперидоном [77, 78]. Положительное влияние рисперидона на когнитивную функцию вносит определенный вклад в улучшение этой функции [79].

Данные литературы в отношении влияния антипсихотической терапии на исполнительские функции и неверbalное абстрактное мышление у больных шизофренией противоречивы. K.F.Berman и соавт. [80] не обнаружили изменения выполнения Висконсинского теста по сортировке карточек (Wisconsin Card Sorting Test - WCST - для оценки исполнительских функций) [81] в процессе лечения.

Работы H.Verdoux и соавт. [82] и D.N.Alien и соавт. [83] показали, что лечение галоперидолом и флуфеназином не влияет на выполнение WCST или даже ухудшает его в зависимости от дозы [84]. Редукция дозы классических нейролептиков на 80% также не изменяет выполнение этого теста [85].

Новое поколение антипсихотиков принесло более обнадеживающие результаты. В нескольких работах показано улучшение выполнения WCST при лечении рисперидоном [77, 78].

Отдельной особенностью действия атипичных нейролептиков, сравнительный анализ которой дан в ряде обзорных работ [86, 87], является их позитивное действие на нейрокогнитивные нарушения. В настоящее время нейрокогнитивный дефицит рассматривается как кардинальный признак

шизофрении [88, 89]. Продемонстрирована его связь с негативной симптоматикой [90, 91], показано его влияние на социальное функционирование [92-94] и качество жизни психически больных [95, 96].

Возможность фармакологической коррекции нейрокогнитивного дефицита в последнее время широко обсуждается в литературе, особенно в связи с появлением нового поколения антипсихотиков. Когнитивный дефицит, по данным некоторых исследователей, тесно связан с выраженной негативной симптоматикой и является частью более грубого психоорганического дефекта [97, 98].

Высказанные Т.Crow предположения получили наибольшее развитие и привели к формулировке новой клинико-нейропсихологической парадигмы шизофрении, в которой нейрокогнитивный дефицит определяется как недостаточность познавательных функций, развившаяся вследствие структурно-функциональных нарушений головного мозга. В соответствии с этой парадигмой когнитивный дефицит является важным самостоятельным или даже ведущим расстройством, в значительной степени определяющим социальный и терапевтический прогноз заболевания и влияющий на формирование психопатологической симптоматики [99, 100].

Применение стандартных когнитивных тестов в популяции больных шизофренией показывает, что их показатели в среднем на 1-3 стандартных отклонения ниже возрастной и образовательной нормы, т.е. эти больные находятся среди 15% населения, составляющего нижнюю границу нормы [99]. Прямое определение интеллектуального индекса (IQ) обнаружило только 10%-ное снижение по сравнению с нормативным стандартом [101]. Это свидетельствует, что в отличие от отдельных когнитивных функций, таких как память, внимание, исполнительская деятельность, общий уровень интеллектуальных возможностей у больных шизофренией остается сохранным. В зависимости от характера заболевания могут выявляться различные когнитивные расстройства: нарушения внимания, памяти, скорости переработки информации и исполнительских функций (планирование и осуществление целенаправленных действий) вследствие нарушений гибкости мышления, а также концептуального и контекстуального его компонентов [102, 103].

Проявления нейро-когнитивного дефицита часто обнаруживаются еще в преморбидном периоде (нередко уже в раннем школьном возрасте) или на прудромальных стадиях, когда больной еще не подвергался воздействию нейролептиков [104], а также в различные (ранние или поздние) периоды заболевания с применением традиционных и атипичных нейролептиков или без них [105].

В некоторых исследованиях было обнаружено, что когнитивные нарушения более выражены у мужчин, чем у женщин [106], при раннем начале

заболевания и низком преморбидном уровне социальной адаптации [107], а также у больных с непараноидными формами шизофрении по сравнению с параноидным вариантом [107] с большей выраженностью гебефренной симптоматики (дезорганизация поведения и мышления) [108] и у больных с явлениями нейролептической поздней дискинезии [109].

Наряду с негативной симптоматикой, нейрокогнитивный дефицит является основной причиной социальной и трудовой дезадаптации больных [110].

Аналогично негативной симптоматике когнитивные нарушения плохо поддаются фармакологическому лечению вообще и особенно традиционной нейролептической терапией [111].

При длительном применении нейролептиков когнитивные расстройства, особенно нарушения моторных функций и кратковременной памяти, могут даже усиливаться [99].

Классические нейролептики могут нарушать некоторые стороны когнитивной сферы. В частности, худшее выполнение тестов на моторные функции и внимание при терапии типичным нейролептиком зависит от дозы препарата [112]. Кроме того, частое развитие лекарственного паркинсонизма, при котором наблюдаются явления брадифрении в виде бедности речи и задержки ответов на вопросы, заставляет назначать вместе с нейролептиками и антихолинергические препараты, которые сами по себе могут влиять на когнитивные функции, в частности, ухудшая память [113]. Таким образом, недостаток улучшения когнитивных функций при лечении классическими нейролептиками связывают с тем, что оно нивелируется последующим развитием побочных симптомов, в частности экстрапирамидной симптоматикой.

Большое число открытых и двойных слепых исследований, в том числе сравнительных, подтвердили способность атипичных антипсихотиков уменьшать явления нейрокогнитивного дефицита, и появились даже оптимистические заявления о способности этих препаратов приостанавливать прогрессирование когнитивных расстройств [114-116]. Мета-анализ этих работ показал, что 3 из 4 двойных-слепых сравнительных исследований обнаружили достоверное улучшение, по крайней мере, в одной из когнитивных сфер при применении атипичных антипсихотиков по сравнению с традиционными препаратами.

При этом в целом положительные результаты несколько различались по отдельным когнитивным функциям и препаратам. Например, клозапин улучшал исполнительскую функцию (при кратковременном, но не длительном применении), внимание и речевую динамику (вербальную беглость), а также тонкие моторные реакции, но мог ухудшать зрительную память; рисперидон повышал внимание, исполнительские функции, вербальную рабочую память и моторные процессы; оланzapин и кветиапин

положительно влияли на внимание, обучаемость, память, визуально-моторные способности и, в несколько меньшей степени, на исполнительские функции [35, 117]. Это можно объяснить различиями в механизмах действия отдельных препаратов, например, клозапин и оланзапин в отличие от рисперидона обладают значительным холинергическим действием.

6. *Депрессогенное действие* - способность нейролептиков при длительном применении вызывать специфические нейролептические (заторможенные) депрессии. В зависимости от типа нейролептика их феноменология может несколько отличаться. При использовании седативных нейролептиков развиваются вяло-апатические формы, а при применении мощных антипсихотиков (инцизивных нейролептиков) чаще возникают гипервигильные варианты.

Огромное количество исследований, проведенных в последние 30 с лишним лет, убеждает в одном – серотониновые механизмы играют важную роль в патогенезе аффективных расстройств [118-120], обсессивно-компульсивных [121, 122] и тревожных проявлений [123].

В последние годы в зарубежной литературе [124] появились указания на наличие нормотимического эффекта у препаратов, относящихся к группе атипичных антипсихотиков (рисперидон, оланзапин, кветиапин и др.). Данные зарубежной литературы свидетельствуют о том, что при применении атипичных антипсихотиков (клозапин, рисперидон, оланзапин, кветиапин) отмечается довольно быстрая и стойкая редукция аффективной симптоматики, сопровождающей острые приступы шизофрении [125, 126]. Теоретически нормотимический эффект у данных препаратов может быть обусловлен их биохимическим профилем - возможностью связываться как с дофаминовыми, так и серотониновыми рецепторами [22, 127].

7. *Неврологическое действие* связано с дофаминоблокирующим влиянием на экстрапирамидную нервную систему и проявляется на разных этапах терапии целым спектром неврологических нарушений: от острых (пароксизмальных) до хронических (практически необратимых). В соответствии с современными взглядами в возникновении хронического нейролептического синдрома, кроме наследственной предрасположенности, возраста и пола, весомую роль играет хроническая передозировка нейролептиками [128].

Избыточная нейролепсия при шизофрении, как показали научные исследования, приводит не к «обратимости», а к снижению психоэнергетического потенциала, феноменологически не отличимого от ведущих на стадии дефекта психопатологических расстройств [129-133]. Экстрапирамидные симптомы при лечении традиционными антипсихотическими препаратами особенно часто возникают у пациентов с первым эпизодом шизофрении.

McEvoy [134] сообщил, что пациенты с первым эпизодом шизофрении более чувствительны к нейротокическим эффектам традиционных нейролептиков, чем более старшие больные хронической шизофренией. Действительно, Chakos и соавт. [135] установили, что даже относительно непродолжительная терапия типичными антипсихотическими препаратами приводила к увеличению размера хвостатого ядра у пациентов с первым эпизодом шизофрении.

Разные нейролептики обладают разной экстрапирамидной активностью. Установлено, что способность классических нейролептиков вызывать экстрапирамидные расстройства возрастает с известной закономерностью от алифатических к пищеварительным производным фенотиазина и к бутирофенонам. При этом изменяется характер побочных экстрапирамидных эффектов - от преобладающего акинето-риgidного синдрома к гиперкинетическому и дискинетическому синдрому [136].

Атипичные нейролептики обладают дозозависимым эффектом в плане влияния на развитие экстрапирамидных расстройств. В среднетерапевтических дозах рисполент и зипрекса вызывают появление экстрапирамидных симптомов с той же частотой, что и плацебо. По мере увеличения дозировок (рисполент более 6 мг/сут и зипрекса более 10 мг/сут) частота развития экстрапирамидных побочных эффектов превышает плацебо, но значительно уступает галоперидолу [137-139].

При лечении атипичными нейролептиками (рисперидон, оланзапин) поздние дискинезии развиваются значительно реже. Так, согласно исследованиям P.Lemmens и соавт. [140] при лечении рисполентом в течение года поздние дискинезии были отмечены у 0,23% больных.

Рисперидон значительно превосходит галоперидол по неврологической переносимости, что согласуется с литературными данными [141]. Имеются данные об улучшении симптомов экстрапирамидных двигательных нарушений у пациентов с первым эпизодом шизофрении под влиянием рисперидона [142].

Не вызывая выраженных неврологических побочных эффектов, а также нивелируя дефицитарные расстройства, атипичные антипсихотики обладают значительно более высокой физиологической и психологической толерантностью, что позволяет с успехом применять их в качестве длительной противорецидивной терапии в условиях амбулаторной практики [143, 144].

8. *Соматотропное действие* обнаруживается в нейровегетативных и эндокринных побочных эффектах, в том числе гипотензивных реакциях, и связано, в основном, с выраженностю адренолитических и холинолитических свойств препарата. Следует отметить, что уже начальный опыт использования психотропных препаратов в психиатрической практике указал на вызываемые ими расстройства эндокринной системы [145-147].

Среди наиболее частых эндокринных осложнений при применении традиционных нейролептиков описывались такие, как ожирение или увеличение массы тела, гирсутизм, гинекомастия, галакторея, различные варианты нарушений менструального цикла, а также сексуальные расстройства [148, 149, 145, 146]. И если в начале психофармакологической эры значительное число научных публикаций касалось эпидемиологических и клинических аспектов данной проблемы, то появление в 70-е годы тонких радиохимических и иммуноферментных методов определения гормонов в биологических жидкостях, открытие гипоталамических рилизинг- и ингибирующих факторов и выделение их в чистом виде позволили провести ряд исследований в целях расширения знаний о нейроэндокринных взаимодействиях. Это, в свою очередь, дало возможность не только изучить клинические аспекты эндокринных осложнений, возникающих в процессе психофармакотерапии, но и сопоставить их с развивающимся гормональным дисбалансом [149, 150].

Большинство авторов считают, что нейролептические препараты значительно влияют на функцию передней доли гипофиза, следствием которого, в частности, является гиперпролактинемия [151-154].

При этом препараты с высоким сродством к D2-рецепторам вызывают особенно сильную секрецию пролактина, тогда как антидепрессанты с низким сродством вызывают меньший выброс этого гормона, а если и вызывают, то только в результате длительного приема в больших дозах [155-157].

Однако более детальное нейрохимическое изучение механизмов действия нейролептиков на современном этапе затруднено в связи с тем, что различные типы пре- и постсинаптических дофаминовых рецепторов в различных морфологических областях мозга выполняют разные функции и взаимодействуют между собой [157-161].

В настоящее время наибольшее количество публикаций, касающихся синдрома нейролептической гиперпролактинемии, посвящено клинико-гормональным аспектам проблемы: изучению дозозависимости, полового диморфизма, особенностям клинических проявлений, а также возможных способов коррекции [156, 162, 163-165].

3 Социальные и экономические аспекты внедрения нового поколения антидепрессантов

Колоссальный экономический ущерб, наносимый обществу психическими заболеваниями, складывается в основном из затрат на курацию и социальное обеспечение хронических и резистентных больных, а также из-за преждевременного прекращения производительной трудовой деятельности заболевших [166].

Озабоченность затратами на поддерживающую терапию пациентов с шизофренией постоянно

фигурирует в качестве наиболее важного вопроса в здравоохранении экономически развитых стран [167].

Несмотря на многие критические замечания и сомнения, бессистемное ограничение терапии нейролептиками шизофрении недопустимо. Недавно проведенные исследования показали, что рецидив заболевания развивается примерно у 75% больных через 12-18 месяцев после прекращения лечения [168].

В соответствии с формулировкой С.Регрис (1979): «Длительная терапия нейролептиками больных шизофренией подразумевает назначение этих медикаментозных средств в среднетерапевтических дозах не менее одного года» [169].

По данным некоторых авторов в Великобритании на лечение больных шизофренией расходуется 1,6% всего бюджета, выделяемого на здравоохранение. Общие затраты на шизофрению в США составляют приблизительно 50 млрд. долларов в год. В России с учетом того, что связанные с психическими заболеваниями государственные расходы составляют 1,4% внутреннего валового продукта (ВВП), а больные шизофренией около 16% среди всех психически больных, экономический ущерб от данного заболевания составляет не менее 0,25% ВВП. Резистентны к терапии традиционными нейролептиками 25-30% больных шизофренией, и примерно столько же из них реагируют на лечение лишь частичным смягчением симптоматики. Только в течение 1 года после первого приступа у 60% пациентов симптоматика обостряется вновь. В итоге психиатрические больницы функционируют по принципу «врачающихся дверей». У больных, тем временем, прогрессирует социальная и профессиональная дезадаптация [170].

Известен ряд исследований, показавших ощущимое сбережение затрат при терапии рисперидоном по сравнению с типичными нейролептиками [171, 172].

Результаты работ А.Агад и Л.Воруганти [173] показывают, что оценка показателей качества жизни может служить инструментом для сравнительного анализа действия традиционных и атипичных нейролептиков, а обнаруженные преимущества препаратов последней группы позволяют ставить вопрос о том, могут ли эти преимущества атипичных нейролептиков привести в будущем к лучшему комплайенсу и улучшению долговременных исходов шизофрении.

Если новое лечение вызывает меньше побочных явлений и, в конечном итоге, оказывается более эффективным, что отражается на более высоком уровне социального функционирования и качества жизни больных, высокая стоимость препаратов может быть оправдана эффективностью затрат.

Таким образом, помимо клинических и социальных, по-видимому, существуют и экономические предпосылки для более широкого внедрения в практику антидепрессантов второго поколения.

4. Применение атипичного нейролептика рисперидона в наркологии

В последнее время значительно увеличилась заболеваемость (рост наркозависимости в РК за последние 10 лет – в 10,3 раза) различными видами наркомании и алкоголизма, что обусловило появление многочисленных сообщений, как в отечественной, так и в зарубежной литературе, посвященных изучению различных аспектов этой проблемы [174-179].

Главной причиной неблагоприятного прогноза и низкой курабельности заболеваемости является стойкость и относительная резистентность к фармакотерапии стержневого аддиктивного расстройства – патологического влечения к наркотику [180-182]. Интенсивность патологического влечения к наркотику находится в прямой взаимосвязи с общей тяжестью психического состояния больных в период абстинентного состояния и в ранней фазе постабстинентного периода. Психические нарушения, в первую очередь, представлены тревожными и аффективными расстройствами, эффективность воздействия на которые относится к числу значимых предикторов ретенции (удержания) больных в лечебных программах [183]. Согласно современным представлениям [184,185] клиническая картина всех видов химической зависимости (как алкоголизма, так и наркомании) и, прежде всего, развитие абстинентных расстройств и актуализации патологического влечения детерминирована дисбалансом в таких нейромедиаторных системах, как адренергическая, дофаминергическая и серотонинергическая, а также в системе эндогенных опиатов. Отмечены схожие изменения в метаболизме нейротрансмиттеров при длительной наркотической интоксикации и при шизофрении [186].

В настоящее время существуют различные методы лечения опийного абстинентного синдрома: заместительная терапия, ускоренная детоксикация, но в отечественной практике традиционной является «психофармакологическая модель» [187]. Психофармакологические препараты применяются в наркологии почти также широко, как и в психиатрии [188, 189].

Сегодня уже не вызывает сомнения факт биологической детерминированности лечения наркологических заболеваний [190]. Именно дифференцированные комплексные программы с использованием психофармакологических средств доказали свою большую эффективность по сравнению с обоснованными психотерапевтическими и социотерапевтическими моделями [191].

Согласно данным литературы имеется более 40 указаний на различные методы лечения опиатного абстинентного синдрома [192]. Правильно подобранные психотропные препараты способствуют быстрой редукции психопатологической симптоматики, уменьшают степень аффективного напряжения,

самое же главное – подавляют патологическое влечение к наркотику. Наиболее важная задача современной наркологии — достижение более длительных ремиссий. Эту задачу возможно решить лишь при правильном выборе мишени терапевтического воздействия [193].

Наиболее эффективными средствами при актуализации неодолимого влечения к наркотику являются нейролептики [194-196, 187].

Назначение нейролептиков больным с зависимостью от опиоидов преследует несколько терапевтических целей. Среди таких целей: подавление патологического влечения к объекту злоупотребления, коррекция поведения у лиц с психопатическими чертами, а также потенцирование действия снотворных и седативных средств, назначаемых для купирования синдрома отмены опиоидов [187].

При наркологических заболеваниях фазы абstinенции и ранняя постабстинентная характеризуются негативными и позитивными расстройствами, которые по выраженности являются психотическими. Устранение этих расстройств возможно с помощью нейролептиков, обладающих эффективным действием на позитивные и негативные расстройства при минимальной выраженности побочного действия, не превышающего сами расстройства [197]. Как известно, в основной своей массе нейролептики позволяют устранивать позитивные симптомы, но при этом они мало эффективны в отношении негативных симптомов [198-200].

Вместе с тем, известно, что нейролептики обладают целым рядом неприятных для больных побочных эффектов [201]. Как было показано, больные опиоманией, в силу соответствующей неврологической ослабленности, вызванной основным заболеванием, особенно предрасположены к развитию экстрапирамидных расстройств [202]. При неадекватной терапии нейролептиками, вызываемые ими экстрапирамидные расстройства могут стать причиной нарушения контакта между врачом и больным и даже привести к отказу пациента от лечения.

Несомненно, что назначение каждого нейролептика обусловлено терапевтическими показаниями с учетом особенностей спектра психотропного действия препарата и состояния пациента [22].

Атипичные антипсихотики обладают достаточно широким спектром действия, в стандартных терапевтических дозах не вызывают выраженных экстрапирамидных побочных эффектов, свойственных большинству традиционных нейролептиков, в связи с чем они значительно лучше переносятся пациентами. Это позволяет применять их при длительном противорецидивном лечении [201, 18].

В последнее время все большее внимание наркологов привлекает атипичный нейролептик нового поколения рисперидон (рисперидон) — соединение пентациклической структуры, являющейся производным бензизоксазола [18].

Показания к применению рисполепта, в том числе и в наркологии, являются прямым следствием его фармакодинамики. Первый опыт использования препарата рисперидон при лечении больных героиновой зависимостью представлен в нескольких работах [203-206, 187].

Обобщая результаты этих работ, можно сказать следующее: терапевтическое действие рисперидона проявляется сравнительно быстро, выражается в нормализации фона настроения, снижении тревоги, дисфории, раздражительности, агрессивности [204].

Отмечается, что он способен индуцировать развитие абстинентного синдрома, который при этом протекает более легко [206], а также влияет на снятие болевой симптоматики при опийной абстиненции [207, 204-206], купирует синдром отмены летучих органических соединений [208], безопасный нормотимик в периоде «неустойчивого равновесия» у больных с различными формами зависимости [207, 204-206], поддерживающее и противорецидивное средство в начальном периоде ремиссии у больных с различными формами зависимости [207, 204-206].

Рисперидон обладает адренергическим, слабым антигистаминным действием; эффективен при лечении пациентов с лекарственной резистентностью [18, 209, 210]; влияние на ацетилхолиновые рецепторы оспаривается [18, 211, 212].

Согласно данным ряда исследователей [213-215] рисперидон обладает достаточно высокой анксиолитической активностью.

Некоторые авторы оценивают антипсихотическое действие рисперидона как умеренное [187, 201], другие же исследователи отмечают высокое антипсихотическое действие препарата при купировании острых психотических состояний [18, 216, 217].

Препарат обладает антидепрессивным эффектом [218-223]; седативное действие – слабое [216, 201, 18, 187].

Ведение больных с героиновой зависимостью подразумевает использование терапевтических доз рисполепта в течение не менее чем трех недель с момента лишения наркотика [224].

В продолжительных проспективных исследованиях (открытых и с использованием метода двойного слепого контроля) выявлена высокая эффективность рисполепта при весьма низкой частоте побочных явлений [225, 18, 226].

Несколько работ, в основном зарубежных авторов, посвящено применению рисперидона при лечении зависимости от кокаина. Большинство исследований [227-230] демонстрируют положительный опыт использования препарата в снижении остроты влечения к кокаину у зависимых от него больных в период отмены.

Литература

1. Тиганов А.С., Бениашвили А.Г., Морозова М.А., Жаркова Н.Б. Динамика структуры депрессивного синдрома в ходе терапии антидепрессантами с различным механизмом действия // Материалы съездового симпозиума компании Органон 11 октября 2000 г., с. 15-16

Подтверждена эффективность препарата в комплексной терапии [231-235] у больных эндогенными психозами при наличии сопутствующего синдрома зависимости.

В доступной литературе мало публикаций, касающихся применения рисперидона для лечения больных алкогольными психозами.

В публикации P.S.Masand с соавт. [236] упоминается положительный результат лечения больного алкоголизмом, у которого возник делирий.

M.J.Albanese с соавт. [237] назначали рисперидон больным алкоголизмом, у которых зависимость от алкоголя сочеталась с другими психическими заболеваниями, в том числе с зависимостью от кокаина, депрессивными расстройствами.

M.Soyka с соавт. [238] опубликовал результат успешной терапии хронического алкогольного галлюциноза рисперидоном.

Из российских публикаций [239, 240] оказалось, что рисперидон как средство, купирующее возбуждение и способствующее наступлению многочасового сна, более эффективен, чем реланиум в сочетании с гипнотиками и седативными средствами. Применение рисполепта в неотложной наркологической помощи при синдроме лишения героина и острых алкогольных психозах выявило его антипсихотический и нормотимический эффекты. Было отмечено также улучшение засыпания, активация когнитивных функций, уменьшение болевых ощущений (при синдроме лишения героина).

Из опыта украинских авторов [241, 242] исследования больных, страдающих опийной зависимостью, получавших в комплексном лечении рисперидон, сделан вывод о достаточно высокой эффективности, правомочности и патогенетической обоснованности назначения этого препарата.

Из отечественных исследований [243] основное и наиболее выраженное действие препарата рисперидон при героиновом абстинентном синдроме было отмечено на проявление дисфорической симптоматики. Применение препарата у пациента способствовало быстрой редукции астенодепрессивной симптоматики, стабилизации фона настроения, дезактуализации патологического влечения к наркотику.

Несомненно, что эффективность рисперидона отмечается на всех этапах лечения наркологических заболеваний [244, 245].

Вместе с тем, в наркологической практике исследования рисперидона и других атипичных нейролептиков очень малочисленны и отрывочны [205], что обосновывает необходимость проведения дальнейших проспективных сравнительных исследований по использованию нового поколения нейролептиков в лечении наркологических заболеваний.

-
-
2. Delay J, Deniker P. *Méthodes chimiothérapeutiques en Psychiatrie*. 1961; Paris: Masson, 1961, 496 p.
3. Carlsson A, Lindquist M. *Act Pharmacol*, 1963; 20: 140-4
4. Морковкин В.М., Каплин Г.П., Ромель Т.Э. с соавт. К вопросу о лекарственном патоморфозе шизофрении // Ж. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1980, № 5, с.745-748
5. Хохлов Л.К., Гурвич Л.М. Социально-трудовая адаптация и терапевтический патоморфоз шизофрении (по данным эпидемиологического исследования) // Биологическая терапия в системе реабилитации психически больных. - Л., 1980, с.38-43
6. Жислин С.Г. О некоторых клинических зависимостях, наблюдаемых при лечении нейролептиками // Ж. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 1962, № 2, с.161-169
7. Шостакович В.В. Проблема «дефекта» и «исходного состояния» в учении о шизофрении // Материалы IV съезда невропатологов и психиатров УССР, т. 2-Киев, «Здоровье», 1967, с.15
8. Авруцкий Г.Я. Значение психофармакологических методов лечения для социально-трудовой реадаптации больных шизофренией // Социальная реадаптация психически больных, М., 1965, с.35-43
9. Johnson D.A.W. Practical considerations in the use of depot neuroleptics for the treatment of schizophrenia // Br.J. Hospital Medicine, 1977, vol. 17, p. 546-559
10. Фаворина В.Н. К вопросу о поздних ремиссиях при шизофрении // Ж. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 1965, № 1, с. 81-87
11. Авруцкий Г.Я., 1965; Смулевич А.Б., Пантелейева Г.П. Некоторые актуальные проблемы клинической психофармакологии // Ж. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 1983, т. 83, № 9, с.1345-1351
12. Kane J.M. The current status of neuroleptic therapy // J. Clin. Psychiatr., 1989, vol. 50, p. 322-328
13. Авруцкий Г.Я. Некоторые общие закономерности лекарственного патоморфоза шизофрении // Вопросы психофармакологии. – 1976, с. 5-17
14. Авруцкий Г.Я., Гурович И.Я., Громова В.В. Фармакотерапия психических заболеваний // М., 1974, с. 472
15. Нисс А.И. Терапевтическая тактика при медленно-прогredientной шизофрении в зависимости от особенностей ее структуры // Вопросы психофармакотерапии, - М., 1976, с. 58-72
16. Соболев Е.С. К вопросу о терапевтическом патоморфозе «ядерной» шизофрении // Вопросы психофармакологии. – М., 1976, с. 72-81
17. Meltzer H.Y. The role of serotonin in schizophrenia and the place of serotonin-dopamine antagonist antipsychotics // J. Clin. Psychopharmacol., 1995, vol. 15, p.2-7
18. Мосолов С.Н., Калинин В.В., Сулимов Г.Ю. Применение отечественных атипичных нейролептиков в психоневрологической практике. Информационное письмо МЗ. РФ. - М., 2000, 16 с.
19. Tran P.V., Hamilton S.N., Kuntz H.A. et al. Double-blind comparison of olanzapine versus risperidone in the treatment of schizophrenia and other psychotic disorders // J. Clin. Psychopharm., 1997, vol.17, №5, p.407-418
20. Kopala L. Clinical experience in developing treatment regimens with the novel antipsychotic risperidone // Int. J. Clin. Psychopharmacol. > 1997. Vol.12. Suppl. 4. P. 365-367
21. Aitchision K., Meehan K., Murray R. First episode psychosis // London, 1999, 146 p.
22. Мосолов С.Н. Основы психофармакотерапии. // М., 1996. 206 с.,288 с.
23. Carpenter W. Serotonin-dopamine antagonists and treatment of negative symptoms // J. Clin. Psychopharmac., 1995. V. 15. №1(suppl. 1). P.30-35
24. Baldessarini R. // Amer J Med 1987; 83: 95-103
25. Bymaster F., Rasmussen K., Calligaro D. et al. // J Clin Psychiatry 1997; 58 (Suppl. 10): 28-36
26. Meltzer H. Psychopharmacology 1989; 99: 18-27
27. Saller C., Czupryna M., Salama A. // J Pharmacol Exp Ther 1990; 253: 1162
28. Мосолов С.Н. Новый атипичный антипсихотик сероквель (кветиапина фумарат).- М., «Просвещитель», 2000, 48 с.
29. Мосолов С.Н., Александровский Ю.А., Вовин Р.Я. и соавт. Клиническая эффективность и безопасность нового атипичного нейролептика сероквель // Российский психиатрический журнал, 2000, №1, с. 36-41
30. Морозова М.А., Жаркова Н.Б., Бениашвили А.Г. Опыт применения атипичного нейролептика – оланзапина в остром периоде шизофрении // Ж. Невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 2000, т. 100, № 2, с. 37-43
31. Вулис А.Я., Шейфер М.С., Носенко Н.Ф., Пешков А.Б. Опыт терапии рисперидоном психических расстройств в психиатрическом стационаре // Социальная и клиническая психиатрия, 2000, № 3, с. 64-67
32. Claus A., Bollen J., De Cuypere H. et al. Risperidone versus Haloperidol in the treatment of chronic schizophrenic inpatients: A multicenter double-blind Comparative study // Acta Psychiatr. Scand., 1992, Vol. 85, № 3, p. 295-305
33. Meltzer H.Y. Clinical studies on the mechanism of action of Clozapine. The dopamine-serotonin hypothesis of schizophrenia // Psychopharmacology, 1989, vol. 99, p. 18-27
34. Csernansky J.G. Treatment of negative symptoms with novel antipsychotic drugs // Understanding and treating negative symptoms // J.M.Kane (ed.), Gardiner-Caldwell Communications, 1994, p. 16-21
-
-

-
-
35. Meltzer H.Y. *The role of 5-HT2 antagonism in schizophrenia* // *Current approaches to schizophrenia / I.Kan, M.John (eds.). - Oxford Clinical Communications, 1992.* - p. 10-16
36. Meltzer H.Y. *The role of serotonin in schizophrenia and the place of serotonin-dopamine antagonist antipsychotics* // *J.Clin. Psychopharmacol., 1995, vol.15.* - p. 2-7
37. Moller H.J. *Definition, psychopharmacological basis and clinical evolution of novel atypical neuroleptics: methodological issues and clinical consequences* // *World J. Biol. Psych., 2000, vol.1, № 2.* - p. 75-91
38. Kapur S., Zipursky R.B. *Do loxapine plus cyproheptadine make an atypical antipsychotic? PET analysis of their dopamine D2 and 5HT2 receptor occupancy* // *Arch. Gen. Psychiat., 1998,vol. 55, № 7.* - p. 666-668
39. Wiesel F.A., Nordstrom A.L., Farde L., Eriksson B. *An open clinical and biochemical study of ritanserin in acute patients with schizophrenia* // *Psychopharmacology (Berl.), 1994, vol. 144.* - p. 31-38
40. Mizuki Y., Kajamura N., Imai T. et al. *Effects of Mianserin on negative symptoms in schizophrenia* // *Inter. Clin. Psychopharmacol., 1990, № 4.* - p. 83-95
41. Chakos M.H., Lieberman J.A., Alvir J. et al. *Caudate nuclei volumes in schizophrenic patients treated with typical antipsychotics or clozapine* // *Lancet, 1995, Vol. 345, № 8947.* - p. 456-457
42. Busatto G.D., Norman T.R., Davis B. *Antipsychotics*. Elsevier, Amsderdam – New York – Oxford, 1985, 279 p.
43. Braff D.L., Swerdlow N.R. *Neuroanatomy of schizophrenia*. // *Schizophr. Bull., 1997, vol. 23, № 3.* - p.509-512
44. Claghorn J., Honigfeld G., Abuzzahab Sr. F.S. et al. *The risks and benefits of clozapine vs. Chlorpromazine* // *J. Clin. Psychopharmacol.,1987, vol. 7.* - p. 377-384
45. Claus A., Bollen J., De Cuyper H. et al. *Risperidone versus Haloperidol in the treatment of chronic schizophrenic inpatients: A multicenter double-blind comparative study* // *Acta. Psychiat. Scand., 1992, vol. 85, № 3.* - p. 295-305
46. Schooler N., Marder S., Kane J. et al. *Clozapine and risperidone: a 29 week randomised clinical trial* / *Schizophr. Res., 1999, vol. 36.* - p. 296
47. Saletu B., Kufferle B., Grunberger J. et al. *Clinical, EEG mapping and psychometric studies in negative schizophrenia comparative trials with amisulpride and fluphenazine* // *Neuropsychobiology, 1994, vol. 29,* p. 125-135
48. Blin O., Azorin J., Bonhours P. *Antipsychotic and anxiolytic properties of risperidone, haloperidol and methotriptazine in schizophrenic patients* // *J. Clin. Psychopharmacology, 1996, vol. 16, № 1.* - p. 38-44
49. Heinrich K., Klieser E., Lehmann E. et al. *Risperidone versus clozapine in the treatment of schizophrenic patients with acute symptoms: a double-blind, randomized trial* // *Prog. Neuro-Psychopharmacol, 1994, vol. 18.* - p. 129-137
50. Klieser E., Lehmann E., Kinzler E. et al. *Randomized double-blind controlled trial of risperidone versus clozapine in patients with chronic schizophrenia* // *J. Clin. Psychopharmacol., 1995, vol. 15, suppl. 1,* p. 45-51
51. Alvarez E. *Olanzapina frente a clozapina. Antipsicóticos atípicos. Son todos iguales?* Resumen de ponencias. Congreso nacional de psiquiatría. Spain, Platja D'Aro, octubre,1998
52. Marder S., Meibach R. *Risperidone in the treatment of schizophrenia* // *Am. J. Psychiatri, 1994. Vol. 151. N 6. P. 825-835*
53. Beng-Choon H., Miller D., Nopoulos P., Andreasen N.C. *A comparative effectiveness study of risperidone and olanzapine in the treatment of schizophrenia* // *J. Clin. Psychiatry, 1999. Vol. 60. № 10.* - P. 658-663
54. Калинин В.В. *К проблеме отграничения новых нейролептиков от классических. Сопоставление клинического и нейрохимического подходов* // *Психиатрия и психофармакотерапия. 2001. № 4.* - С 129-131
55. Мосолов С.Н. *Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств* // М., 2001, 238 с.
56. Carpenter W. *Serotonin-dopamin antagonists and treatment jf negative symptoms* // *J. Clin. Psychofarm, 1995. V. 15. №1 (suppl. 1).* - P. 30-35
57. Farge L., Nyberg S., Oxenstierna J. et al. *Positron emission tomography studies on D2 and 5-HT2 receptor binding in risperidone treatment schizophrenic patients* // *J. Clin. Psychiatry, 1995. V. 15. № 1 (suppl. 1).* P. 19-23
58. Franz M., Lis S., Pluddemann K. and Gallhofer B. *Conventional versus atypical neuroleptics: subjective quality of life in schizophrenia patients* // *Br. J. Psychiatry, 1997. Vol. 170.* - P. 422-425
59. Мосолов С.Н. II Соц. и клин. психиатр. - 1998. - Т. 8, вып. 2. - С. 68-75
60. Nyberg S., Nakashima Y., Nordstrdm A. et al (1996) *Positron emission tomography of in-vivo binding characteristics of atypical antipsychotic drugs: review of di and S-HT₁ receptor occupancy studies and clinical response* // *Br J Psychiatry 168 (suppl): 40S-44S.*
61. Вовин Р.Я., Мазо Г.Э., Иванов М.В., Костерин Д.Н *Психиатрия и психофармакология. 2000, Приложение*
62. Мосолов С.Н., Калинин В.В., Еремин А.В. и др. *Психиатрия и психофармакология. 2000, Приложение*
63. Marder S.R., Meibach R.C. // *Am J Psychiatry 1994; 151: 825-35.* - Peusken J. *Br J Psychiatry 1995; 166: 712-26*
-
-

-
-
64. Marder S.R., Meibach R.C. // *Am J Psychiatry*, 1994
65. Breier A.F., Malhotra A.K., Su T-P. et al. // *Am J Psychiatry* 1999; 156: 294
66. Farde L., von Bahr C., Wahlen A., Nilsson L., Widman M. *The new selective D2-dopamine receptor antagonist raclopride-pharmacokinetics, safety and tolerability in healthy males.* *Int. Clin. Psych.* 1, 115, 1989
67. Aghajanian G.K., Haigler H.J. (1975): *Hallucinogenic indoleamines: Preferential action upon presynaptic serotonin receptors.* *Psychopharmacol. Commun.* 1, 619
68. Hollister L.E. In: Iversen L.L., Iversen S.D., Snyder S.H. eds. *Handbook of Psychopharmacology* Plenum Press, New York, 1978; 389-424
69. Meltzer H.Y. In: Kupfer D.J., eds. *The Fourth Generation of Progress*, FE Bloom, Raven, New York, 1995
70. Alien D.N., Gilbertson M.W., van Kammen D.P. et al // *Schizophrenia Res.* - 1997. - Vol. 25. - P. 63-61
71. Verdoux F., Magnin E., Bourgeois M. // *Schizophrenia Res.* 1995. Vol. 14. - P. 133-139
72. Бовин Р.Я. *Шизофренический дефект (диагностика, патогенез, лечение).* - СПб., 1991
73. Поляков Ю.Ф. *Патология познавательной деятельности при шизофрении.* - М., 1974
74. Harvey P., Meltyr H.Y., Green M.P. // *Wid J. Biol. Psychiatry*. - 2001. - Vol. 2. - Suppl. 1. - P. 309
75. Sharma T., Harvey Ph. *Cognition in Schizophrenia. Impairments, Importance, and Treatment Strategies.* — Oxford, 2000
76. Tolleson G.D. // *J. Clin. Psychiatry*. - 1996. - Vol. 57. Suppl. 11. -P. 31-39
77. Harvey P., Meltyr H.Y., Green M.P. // *Wid J. Biol. Psychiatry*. - 2001. - Vol. 2. - Suppl. 1. - P. 309
78. Rossi A., Mancini F., Stratta P. et al. // *Acta Psychiatr. Scand.* - 1997. - Vol. 95. - P. 40-43
79. Green M.F., Marshall B.D., Wirshing W.C et al (1997) *Does risperidone improve verbal working memory in treatment-resistant schizophrenia?* *Am/ Psychiatry* 54: 799-800
80. Berman K.F., Zee R.F., Wemberger D.R. // *Arch. Gen. Psychiatry*. - 1986. - Vol. 43. - P. 126-135
81. Heaton R.K., Chelune G., Talley J.L. et al. *Wisconsin Card Sorting Test Manual.* — Odessa; Florida, 1993
82. Verdoux F., Magnin E., Bourgeois M. // *Schizophrenia Res.* 1995. Vol. 14. - P. 133-139
83. Alien D.N., Gilbertson M.W., van Kammen D.P. et al. // *Schizophrenia Res.* — 1997. — Vol. 25. — P. 63-61
84. Sweeney J.A., Keil J.G., Haas G.L. et al // *Psychiatry Res.* - 1991. - Vol. 37, N 3. - P. 297-308
85. Seidman L., Pepple J.R., Faraone S.V. et al // *Schizophrenia Res.* - 1991. - Vol. 5. - P. 233-242
86. Keefe R.S., Silva S.G., Perkins D.O. et al. *Schizophr Bull* 1999; 25 (2): 201-22
87. Meltzer H.Y., McGurk S.R. *Schizophr Bull* 1999; 25 (2): 233-55
88. Breier A. // *Br J Psychiatry* 1999; 174 (Suppl. 37): 16-8
89. Green M/F. // *Am J Psychiatry* 1996; 153 (3): 321-30
90. Gold S., Arndt S., Nopoulos P. et al. *Am J Psychiatry* 1999; 156 (9): 1342-8
91. Norman R.M.G., Malla A.K., Morrison-Stewart S.L. et al. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 134-9
92. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Магомедова М.В. *Социальн. и клин. психиатр.* 2001; 4: 31-5
93. Addington J., Addington D. *Schizophr Bull* 1999; 25 (1): 173-82
94. Dickerson F., Boronow J.J., Ringel N. et al. *Schizophr Res* 1996; 21 (2): 75-83
95. Davidson M., Keefe R.S. *Schizophr Res* 1995; 17:123-9
96. Helsegrove L.G., Awad A.G., Voruganti L.N. // *J Psychiatr Neurosci* 1997; 22(4): 235-43
97. Crow T.J. *The two syndrome concept: origins and current status* // *Schizophr. Bull.*, 1985, vol. 11, p. 471-477
98. Strauss M.E. *Relations of symptoms to cognitive deficits in schizophrenia* // *Schizophr. Bull.*, 1993, vol. 19, № 2, p. 41-57
99. Saykin A.J., Gur R.E., Gur R.C. et al. *Neuropsychological function in schizophrenia: selective impairment in memory and learning* // *Arch. Gen. Psych.*, 1991, vol. 48, p. 618-624
100. Breier A.F. *Cognitive deficit in schizophrenia and its neurochemical basis* // *Br. J. Psychiat.*, 1999, vol. 174, Suppl. 37, p. 16-18
101. Lubin A., Giesecking C.F., Williams H.L. *Direct measurement of cognitive deficit in schizophrenia* // *J. Consult. Clin. Psychol.*, 1962, vol. 26, p. 139-143
102. Gold J.M., Harvey P.D. *Cognitive deficits in schizophrenia* // *Psychiatr. Clin. North. Am.*, 1993, vol.16, p. 295-312
103. Goldberg T.E., Gold J.M. *Neurocognitive deficits in schizophrenia* // *Schizophrenia*./Hirsch S.R., Weinberger D.R. (eds).-Blackwell Science, Oxford, 1995, p. 146-162
104. Saykin A.J., Shtasel D.L., Gur R.E. et al. *Neuropsychological deficits in neuroleptic naive patients with first-episode schizophrenia* // *Arch. Gen. Psychiatry*, 1994, vol.51, p. 124-131
105. Bilder R.M., Lipshutz-Broch L., Reiter G. et al. *Intellectual deficits in first-episode schizophrenia: evidence for progressive deterioration* // *Schizophr. Bull.*, 1992, vol. 18, p. 437-448
106. Sweeney J.A., Haas G.L., Kelip J.G. et al. *Evaluation of the stability of neuropsychological functioning after acute episodes of schizophrenia: one-year follow-up study* // *Psychiat. Res.*, 1991, vol. 38,p. 63-76
107. Cromwell R.L. *Assessment of schizophrenia* // *Annual Review of Psychology*, 1975, vol. 26, p. 593-619
-
-

-
-
108. Bilder R.M., Mukherjee S., Reider R.O., Pandurangi A.K. Symptomatic and neuropsychological components of defect states // *Schizophr. Bull.*, 1985, vol. 11, p. 409-419
109. Paulsen J.S., Heaton R.K., Jeste D.V. Neuropsychological impairment in tardive dyskinesia // *Neuropsychology*, 1994, vol. 8, №2, p. 227-241
110. Green M.F. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? // *Am. J. Psychiat.*, 1996, vol. 153, p. 321-330
111. Marder S.R., Azarnow R.F., Mintz J. Information processing and neuroleptic response in acute and stabilized schizophrenic patients.//*Psychiat. Res.*, 1984, vol. 13, p. 41-49
112. Sweeney J.A., Keilp J.G., Haas G.L., Hill J., Weiden P.J. Relationships between medication treatments and neuropsychological test performance in schizophrenia // *Psychiatry Res.*, 1991, Jun. Vol. 37(3), P. 297-308
113. Tune L.E., Strauss M.E., Lew M.F. et al. Serum levels of anticholinergic drugs and impaired recent memory in chronic schizophrenic patients // *Am. J. Psychiatry*, 1982. Vol. 139. P. 1460-1462
114. Hoff A.L., Riordan H., O'Donnell D.W. Neuropsychological study of early onset schizophrenia // *Schizophr. Res.*, 1998, vol. 20, suppl. 1-2, p. 21-28
115. Sax K.W., Strakowski S.M., Keck P.E. Attentional improvement following quetiapine fumarate treatment in schizophrenia. // *Schizophr. Res.*, 1998, vol. 33, №3, p. 151-155
116. Sharma T., Mockler D. The cognitive efficacy of atypical antipsychotics in schizophrenia // *J. Clin. Psychopharmacol.*, 1998, vol. 18, p. 12-19
117. Goldberg T.E., Greenberg R.D., Griffin S.J. et al. The effect of clozapine on cognition and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia // *Br. J. Psychiat.*, 1993, vol. 161, p. 434-438
118. Esterling L.E., Yoshikawa T., Turner G. et al // *Amer. J. med. Genet.*-1998.-Vol.81, N 1.-P. 37-40
119. Furlong R.A., Ho L., Walsh C. et al // *Amer. J. med. Genet.*-1998.-Vol.81,N 1.-P. 58-63
120. Rees M., Norton N., Jones I. et al // *Mol. Psychiat.*-1997.-Vol.2, N 5.-P. 398-402
121. Billet E.A., Richter M.A., King N. et al // *Mol. Psychiat.*-1997.-Vol.2, N 5.-P. 403-406
122. Hanna G.L., Himle J.A., Curtis G.C. et al // *Neuropsychopharmacology*.-1998.-Vol. 18, N 2.-P. 102-11
123. Heils A., Messner R., Lesch K.P. // *J. Neural Transmisi.*-1997.-Vol.104, N 10.-P. 1005-1014
124. Ghemi N.S., Goodwin F.K. Use of atypical antipsychotic agents in bipolar and schizoaffective disorder: review of the empirical literature // *J. Clin. Psychopharmacol.*, 1999. V. 19. P. 354-361
125. Azorin J.M. Long-term treatment of mood disorders in schizophrenia // *Acta Psychiat. Scand.*, 1995. V. 388. P. 20-23
126. Glazer W., Prusoff B., John K., Williams D. Depression and social adjustment among chronic schizophrenia outpatients // *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1981. V. 169. P. 712-717
127. Huttunen M. The evolution of serotonin-dopamine antagonist concepts // *J. Clin. Psychopharm.*, 1995. V. 15. №1(Suppl. 1). P. 4-10
128. Gottfries C.G. Long-Term Neuroleptic Treatment: Benefits and Risks. Proceedings from a Workshop // *Acta Psychiatr. Scand.* 1981. – Vol. 63, Suppl. 291. – P. 65–159
129. Семенов С.Ф., Семенова К.А. Иммунологические основы патогенеза нервных и психических заболеваний. – Ташкент: Медицина, 1984. – 336 с.
130. Смулевич А.Б., Пантелейева Г.П. Некоторые актуальные проблемы клинической психофармакологии // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1983. – № 9. – С. 1345–1354
131. Crow T.J., Stevens M. Age disorientation in chronic schizophrenia: The nature of the cognitive deficit / / *Br. J. Psychiatry*. – 1978. – Vol. 133. – P. 137–142
132. Mayer M., Alpert M., Stastny P. Multiple contributions to Clinical Presentation of flat affect in schizophrenia // *Schizophr. Bull.* - 1985. - Vol. 11, № 3. - P. 420-426
133. Sommers A.A. Negative symptoms: conceptual and methodological problems // *Schizophr. Bull.* - 1985. - Vol. 11, № 3. - P. 364-379
134. McEvoy J. (1995) Dosing issues: target symptoms and dose response. *Psychiatry Ann* 25: 297-300
135. Chakos M.H., Lieberman J.A., Bilder R.M. et al (1994) Increase in caudate nuclei volumes of first-episode schizophrenic patients taking antipsychotic drugs // *Am J Psychiatry* 151: 1430-6
136. Авруцкий Г.Я., Гурович И.Я., Громова В.В. Фармакотерапия психических заболеваний. М.: Медицина, 1974; 470
137. Muller-Spahn F. and the International Risperidone Research Group. *Clin Neuropharmacol* 1992; 15 (Suppl. 1): 90A
138. Peuskens J. Janssen Clinical Research Report RIS-INT-2. (March 1992)
139. Casey D. // *J Clin Psychiatry* 1997; 58 (Suppl. 10): 55-62
140. Lemmens P., Brecher M., Van Baelen B. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 97: 1-11
141. Leucht S., Pitchel-Walz D., Abraham D. and Kissling W. Efficacy and extrapyramidal side-effects of new antipsychotics olanzapine, quetiapine, risperidone and sertindole compared to conventional antipsychotic and placebo. A meta-analysis of randomised controlled trials // *Schizophrenia Research*, 1999. Vol. 35. № 1. - P. 51-68
-
-

-
-
142. Kopala L.C., Good K.P., Honer W.G. (1997) *Extrapyramidal signs and clinical symptoms in first-episode schizophrenia: response to low-dose risperidone* // *J Clin Psychopharmacol* 17: 308- 13
143. Мосолов С.Н. Актуальные проблемы амбулаторной психофармакотерапии // Соц. и клиническая психиатрия, 1998. Т. 8 Вып. 2. С. 68-75
144. Кузавкина М.В., Костюкова Е.Г., Мосолов С.Н. Влияние фармакокинетических параметров оксакарбазепина на эффективность терапии и развитие побочных эффектов при вторичной профилактике фазнопротекающих эндогенных психозов. // Материалы международной конференции психиатров. М., 1998. С. 265-266
145. Орловская Д.Д. Роль эндокринных факторов в патогенезе шизофрении // Актуальные проблемы невропатологии и психиатрии. М.: «Медицина», 1974. С. 212-222
146. Свет-Молдавская Е.Д. Гинекологические заболевания у психически больных женщин. // М., 1958
147. Гурович И.Я. Побочные эффекты и осложнения при нейролептической терапии больных шизофренией // Дисс. на соискание уч. ст. докт. мед. наук. М., 1997. 443 с.
148. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психических больных.- М, 1988
149. Белкин А.И., Лакуста В.Н. Биологическая терапия психических заболеваний. — Кишинев, 1983
150. Лавин Л. Эндокринология. — М., 1999. — С. 1128
151. Лаакман Г., Ерентраут З., Кун К. и др. // Эндокринология. — М., 1998. - Т. 8, вып. 2. - С. 123-145
152. Kleinberg D.L, Davis J.M., De Coster R. // *Clin. Psychopharmacol.* — 1999. — Vol. 19. — P. 57-61
153. Markianos M., Fatymanolis J., Lykouras L. // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* - 2001. - Vol. 251, N 3. - P. 141-146
154. Peuskens J. // *Clear Perspectives*. — 1997. — Vol. 1, Issue 3.- *Management Issues in Schizophrenia*
155. Калинин В.В. // Соц. и клин. психиатр. — 1998. — Т. 8, вып. 2. — С. 126—135
156. Киган Д. // Соц. и клин. психиатр. - 1997. - Т. 7, вып. 4. - С. 75-83
157. Мосолов С.Н. II Рос. психиатр. журн. — 1998. — № 6. — С. 7-12
158. Nyberg S., Ericsson B., Oxenstierna G. et al // Presented at the 35-th Annual Meeting of the American College ofNeuropharmacology
159. San Juan, Puerto Rico; December 9-13. - 1996
160. Sailer C.F., Crupryna M.J., Salama A.J. // *J. Pharmacol. Exp. Ther.* -1990. - Vol. 253. - P. 1162
161. Schotte A., Janssen P.M.F., Megens A.A. H.P., Leysen J.E. // *Brain Res.* - 1993. - Vol. 631. - P. 191
162. Claus A., Bollen, De Cuypere H. et al // *Acta Psychiatr. Scand.*- 1992. - Vol. 85. - P. 295-305
163. Kleinberg D.L, Davis J.M., De Coster R. // *Clin. Psychopharmacol.* — 1999. — Vol. 19. — P. 57-61
164. Schriber S., Segman R.H. // *Psychopharmacology*. - 1997. — Vol. 130. - P. 300-301
165. Shiwach R.S., Carmody T.J. // *Acta Psychiatr. Scand.* — 1998.- Vol. 98. - P. 81-83
166. Knapp M. Cost of schizophrenia // *Br. J. Psychiatry*, 1997. Vol. 171. P. 509-518
167. Welbel L. Trudnosci oceny wynikow farmakologicznego leczenia schizofrenii // *Psychiatr. Pol.* - 1980. - T. 14, № 1. - S. 51-57
168. Livingstone M.G. Management of schizophrenia // *Prescribers J.* - 1996; 36:206-215
169. Perris C. Indications for Long-Term Pharmacological Treatment of Schizophrenic Syndromes // *Pharmacopsychiatry*. - 1979. - Bd. 9, № 4. - P. 149-158
170. Точилов В.А. Фармакоэкономический анализ использования рисдолепта при лечении больных шизофренией. - Том 4, № 2, 2002
171. Foster R.H., Goa K.L. *Risperidone: a pharmacoeconomic review of its use in schizophrenia* // *Pharmacoeconomics*, 1998. V. 14. P. 97-133
172. Hart W.M., Lindstrom E., Guest J.F. *Economic impact of the use of risperidone for the treatment of chronic schizophrenia in Ireland* // *Irish J. of Psychiat.*, 1997. V.16. P. 12-16
173. Awad A.G., Voruganti L.N. *Int J Soc Psychiatry* 1999; 45 (4): 268-75
174. Виленский О.Г., Искуева Д.И. Некоторые клинические особенности наркомании // Акт. вопр. наркологии: Тез. докл. совещ. врачей психиатров-наркологов, Калининград, 23-25 апреля, 1990. - М., 1990. - с. 201-202
175. Пятницкая И.Н. Наркомании. - М., «Медицина», 1994, 544 с.
176. Чирко В.В. Закономерности течения и исходов наркомании и токсикоманий, начавшихся в молодом возрасте (в свете отдаленного катамнеза). Дис. ... доктора медицинских наук, М., 2001 г. 249 с.
177. Толстикова А.Ю. Клинико-психопатологический анализ депрессивных состояний и суицидально-го поведения у больных с зависимостью от психоактивных веществ // Вопросы ментальной медицины и экологии, том П, 2003
178. Murray G.F. *Review of research on pathological gambling* // *Psychol. Res.*- 1998. - Vol. 73, N3. - P.791-810
179. Субханбердина А.С. Социально-демографическая характеристика больных шизофренией, осложненной опийной наркоманией и судебно - психиатрическая экспертная оценка их общественно опасных действий // Жур. «Медицина», № 1, 2002, с. 51-57
-
-

-
-
180. Иванец Н.Н. *Психиатр. и психофармакотер.* 1999; 3: 19–24
181. Анохина И.П. //Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психотропным веществам под ред. Н.Н. Иванца, М., 2000, стр. 17 – 21
182. Иванец Н.Н. //Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психотропным веществам, М., 2000, стр. 8 – 16
183. Araujo L., Goldberg P., Eyma J. et al. // *J Subst Abuse Treat* 1996; 13 (1): 61–6
184. Анохина И.П. Биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ (патогенез). Лекции по клинической наркологии под ред. Н.Н.Иванца. М., 1995; 16–39
185. Иванец Н.Н., Савченко Л.М. Типология алкоголизма. М., 1996; 48
186. Snyder S.H., Banerjee S.P., Yamamura H.J. *Drugs, neurotransmitters and schizophrenia. Science* 1974; 184 (10): 1243–53
187. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Фармакотерапия в наркологии (краткое справочное рук-во). М., изд «Медицина», 2000, стр. 24-44, 238-239, 252-253
188. Гофман А.Г., Музыченко А.П., Энтин Г.М. и др. Лекарственные средства в клинике алкоголизма и наркоманий. - М., 1999.-106 с.
189. Рохлина М.Л. Фармакотерапия наркоманий. 2-е изд: Пособие для врачей психиатров-наркологов. - М., 1999.-30 с.
190. Надеждин А.В. Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психотропным веществам под ред. Н.Н. Иванца, 2000, стр. 3 – 7
191. Иванец Н.Н., Надеждин А.В. с соавт. // Ж. «ВН», № 3, 2000, стр. 7-13
192. Софонов А.Г. Клинико-экспериментальное обоснование новых подходов к оказанию психиатрической и токсикологической помощи при злоупотреблении опиатами. [Автореф дис... д-ра мед наук]. СПб. 1995:41
193. Иванец Н.Н. Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психоактивным веществам. М., 1998; 3-10
194. Иванец Н.Н., Анохина И.П., Стрелец Н.В. Современное состояние проблемы наркомании в России // Вопросы наркологии.-1997.-№3.-С.3-12
195. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая зависимость (клиника и лечение постабстинентного состояния). - М.: Медпрактика-М.-2001.-С. 128
196. Сиволап Ю.П. Влияние нейролептиков на психопатологические проявления опиоидной зависимости: Автореф. дисс. на соискание уч. степени к.м.н. - М., 1999.-С. 138
197. Даренский И.Д. Нейролептики с антипсихотическим действием при героиновой зависимости // Наркология. – 2004. - №4. – С. 50-54
198. Andreasen N.C. Negative symptoms in schizophrenia: definition and reliability // *Arch. Gen. Psych.*, 1982.-39,784
199. Crow T.J. The two-syndrome concept: Origins and current status // *Schizophr. Bull.*, 1985.-11 471
200. Kay S.R., Fizbein A., Opler L.A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia / / *Schizophr. Bull.*, 1987.-13 261
201. Малин Д.И. Побочное действие психотропных средств. - М.: Вузовская книга, 2000. - С. 38–108
202. Taitslin V.I., Matuzok E.G. Neurological aspects of opium addiction in imprisoned women // *Addiction Biology*. — 1998. — № 3. — Р. 315–319
203. Даренский И.Д. Антипсихотические нейролептики в наркологии. IX Российский национальный конгресс “Человек и лекарство.” Тезисы докладов.-М., 2002.-С. 125
204. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Применение рисполепта (рисперидона) при лечении больных героиновой наркоманией // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2002. — Т. 4, № 1. — С. 26–31
205. Тихомиров С.М., Дрейзин М.Е., Суслов М.П. Оценка и перспективы применения рисполепта в терапии синдрома зависимости от опиатов // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2001. — Т. 3, № 3. — С. 96–98
206. Wines J. et al // *3. Clin. Psychopharmacol.* 1999. Vol. 19. №3. P. 265-267
207. Битенский В.С. Применение рисполепта при лечении больных наркоманиями // Украинский весник психического здоровья. — 2000. — № 2
208. Misra L.K., Kofoed L., Fuller W. Treatment of inhalant abuse with risperidone // *Journal of Clinical Psychiatry*. — 1999. — Vol. 60, № 9. — P. 620
209. Stahl S.M. // *J.Clin. Psychiatry*. 1999. Vol. 60. №7. P. 425-426
210. Stahl S.M. // *J. Clin. Psychiatry*. 1999. Vol. 60. №10. P. 31-41
211. Meltzer H.Y., McGurk S.R. // *Neuropsychopharmacology*. 1999. Vol. 21 (2 Suppl). P. 106-115
212. Meltzer H.Y. // *Schizophr. Bull.* 1999. Vol. 25. №2. P. 233-255).
213. Kopala L., Honer W.G. // *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1714–5
-
-

-
-
214. Remington G., Adams M. // *J Clin Psychopharmacol* 1994; 14: 358–9
215. Schweitzer I. // *Int Clin Psychopharmacol* 2001 Jan 16; 1–19
216. Калинин В.В. // Ж. Социальная и клин. психиатр. 1999, 1: 97-105
217. Кинкулькина М.А. // Клиническая и социальная психиатрия, Приложение, 2002. С. 29-32
218. Аведисова А.С. Научные обоснования и практические рекомендации перевода больных с типичных нейролептиков на рисполепт // Психиатрия и психофармакотерапия.-2001.-Т. 3, № 6.-С. 210-213
219. Дороженок И.Ю., Никишова М.Б. Эффективность рисполепта при аффективных расстройствах // Психиатрия и психофармакотерапия.-2002.-Т. 4.-С. 36-38
220. Дубницкая Э.Б., Дороженок И.Ю., Никишова М.Б. Опыт применения рисполепта при смешанных состояниях // Социальная и клиническая психиатрия.-2003.-Т. 4, № 4.-С. 143-145
221. Ильина Н.А. Применение рисполепта в терапии аффективных расстройств, коморбидной патологии шизотипического и шизоидного круга // Психиатрия и психофармакотерапия.-2001.-Т. 3, № 1.-С. 28-31
222. Шинаев Н.Н., Акжигитов Р.Г., Волкова Н.П. Применение атипичного нейролептика рисполепт в клинике пограничных психических расстройств // Психиатрия и психофармакотерапия.-2000.-Т. 2, Приложение №2.-С. 8-10
223. Ostroff R.B., Nelson J.C. Risperidone augmentation of selective serotonin reuptake inhibitors in major depression // *J. Clin. Psychiatry*.-1999.-Vol. 60.-P. 256-259
224. Даренский И.Д. и соавт. Ранняя постабstinентная фаза при героиновой наркомании. - Омск, 2000.-С. 23-25
225. Ларина Л.С., Крылов Е.Н., Белов А.В. и соавт. Клиническое изучение атипичного нейролептика рисполепт при лечении больных эндогенными заболеваниями // Сборник научных работ проекта «Архимед». - М.: Просветитель, 2002.-С. 69-83
226. Kasper S., Rosillon D., Duchesne I. Risperidone Olanzapine Drug Outcomes Studies of schizophrenia (RODOS): efficacy and tolerability results of an international naturalistic study // *Int. Clin. Psychopharmacol.* -2001.-Vol. 16, N4.-P. 179-187
227. Newton T.F. et al // *Psychiatry Res.* 24 Jul. 2001. Vol. 102. №3. P. 227-233
228. Roy A. et al // *Am. J. Addict.* 1998. Vol. 7. №1. P. 90
229. Smelson D.A. et al // *Can. J. Psychiatry*. 1997. Vol. 42. №4. P. 431
230. Smelson D.A. et al. Risperidone diminishes cue-elicited craving in withdrawn cocaine-dependent patients // *Can. J. Psychiatry*. 1997. Vol. 42. №9. P. 984
231. Чарко В.В. Алкогольная и наркотическая зависимость у больных эндогенными психозами. - М.: Медпрактика. 167 с.
232. Дроздов Е.С. Эффективность рисполепта (рисперидона) при лечении пациентов с шизофренией и зависимостью от психоактивных веществ // Военно-медицинский журнал. — 2002. — Т. 323, № 7. — С. 46–52
233. Casas M., Gutierrez M., Gibert J., Bobes J., Roncero C., Octavio I. Risperidone in the treatment of psychotic patients with opiate abuse and dependence // *Actas Esp. Psiquiatr.* - 2001. - Vol. 29, № 6. - P. 380–385
234. Green A.I., Burgess E.S., Dawson R., Zimmet S.V., Strous R.D. Alcohol and cannabis use in schizophrenia: effects of clozapine vs. risperidone // *Schizophrenia Research*. - 2003. - Vol. 60, № 1. - P. 81–85
235. Smelson D.A., Losonczy M.F., Davis C.W., Kaune M., Williams J., Ziedonis D. Patients with schizophrenia and cocaine addiction: effect of risperidone on cue-elicited craving and substance abuse relapse // Poster presented on ACNP in Hawaii, 2001
236. Masand P.S., Sime R.S., Sipahimalani A. Risperidone in treatment of delirium. - 1999
237. Allanese M.J., Clodfelter R.C., Khantzian E.J. Expanded uses of risperidone in substance abuse.- 22 CINP Congress, Brussels, 2000
238. Soyka M., Wegner U., Moeller H.J. Risperidone in treatment-refractory chronic alcohol hallucinosis / / *Pharmacopsychiatry*.- 1997.-Vol. 30.- P. 135-136
239. Гофман А.Г., Лошаков Е.С. Опыт применения рисполепта (рисперидона) при купировании алкогольного делирия // Соц. и клин. психиатрия. М., 2002, № 4, с. 36-38
240. Тихомиров С.М. Стress-лимитирующие эффекты рисполепта в неотложной наркологической помощи, г. Санкт-Петербург // Неотложные состояния в наркологии. Под ред. проф. Б.Д.Цыганкова, с. 102-105
241. Закревский А.П., Медведева Е.В., Цыба И.В., Чангли В.А., Ляпин П.Л. Опыт использования препарата «Рисполепт» в комплексной терапии абстинентного синдрома у лиц с опийной зависимостью / / Травма.-2001.-T.2, № 1.-С.99-100
242. Линский И.В., Минко А.И., Самойлова Е.С. Место рисполепта в лечении зависимости от опиоидов // Український вісник психоневрології. - 2003. - Т. 11, вип. 3. - С. 79–82
-
-

243. Кощегулова Р.М., Рамм А.Н. Сравнительные характеристики рископепта и галоперидола при лечении героинового абстинентного синдрома // Вопросы наркологии Казахстана. - III том № 2, 2003. - С.83-88

244. Гофман А.Г., Музыченко А.П., Энтин Г.М. и соавт. Лекарственные средства в клинике алкоголизма и наркоманий: Руководство для врачей / Под ред. А.Ю.Магалифа. - М., 1999.-121 с.

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

ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

СООТНОШЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ПО ДАННЫМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 2001 ГОДА

А.Л.Катков, Б.Б.Джарбусынова

Категория индивидуального и социального психологического здоровья привлекает все более пристальное внимание научного мира в связи с возрастающим интересом к проблеме качества жизни, с одной стороны, и необходимостью блокирования процесса распространения социальных эпидемий (терроризма, религиозного экстремизма, наркомании и др.) – с другой.

При этом большинством исследователей проводятся достаточно четкие грани между определениями психического и психологического здоровья (под первым, обычно, понимается отсутствие признаков психического расстройства (биологический критерий); под вторым – совокупность личностных свойств, обеспечивающих удовлетворительную адаптацию индивида (психологический критерий)).

В тоже время, вопросам соотношения категорий психического и психологического здоровья уделяется сравнительно мало внимания.

В 2001 году нами было проведено эпидемиологическое исследование (выборка – 7968 респондентов) населения Республики Казахстан в возрасте 12-55 лет с задачами выявления распределения уровней психического и психологического здоровья среди данной возрастной группы населения и установления основных параметров соотношения названных категорий здоровья среди населения РК.

Под психологическим здоровьем мы понимали способность к самоорганизации (критически осмысливанию имеющейся и генерации новой

информации, необходимой для адекватной адаптации индивида и социума в макро и микросреде), определяемую высоким уровнем развития следующих личностных свойств:

- адекватное завершение личностной идентификации;
- формирование навыков ответственного выбора с отказом от дивидендов конкурирующего сценария;
- наличие внутреннего локуса контроля;
- наличие конструктивного жизненного сценария;
- наличие достаточного ресурса для реализации позитивного жизненного сценария.

Основным инструментом, используемым в исследовании, была специальная карта многоуровневого мониторинга, включающая индикаторы и параметры, определяющие уровни психического и психологического здоровья, разработанная сотрудниками Республиканского научно-практического Центра медико-социальных проблем наркомании.

В данном сообщении анализируются различия в распределении высоких, средних и низких уровней психологического и психического здоровья среди исследуемых групп населения РК по данным 2001 года.

В таблице 1 приведены сравнительные характеристики распределения параллельных уровней (высоких, средних, низких) психологического и психического здоровья среди населения РК возраста 12-55 лет по результатам эпидемиологического исследования 2001 года.

Таблица 1

Сравнительные характеристики распределения высоких, средних и низких уровней психологического и психического здоровья среди населения РК по данным 2001 года

Параметры Уровни	Психологическое здравье		Психическое здоровье		P
	абс	%	абс	%	
Высокий уровень	372	4,7	2284	28,7	<0,01
Средний уровень	6486	81,4	4891	61,4	<0,01
Низкий уровень	1109	13,9	792	9,9	<0,01

Из данных, приведенных в таблице, следует, что в распределении исследуемых уровней психического и психологического здоровья среди населения

РК имеются существенные различия. Высокий уровень психического здоровья был представлен более интенсивно, чем аналогичный уровень

психологического здоровья (соотношение 6,1:1, $P<0,01$). Средний и низкий уровни психологического здоровья были представлены более интенсивно, чем соответствующие уровни психического здоровья – соотношение по средним уровням 1,32:1, $P<0,01$; по низким уровням 1,4:1, $P<0,01$. Результаты данного исследовательского фрагмента свидетельствуют о сравнительно более кризисном состоянии психологического здоровья населения РК,

чем психического. А также о более глубокой и динамичной реакции мобильного уровня функциональной активности психики (психологическое здоровье) на социально-экономические обстоятельства последних десятилетий.

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

Таблица 2

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

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

Из приведенных в таблице 2 данных следует, что высокий уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе женского населения РК – 56% против 50,3% представленности высокого уровня психического здоровья в данной гендерной группе. Высокий уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе мужского населения РК – 49,7% против 44% представленности высокого уровня психологического здоровья. Однако, требуемого критерия достоверности для данных соотношений установлено не было. Тем не менее, следует учитывать намечающуюся тенденцию ассиметричного распределения высоких уровней психического и психологического здоровья по гендерному признаку в общей стратегии психогигиенических и психопрофилактических мероприятий. Средний уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен у мужского населения РК – соотношение 1,09:1, $P<0,05$. А средний уровень психического здоровья

– у женского – соотношение 1,07:1, $P<0,05$. Низкий уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен среди мужского населения РК – соотношение 1,36:1, $P<0,01$. Низкий уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно представлен среди женского населения – соотношение 1,19:1, $P<0,01$. Таким образом, настоящий фрагмент исследования устанавливает ассиметричное распределение признаков психологического и психического здоровья среди мужского и женского населения РК (с недостоверными различиями по высоким уровням и достоверными различиями по средним и низким уровням), свидетельствующее о сравнительно более высоком уровне психологического здоровья женского населения и сравнительно более высоком уровне психического здоровья мужского населения РК. В то же время, полученные данные следует интерпретировать с учетом того обстоятельства, что основная часть населения РК входит в группы со средними уровнями психологического

здоровья (81,4%), к которому тяготеет мужское население РК, и психического здоровья (61,4%), к которому тяготеет женское население РК.

В таблице 3 приведены сравнительные характеристики параллельного распределения высоких, средних и низких уровней психологического и психического здоровья среди групп населения РК, дифференцируемых по возрастному признаку.

Из приведенных в таблице 3 данных следует, что достоверные различия в распределении высоких

уровней психологического и психического здоровья были установлены в группе населения с 36 до 47 лет с более интенсивной представленностью высокого уровня психического здоровья (соотношение 1,65:1, $P<0,01$). Средний уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группах населения с 12 до 16 лет (соотношение 2,26:1, $P<0,01$); группах с 17 до 21 лет (соотношение 1,92:1, $P<0,01$); группах с 22 до 26 лет (соотношение 1,34:1, $P<0,01$).

Таблица 3

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

Характеристика групп с высоким психологическим и высоким психическим уровнем здоровья по возрасту					P
Параметры	Высокое психологическое (n=372)		Высокое психическое (n=2284)		
Уровни	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.	
Наименование					
12-16 лет	16,3	+/-5,3%	13,5	+/-1,5%	
17-21 лет	20,7	+/-5,8%	15	+/-1,5%	
22-26 лет	19	+/-5,7%	14,9	+/-1,5%	
27-35 лет	22,8	+/-6,1%	23	+/-1,8%	
36-47 лет	13,6	+/-5%	22,5	+/-1,8%	<0,01
48-55 лет	7,6	+/-3,8%	11,1	+/-1,3%	
Характеристика групп со средним психологическим и средним психическим уровнем здоровья по возрасту					P
Параметры	Среднее психологическое (n=6486)		Среднее психическое (n=4891)		
Уровни	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.	
Наименование					
12-16 лет	12,2	+/-1,3%	5,4	+/-1,5%	<0,01
17-21 лет	14,8	+/-1,4%	7,7	+/-1,8%	<0,01
22-26 лет	14,6	+/-1,4%	10,9	+/-2,1%	<0,01
27-35 лет	23,2	+/-1,7%	20,9	+/-2,7%	
36-47 лет	22,7	+/-1,7%	32,1	+/-3,1%	<0,01
48-55 лет	12,4	+/-1,3%	22,8	+/-2,8%	<0,01
Характеристика групп с низким психологическим и низким психическим уровнем здоровья по возрасту					P
Параметры	Низкое психологическое (n=1109)		Низкое психическое (n=792)		
Уровни	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.	
Наименование					
12-16 лет	3,3	+/-1,2%	5,9	+/-2%	<0,05
17-21 лет	5,2	+/-1,5%	12,8	+/-2,9%	<0,01
22-26 лет	9	+/-1,9%	12,4	+/-2,9%	
27-35 лет	20,5	+/-2,8%	23,2	+/-3,7%	
36-47 лет	36,5	+/-3,3%	26,2	+/-3,8%	<0,01
48-55 лет	25,3	+/-3%	19,5	+/-3,4%	<0,05

Средний уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе населения с 36 до 47 лет (соотношение 1,41:1, $P<0,01$); группах с 48 до 55 лет (соотношение 1,84:1, $P<0,01$). Низкий уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе населения с 36 до 47 лет (соотношение 1,39:1, $P<0,01$). А также в группе с 48 до 55 лет (соотношение 1,3:1, $P<0,05$). Низкий уровень

психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе населения в возрасте 12-16 лет (соотношение 1,79:1, $P<0,05$). А также в группе с 17 до 21 лет (соотношение 2,46:1, $P<0,01$). Для других возрастных групп по всем анализируемым уровням сравнения достоверных различий установлено не было. Результаты, полученные по данному фрагменту, показывают относительно более высокий уровень психологического

здоровья младших возрастных групп (12-26 лет) с общей принадлежностью к восходящему поколению, а также, относительно более высокий уровень психического здоровья в старших возрастных группах 36-55 лет (доминирующее и нисходящее поколение). Для средних возрастных групп – 22-26 и 27-35 лет исследуемые уровни психологического и психического здоровья распределялись, в основном, с равной степенью интенсивности. Обращает на себя внимание ассиметричное распределение исследуемых признаков в зоне средних и низких уровней психологического и психического здоровья, и, в основном, симметричное распределение в зоне высоких уровней рассматриваемых категорий здоровья. Полученные данные свидетельствуют о более выраженной степени позитивной

взаимозависимости и взаимообусловленности высоких уровней психологического и психического здоровья по сравнению со средними и низкими. При интерпретации данного исследовательского фрагмента следует иметь в виду общую, для рассматриваемых категорий психологического и психического здоровья, тенденцию к возрастному снижению анализируемых уровней. В данном случае речь идет о том, что для категории психологического здоровья отслеживается более интенсивная динамика такого снижения.

В таблице 4 приведены сравнительные характеристики параллельного распределения высоких, средних и низких уровней психологического и психического здоровья среди групп населения РК, дифференцируемых по образовательному статусу.

Таблица 4

Сравнительные характеристики распределения высоких, средних и низких уровней психологического и психического здоровья среди групп населения РК, дифференцируемых по образовательному статусу (данные 2001 года)

Характеристика групп с высоким психологическим и высоким психическим уровнем здоровья по уровню образования					P	
Параметры Уровни	Высокое психологическое (n=372)		Высокое психическое (n=2284)			
Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.		
Начальное	16,8	+/-5,4%	16,7	+/-1,6%		
Без образования	0	0<>2,9%	0	0<>0,1%		
Среднее	41,3	+/-7,1%	51	+/-2,1%	<0,05	
Высшее образование	41,8	+/-7,1%	32,2	+/-2%	<0,01	
Характеристика групп со средним психологическим и средним психическим уровнем здоровья по уровню образования					P	
Параметры Уровни	Среднее психологическое (n=6486)		Среднее психическое (n=4891)			
Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.		
Начальное	15,4	+/-1,4%	12,2	+/-2,2%	<0,05	
Без образования	0,1	0,1<>0,1%	0,2	0,2<>0,6%		
Среднее	51	+/-2%	63,2	+/-3,2%	<0,01	
Высшее образование	33,5	+/-1,9%	24,4	+/-2,9%	<0,01	
Характеристика групп с низким психологическим и низким психическим уровнем здоровья по уровню образования					P	
Параметры Уровни	Низкое психологическое (n=1109)		Низкое психическое (n=792)			
Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.		
Начальное	11,5	+/-2,2%	9,8	+/-2,6%		
Без образования	0,2	0,2<>0,7%	0,2	0,1<>1,5%		
Среднее	68,5	+/-3,2%	54,7	+/-4,3%	<0,01	
Высшее образование	19,8	+/-2,7%	35,2	+/-4,2%	<0,01	

Из приведенных в таблице 4 данных следует, что высокий уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе лиц с высшим образованием (соотношение 1,3:1,

P<0,01). Высокий уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе со средним образованием (соотношение 1,23:1, P<0,05). Средний уровень психологического

здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе с начальным образованием (соотношение 1,26:1, P<0,05). А также в группе с высшим образованием (соотношение 1,37:1, P<0,01). Средний уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе со средним образованием (соотношение 1,24:1, P<0,01). Низкий уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе со средним образованием (соотношение 1,25:1, P<0,01). Низкий уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе с высшим образованием (соотношение 1,78:1, P<0,01). Для других групп достоверных различий в распределении исследуемых уровней психологического и психического здоровья установлено не было. Результаты, полученные по данному фрагменту, свидетельствуют о более тесной

позитивной взаимозависимости высоких уровней психологического здоровья с высоким образовательным статусом и молодым возрастом. Данные результаты следует интерпретировать с учетом общей тенденции преимущественного распределения высоких уровней как психологического, так и психического здоровья в младших возрастных группах. Позитивная взаимозависимость высокого уровня психологического здоровья с высоким образовательным статусом прослеживается исключительно для данной категории и не дублируется для категории психического здоровья.

В таблице 5 приведены сравнительные характеристики параллельно распределения высоких, средних и низких уровней психологического и психического здоровья среди групп населения РК, дифференцируемых по уровню доходов.

Таблица 5

Сравнительные характеристики распределения высоких, средних и низких уровней психологического и психического здоровья среди групп населения РК с различным уровнем доходов (данные 2001 года)

Характеристика групп с высоким психологическим и высоким психическим уровнем здоровья по уровню дохода						P
Параметры Уровни		Высокое психологическое (n=372)		Высокое психическое (n=2284)		P
Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.		
Высокий	23,4	+/-6,1%	17,7	+/-1,6%		
Низкий	13,6	+/-5%	25,8	+/-1,9%	<0,01	
Средний	58,7	+/-7,1%	48,3	+/-2,1%	<0,01	
Характеристика групп со средним психологическим и средним психическим уровнем здоровья по уровню дохода						P
Параметры Уровни		Среднее психологическое (n=6486)		Среднее психическое (n=4891)		P
Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.		
Высокий	16,9	+/-1,5%	6,3	+/-1,6%	<0,01	
Низкий	27,4	+/-1,8%	50,7	+/-3,3%	<0,01	
Средний	48,1	+/-2%	38,6	+/-3,2%	<0,01	
Характеристика групп с низким психологическим и низким психическим уровнем здоровья по уровню дохода						P
Параметры Уровни		Низкое психологическое (n=1109)		Низкое психическое (n=792)		P
Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.		
Высокий	2,1	+/-1%	10	+/-2,6%	<0,01	
Низкий	57,9	+/-3,4%	38,6	+/-4,2%	<0,01	
Средний	34,9	+/-3,3%	45,7	+/-4,3%	<0,01	

Из данных, приведенных в таблице 5, следует, что высокий уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе со средним уровнем доходов (соотношение 1,21:1, P<0,01). Высокий уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе с низким уровнем доходов

(соотношение 1,9:1, P<0,01). Средний уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе с высоким уровнем доходов (соотношение 2,68:1, P<0,01). А также в группе со средним уровнем доходов (соотношение 1,25:1, P<0,01). Средний уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был

представлен в группе лиц с низким уровнем доходов (соотношение 1,85:1, P<0,01). Низкий уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе с низким уровнем дохода (соотношение 1,5:1, P<0,01). Низкий уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе с высоким уровнем дохода (соотношение 4,76:1, P<0,01). А также в группе со средним уровнем дохода (соотношение 1,3:1, P<0,01). Результаты, полученные по данному фрагменту, свидетельствуют о более тесной позитивной взаимозависимости и более интенсивной представленности высоких уровней психологического здоровья в группах с относительно более высокими доходами. Обращает на себя внимание факт данного ассиметричного

распределения, характерного для средних и низких уровней сравниваемых категорий здоровья. В группе с высокими доходами уровни психологического и психического здоровья распределялись достаточно симметрично с некоторым (недостоверным) преимуществом высоких уровней психологического здоровья. Данное обстоятельство также свидетельствует о более значительной степени конвергенции высоких уровней сравниваемых категорий, чем средних и низких.

В таблице 6 приведены сравнительные характеристики параллельного распределения высоких, средних и низких уровней психологического и психического здоровья среди групп населения РК, дифференцируемых по семейному статусу.

Таблица 6

Сравнительные характеристики распределения высоких, средних и низких уровней психологического и психического здоровья среди групп населения РК с различным семейным статусом (данные 2001 года)

Характеристика групп с высоким психологическим и высоким психическим уровнем здоровья по семейному статусу						P
Параметры Уровни		Высокое психологическое (n=372)		Высокое психическое (n=2284)		P
Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.		
Живут с первой семьей	45,1	+/-7,2%	35,1	+/-2%	<0,01	
Живут со второй семьей	37,5	+/-7%	46,6	+/-2,1%	<0,05	
Не имеют родственников	1,1	0,6>4,3%	2,5	+/-0,7%		
Характеристика групп со средним психологическим и средним психическим уровнем здоровья по семейному статусу						P
Параметры Уровни		Среднее психологическое (n=6486)		Среднее психическое (n=4891)		P
Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.		
Живут с первой семьей	33,5	+/-1,9%	22,9	+/-2,8%	<0,01	
Живут со второй семьей	47	+/-2%	47,2	+/-3,3%		
Не имеют родственников	2,6	+/-0,6%	4,2	+/-1,3%	<0,05	
Характеристика групп с низким психологическим и низким психическим уровнем здоровья по семейному статусу						P
Параметры Уровни		Низкое психологическое (n=1109)		Низкое психическое (n=792)		P
Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.		
Живут с первой семьей	18,5	+/-2,7%	25	+/-3,8%	<0,01	
Живут со второй семьей	49,8	+/-3,4%	49,6	+/-4,3%		
Не имеют родственников	5,1	+/-1,5%	3,3	+/-1,6%		

Из данных, приведенных в таблице 6, следует, что высокий уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе лиц, проживающих с первой (родительской) семьей - соотношение 1,28:1, P<0,01. Высокий уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе лиц,

проживающих со второй семьей - соотношение 1,24:1, P<0,05. Средний уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе лиц, проживающих с первой семьей (соотношение 1,46:1, P<0,01). Средний уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе

лиц, не имеющих родственников (соотношение 1,61:1, P<0,05). Низкий уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе населения, проживающего с первой семьей (соотношение 1,35:1, P<0,01). Для других исследуемых параметров достоверной разницы в распределении изучаемых уровней психологического и психического здоровья выявлено не было. Результаты, полученные по данному фрагменту, свидетельствуют, что психологическое здоровье лиц, проживающих с первой (родительской) семьей сравнительно более высокое, чем психическое.

Психическое здоровье лиц, проживающих со второй семьей сравнительно более высокое, чем психологическое. При этом следует учитывать общую тенденцию к снижению как психологического, так и психического здоровья в группах, проживающих со второй семьей, а также возрастной аспект данной проблемы.

В таблице 7 приведены сравнительные характеристики параллельного распределения высоких, средних и низких уровней психологического и психического здоровья среди групп населения РК, дифференцируемых по профессиональному статусу.

Таблица 7

Сравнительные характеристики распределения высоких, средних и низких уровней психологического и психического здоровья среди групп населения РК с различным профессиональным статусом (данные 2001 года)

Характеристика групп с высоким психологическим и высоким психическим уровнем здоровья по профессиональному статусу				
Параметры Уровни		Высокое психологическое (n=372)		P
Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	
бизнес, финансы	20,1	+/-5,8%	17,3	+/-1,6%
образование	7,6	+/-3,8%	4,1	+/-0,8%
здравоохранение	2,7	1,5<>6,4%	4,9	+/-0,9%
не работает, не учится	0	0<>2,9%	0	0<>0%
СМИ	0	0<>2,9%	0,2	0,2<>0,3%
силовые	1,6	0,9<>5%	4,1	+/-0,8%
студенты, учащиеся	29,9	+/-7,2%	21,2	+/-1,9%
другие сферы	12,5	+/-4,8%	14,4	+/-1,5%
госслужба	4,9	+/-3,1%	6,9	+/-1,1%
Характеристика групп со средним психологическим и средним психическим уровнем здоровья по профессиональному статусу				
Параметры Уровни		Среднее психологическое (n=6486)		P
Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	
бизнес, финансы	17,5	+/-1,5%	16,2	+/-2,4%
образование	5	+/-0,9%	2,9	+/-1,1%
здравоохранение	4,6	+/-0,8%	3,8	+/-1,3%
не работает, не учится	0	0<>0%	0	0<>0,3%
СМИ	0,3	+/-0,2%	0,1	0,1<>0,5%
силовые	3,6	+/-0,7%	1,6	+/-0,8%
студенты, учащиеся	20	+/-1,7%	8,7	+/-2%
другие сферы	14,4	+/-1,4%	15,8	+/-2,4%
госслужба	6,9	+/-1%	10,1	+/-2%
Характеристика групп с низким психологическим и низким психическим уровнем здоровья по профессиональному статусу				
Параметры Уровни		Низкое психологическое (n=1109)		P
Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	
бизнес, финансы	14,8	+/-2,4%	17,1	+/-3,3%
образование	2,3	+/-1%	9,3	+/-2,5%
здравоохранение	4,1	+/-1,4%	3,3	+/-1,6%
не работает, не учится	0	0<>0,5%	0	0<>1,3%
СМИ	0,1	0,1<>0,6%	0,4	0,2<>1,8%
силовые	1,7	+/-0,9%	1,4	+/-1%
студенты, учащиеся	4,9	+/-1,5%	12,6	+/-3,1%
другие сферы	16,7	+/-2,5%	15,4	+/-3,1%
госслужба	10,3	+/-2,1%	6,3	+/-2,1%

Как видно из данных, приведенных в таблице 7, высокие уровни психологического здоровья сравнительно более интенсивно были представлены в группе респондентов, занятых в системе образования (соотношение 1,85:1, P<0,05), а также в группе учащейся молодежи (соотношение 1,41:1, P<0,05). Среднее психологическое здоровье сравнительно более интенсивно было представлено в группе респондентов, занятых в системе образования (соотношение 1,72:1, P<0,05); в группе респондентов, представляющих силовые ведомства (соотношение 2,25:1, P<0,01); в группе учащейся молодежи (соотношение 2,3:1, P<0,01). Средний уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно представлен в группе представителей госслужбы (соотношение 1,46:1, P<0,01). Низкий уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе респондентов, занятых в системе образования (соотношение 4,04:1, P<0,01); в группе учащейся молодежи (соотношение 2,57:1, P<0,01). Низкий уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе госслужащих

(соотношение 1,63:1, P<0,05). Результаты данного фрагмента показывают позитивную взаимозависимость педагогического профессионального выбора и высоких уровней психологического здоровья населения, негативную взаимозависимость данного профессионального выбора с низким уровнем психического здоровья. Кроме того, подтверждаются результаты других исследовательских фрагментов, показывающих сравнительно более высокие уровни психологического здоровья, присущие восходящему поколению, а также сравнительно более низкие уровни психологического здоровья, присущие категории госслужащих. Данные результаты следует интерпретировать в соответствие с общими тенденциями распределения уровней психического и психологического здоровья среди возрастных и профессиональных групп населения.

В таблице 8 приведены сравнительные характеристики параллельного распределения высоких, средних и низких уровней психологического и психического здоровья среди основных национальных групп населения РК.

Таблица 8

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

Характеристика групп с высоким психологическим и высоким психическим уровнем здоровья по национальности					P
Параметры Уровни	Высокое психологическое (n=372)		Высокое психическое (n=2284)		
	Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.
казахская	33,2	+/-6,8%	40	+/-2,1%	
украинская	3,3	+/-2,6%	4,1	+/-0,8%	
русская	49,5	+/-7,2%	42,3	+/-2,1%	
корейская	2,2	1,2<>5,7%	1,5	+/-0,5%	
татарская	4,9	+/-3,1%	2,9	+/-0,7%	
немецкая	2,7	1,5<>6,4%	2,3	+/-0,6%	
узбекская	0,5	0,3<>3,6%	2,1	+/-0,6%	
другая	0,5	0,3<>3,6%	0,8	+/-0,4%	
Характеристика групп со средним психологическим и средним психическим уровнем здоровья по национальности					
Параметры Уровни	Среднее психологическое (n=6486)		Среднее психическое (n=4891)		P
	Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	
казахская	38,2	+/-1,9%	29,1	+/-3%	<0,01
украинская	4,4	+/-0,8%	4,9	+/-1,4%	
русская	43,5	+/-2%	53	+/-3,3%	<0,01
корейская	1,5	+/-0,5%	1,1	+/-0,7%	
татарская	2,9	+/-0,7%	3,1	+/-1,1%	
немецкая	2,4	+/-0,6%	2,8	+/-1,1%	
узбекская	2,4	+/-0,6%	1,9	+/-0,9%	
другая	0,8	+/-0,4%	0,5	0,3<>0,9%	

Характеристика групп с низким психологическим и низким психическим уровнем здоровья по национальности					P	
Параметры Уровни	Низкое психологическое (n=1109)		Низкое психическое (n=792)			
Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.		
казахская	28	+/-3,1%	28	+/-3,9%		
украинская	5,3	+/-1,5%	5,9	+/-2%		
русская	54,3	+/-3,4%	51,8	+/-4,3%		
корейская	1	+/-0,7%	1,6	+/-1,1%		
татарская	2,4	+/-1%	2,4	+/-1,3%		
немецкая	3	+/-1,2%	3,3	+/-1,6%		
узбекская	1,9	+/-0,9%	2,6	+/-1,4%		
другая	0,5	0,3<1%	1	0,6<2,5%		

Из данных, приведенных в таблице 8, следует, что достоверные различия в распределении высоких и низких уровней психологического и психического здоровья для анализируемых национальных групп установлены не были. Средний уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе лиц казахской национальности (соотношение 1,31:1, P<0,01). Средний уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе лиц русской национальности (соотношение 1,22:1, P<0,01). Результаты настоящего исследовательского фрагмента свидетельствуют о том,

что фактор этнической принадлежности не оказывает существенного влияния на асимметричное распределение соответствующих уровней психологического и психического здоровья в исследуемых этнических группах. Данные результаты следует интерпретировать с учетом общих тенденций распределения уровней психологического и психического здоровья среди основных национальных групп населения РК.

В таблице 9 приведены сравнительные характеристики параллельного распределения высоких, средних и низких уровней психологического и психического здоровья среди населения РК, проживающего в различных регионах Республики.

Таблица 9

Сравнительные характеристики распределения высоких, средних и низких уровней психологического и психического здоровья среди населения РК, дифференцированных по признаку региональной принадлежности(данные 2001 года)

Характеристика групп с высоким психологическим и высоким психическим уровнем здоровья по региону проживания					P	
Параметры Уровни	Высокое психологическое (n=372)		Высокое психическое (n=2284)			
Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.		
Алматы	22,8	+/-6,1%	21,4	+/-1,8%		
Астана	4,3	+/-2,9%	7,6	+/-1,1%		
Восточный Казахстан	12	+/-4,7%	10,7	+/-1,3%		
Западный Казахстан	14,7	+/-5,1%	12	+/-1,4%		
Северный Казахстан	22,8	+/-6,1%	17,8	+/-1,6%		
Центральный Казахстан	9,2	+/-4,2%	10,8	+/-1,3%		
Южный Казахстан	14,1	+/-5%	19,7	+/-1,7%		

Характеристика групп со средним психологическим и средним психическим уровнем здоровья по региону проживания					P	
Параметры Уровни	Среднее психологическое (n=6486)		Среднее психическое (n=4891)			
Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.		
Алматы	22,3	+/-1,6%	21,2	+/-2,7%		
Астана	6,9	+/-1%	4,8	+/-1,4%	<0,05	
Восточный Казахстан	10,5	+/-1,2%	12,2	+/-2,2%		
Западный Казахстан	11,5	+/-1,3%	10,1	+/-2%		
Северный Казахстан	19	+/-1,5%	21	+/-2,7%		
Центральный Казахстан	11,3	+/-1,3%	12,8	+/-2,2%		
Южный Казахстан	18,5	+/-1,5%	17,9	+/-2,5%		

Характеристика групп с низким психологическим и низким психическим уровнем здоровья по региону проживания						P
Параметры Уровни		Низкое психологическое (n=1109)		Низкое психическое (n=792)		P
Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.		
Алматы	20,4	+/-2,7%	25	+/-3,8%		
Астана	5,6	+/-1,6%	4,5	+/-1,8%		
Восточный Казахстан	12,7	+/-2,3%	10,8	+/-2,7%		
Западный Казахстан	9,3	+/-2%	9,4	+/-2,5%		
Северный Казахстан	19,8	+/-2,7%	23	+/-3,7%		
Центральный Казахстан	12,6	+/-2,3%	12,4	+/-2,9%		
Южный Казахстан	19,6	+/-2,7%	14,8	+/-3,1%	<0,05	

Из приведенных в таблице 9 данных следует, что достоверных различий в распределении высоких уровней психического и психологического здоровья среди анализируемых групп населения найдено не было. Средний уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен лишь по г. Астана (соотношение 1,44:1, P<0,05). Низкий уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен по Южно-Казахстанскому региону (соотношение 1,32:1, P<0,05). Результаты по настоящему исследовательскому фрагменту показывают, что фактор региональной принадлежности не оказывает

существенного влияния на асимметричное распределение соответствующих уровней психологического и психического здоровья в исследуемых региональных группах. Полученные результаты следует интерпретировать в контексте общих тенденций распределения уровней психологического и психического здоровья среди основных региональных групп населения РК.

В таблице 10 приведены сравнительные характеристики параллельного распределения высоких, средних и низких уровней психологического и психического здоровья среди населения РК с различными уровнями соматического здоровья (высоким, средним и низким).

Таблица 10

Сравнительные характеристики распределения высоких, средних и низких уровней психологического и психического здоровья среди населения РК с различными уровнями соматического здоровья (высоким, средним, низким) - данные 2001 года

Характеристика групп с высоким психологическим и высоким психическим уровнем здоровья по соматическому здоровью						P
Параметры Уровни		Высокое психологическое (n=372)		Высокое психическое (n=2284)		P
Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.		
Высокое	28,8	+/-6,5%	46,3	+/-2,1%	<0,01	
Низкое	0	0<>2,9%	0	0<>0%		
Среднее	69,6	+/-6,6%	53	+/-2,1%	<0,01	

Характеристика групп со средним психологическим и средним психическим уровнем здоровья по соматическому здоровью						P
Параметры Уровни		Среднее психологическое (n=6486)		Среднее психическое (n=4891)		P
Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.		
Высокое	38,6	+/-1,9%	11,6	+/-2,1%	<0,01	
Низкое	0,2	0,1<>0,2%	0,2	0,2<>0,6%		
Среднее	58,4	+/-1,9%	81,9	+/-2,6%	<0,01	

Характеристика групп с низким психологическим и низким психическим уровнем здоровья по соматическому здоровью						P
Параметры Уровни		Низкое психологическое (n=1109)		Низкое психическое (n=792)		P
Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.		
Высокое	11,4	+/-2,2%	5,5	+/-2%	<0,01	
Низкое	0,2	0,2<>0,7%	0,8	0,5<>2,2%		
Среднее	81,7	+/-2,6%	82,1	+/-3,3%		

Из данных, приведенных в таблице 10, следует, что высокий уровень психологического здоровья относительно более интенсивно был представлен в группе со средним уровнем соматического здоровья (соотношение 1,31:1, $P<0,01$). Высокий уровень психического здоровья относительно более интенсивно представлен в группе с высоким уровнем соматического здоровья (соотношение 1,6:1, $P<0,01$). Средний уровень психологического здоровья относительно более интенсивно был представлен в группе с высоким уровнем соматического здоровья (3,33:1, $P<0,01$). Средний уровень психического здоровья относительно более интенсивно представлен в группе со средним уровнем соматического здоровья (соотношение 1,4:1, $P<0,01$). Низкий уровень психологического здоровья относительно более интенсивно был представлен в группе с высоким уровнем соматического здоровья (соотношение 2,07:1, $P<0,01$). Для других параметров достоверной разницы в распределении исследуемых уровней психологического и психического

здравья выявлено не было. Результаты, полученные в данном исследовательском фрагменте, свидетельствуют о высокой активности фактора соматического здоровья в отношении асимметричного распределения соответствующих уровней психологического и психического здоровья. Показана более тесная позитивная взаимозависимость высоких уровней психического и соматического здоровья. Результаты данного фрагмента следует интерпретировать в контексте общих (внутрикатегориальных) тенденций распределения уровней психологического и психического здоровья среди основных групп населения РК, дифференцируемых по уровню соматического здоровья.

В таблице 11 приведены сравнительные характеристики параллельного распределения высоких, средних и низких уровней психологического и психического здоровья среди населения РК, дифференциированного по признаку высокой, средней и низкой степени заинтересованности собственным здоровьем.

Таблица 11

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

Характеристика групп с высоким психологическим и высоким психическим уровнем здоровья по степени заинтересованности собственным здоровьем					P	
Параметры	Высокое психологическое (n=372)		Высокое психическое (n=2284)			
Уровни	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.		
Высокая	9,8	+/-4,3%	6,9	+/-1,1%		
Низкая	0	0<>3%	0	0<>0%		
Средняя	89,9	+/-4,4%	92,8	+/-1,1%		
Характеристика групп со средним психологическим и средним психическим уровнем здоровья по степени заинтересованности собственным здоровьем					P	
Параметры	Среднее психологическое (n=6486)		Среднее психическое (n=4891)			
Уровни	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.		
Высокая	6,5	+/-1%	3,9	+/-1,3%	<0,01	
Низкая	0	0<>0%	0,1	0,1<>0,6%		
Средняя	93,2	+/-1%	95,8	+/-1,4%	<0,01	
Характеристика групп с низким психологическим и низким психическим уровнем здоровья по степени заинтересованности собственным здоровьем					P	
Параметры	Низкое психологическое (n=1109)		Низкое психическое (n=792)			
Уровни	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.		
Высокая	2,4	+/-1%	4,1	+/-1,7%		
Низкая	0,1	0,1<>0,7%	0	0<>1,4%		
Средняя	97,3	+/-1,1%	95,7	+/-1,8%		

Из данных, приведенных в таблице 11, следует, что достоверных различий в распределении высоких уровней психологического и психического здоровья в изучаемых группах найдено не было.

Тенденция к более интенсивной представленности высокого уровня психологического здоровья в группе с высокой степенью заинтересованности собственным здоровьем (9,8% против 6,9%), а также

тенденция к более интенсивной представленности высокого уровня психического здоровья в группе со средней степенью заинтересованности собственным здоровьем (92,8% против 89,9%) не достигали статистически значимого уровня. Средний уровень психологического здоровья относительно более интенсивно был представлен в группе с высокой степенью заинтересованности собственным здоровьем (соотношение 1,67:1, P<0,01). Средний уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе со средней степенью заинтересованности в собственном здоровье (соотношение 1,03:1, P<0,01). Достоверных различий распределения низких уровней психологического и психического здоровья в изучаемых группах найдено не было. Результаты, полученные в данном исследовательском фрагменте,

свидетельствуют о том, что фактор заинтересованности собственным здоровьем обладает сравнительно низкой асимметричной активностью по отношению к исследуемым уровням психологического и психического здоровья, отслеживаемой лишь в распределении средних уровней рассматриваемых категорий здоровья. Тем не менее, интерпретация полученных результатов показывает более тесную, позитивную взаимозависимость высоких уровней психологического здоровья и самоорганизующей активности личности по отношению к собственному здоровью.

В таблице 12 приведены сравнительные характеристики параллельного распределения высоких, средних и низких уровней психологического и психического здоровья среди групп населения РК с различной степенью выраженности позитивных целей и установок (данные 2001 года).

Таблица 12

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

Характеристика групп с высоким психологическим и высоким психическим уровнем здоровья по наличию, отсутствию, средней выраженности позитивных целей и установок						P
Параметры Уровни		Высокое психологическое (n=372)		Высокое психическое (n=2284)		P
Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.		
Выраженные	99,5	94,4<>99,6%	80,2	+/-1,7%	<0,01	
Отсутствие	0	0<>2,9%	3	+/-0,7%	<0,01	
Средняя	0,5	0,3<>3,6%	16,8	+/-1,6%	<0,01	
Характеристика групп со средним психологическим и средним психическим уровнем здоровья по наличию, отсутствию, средней выраженности позитивных целей и установок						P
Параметры Уровни		Среднее психологическое (n=6486)		Среднее психическое (n=4891)		
Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.		
Выраженные	79,7	+/-1,6%	33,5	+/-3,1%	<0,01	
Отсутствие	3,4	+/-0,7%	22,6	+/-2,8%	<0,01	
Средняя	16,9	+/-1,5%	43,9	+/-3,3%	<0,01	
Характеристика групп с низким психологическим и низким психическим уровнем здоровья по наличию, отсутствию, средней выраженности позитивных целей и установок						P
Параметры Уровни		Низкое психологическое (n=1109)		Низкое психическое (n=792)		
Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.		
Выраженные	18,2	+/-2,6%	64,4	+/-4,2%	<0,01	
Отсутствие	26,3	+/-3%	8,1	+/-2,4%	<0,01	
Средняя	55,5	+/-3,4%	27,6	+/-3,9%	<0,01	

Из данных, приведенных в таблице 12, следует, что высокий уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе с выраженным позитивными целями и установками (соотношение 1,24:1, P<0,01). Высокий уровень психического здоровья относительно более интенсивно был представлен в группе со

средней степенью выраженности позитивных целей и установок (соотношение 33,6:1, P<0,01), а также в группе с отсутствием позитивных целей и установок (соотношение 3:0, P<0,01). Средний уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе с выраженным позитивными целями и установками

(соотношение 2,38:1, $P<0,01$). Средний уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе лиц со средней степенью выраженности позитивных целей и установок (соотношение 2,6:1, $P<0,01$), в также в группе с отсутствием позитивных целей и установок (соотношение 6,65:1, $P<0,01$). Низкий уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе со средней степенью выраженности позитивных целей и установок (соотношение 2,01:1, $P<0,01$), а также в группе с отсутствием позитивных целей и установок (соотношение 3,25:1, $P<0,01$). Низкий уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе с наличием выраженных позитивных целей и установок (соотношение 3,54:1, $P<0,01$). Результаты, полученные по данному фрагменту, свидетельствуют о том, что фактор позитивных целей и установок является весьма активным

в плане асимметричного распределения сравниваемых уровней психологического и психического здоровья. Кроме того, в данном исследовательском фрагменте получены дополнительные подтверждения более тесной позитивной взаимозависимости высокого уровня психологического здоровья с наличием выраженных позитивных целей и установок по сравнению с высоким уровнем психического здоровья. Общая интерпретация результатов по настоящему фрагменту должна учитывать тенденции внутрикатегориального распределения исследуемых уровней психологического и психического здоровья населения.

В таблице 13 приведены сравнительные характеристики параллельного распределения высоких, средних и низких уровней психологического и психического здоровья среди групп населения РК, дифференцированных по признаку социальной динамики – восходящей, нейтральной, нисходящей.

Таблица 13

Сравнительные характеристики распределения высоких, средних и низких уровней психологического и психического здоровья среди групп населения РК с различной социальной динамикой (данные 2001 года)

Характеристика групп с высоким психологическим и высоким психическим уровнем здоровья по социальной динамике					
Параметр Уровень	Высокое психологическое (n=372)		Высокое психическое (n=2284)		
Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.	P
Восходящая	15,2	+/-5,2%	4,7	+/-0,9%	<0,01
Нейтральная	84,2	+/-5,3%	94,8	+/-0,9%	<0,01
Нисходящая	0,5	0,3<>3,6%	0,4	+/-0,3%	
Характеристика групп со средним психологическим и средним психическим уровнем здоровья по социальной динамике					
Параметр Уровень	Среднее психологическое (n=6486)		Среднее психическое (n=4891)		
Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.	P
Восходящая	4,7	+/-0,8%	2,9	+/-1,1%	<0,05
Нейтральная	94,8	+/-0,9%	95,9	+/-1,3%	
Нисходящая	0,5	+/-0,3%	1,3	+/-0,7%	<0,05
Характеристика групп с низким психологическим и низким психическим уровнем здоровья по социальной динамике					
Параметр Уровень	Низкое психологическое (n=1109)		Низкое психическое (n=792)		
Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.	P
Восходящая	0,1	0,1<>0,6%	4,1	+/-1,7%	<0,01
Нейтральная	98,3	+/-0,9%	94,7	+/-2%	<0,01
Нисходящая	1,6	+/-0,8%	1,2	+/-0,9%	

Из данных, приведенных в таблице 13, следует, что высокий уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе с восходящей социальной динамикой (соотношение 3,23:1, $P<0,01$). Высокий уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе с

нейтральной социальной динамикой (соотношение 1,12:1, $P<0,01$). Средний уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе с восходящей социальной динамикой (соотношение 1,62:1, $P<0,05$). Средний уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе с

нисходящей социальной динамикой (соотношение 2,6:1, $P<0,05$). Низкий уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно представлен в группе с нейтральной социальной динамикой (соотношение 1,04:1, $P<0,01$). Низкий уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно представлен в группе с восходящей социальной динамикой (соотношение 4,1:1, $P<0,01$). Для других исследуемых параметров достоверной разницы в распределении сравниваемых уровней психологического и психического здоровья получено не было. Результаты, полученные по данному фрагменту, свидетельствуют о высокой активности фактора

социальной динамики в плане асимметричного распределения исследуемых уровней психологического и психического здоровья. А также о наличии более выраженной позитивной взаимозависимости высоких уровней психологического здоровья с восходящей социальной динамикой по сравнению с высокими уровнями психического здоровья.

В таблице 14 приведены сравнительные характеристики параллельного распределения высоких, средних и низких уровней психологического и психического здоровья среди группы населения РК, дифференцируемых по признаку скорости адаптации – высокой, средней, низкой.

Таблица 14

Сравнительные характеристики распределения высоких, средних и низких уровней психологического и психического здоровья среди группы населения РК с различной скоростью адаптации (данные 2001 года)

Характеристика групп с высоким психологическим и высоким психическим уровнем здоровья по скорости адаптации					
Параметр Уровень		Высокое психологическое (n=372)		Высокое психическое (n=2284)	
Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.	P
Высокая	21,2	+/-5,9%	0,8	+/-0,4%	<0,01
Низкая	0	0<>2,9%	2,5	+/-0,7%	<0,05
Средняя	78,8	+/-5,9%	96,7	+/-0,8%	<0,01
Характеристика групп со средним психологическим и средним психическим уровнем здоровья по скорости адаптации					
Параметр Уровень		Среднее психологическое (n=6486)		Среднее психическое (n=4891)	
Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.	P
Высокая	0,8	+/-0,3%	3,9	+/-1,3%	<0,01
Низкая	3	+/-0,7%	17	+/-2,5%	<0,01
Средняя	96,3	+/-0,7%	79,1	+/-2,7%	<0,01
Характеристика групп с низким психологическим и низким психическим уровнем здоровья по скорости адаптации					
Параметр Уровень		Низкое психологическое (n=1109)		Низкое психическое (n=792)	
Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.	P
Высокая	0	0<>0,5%	1,4	+/-1%	<0,01
Низкая	19,6	+/-2,7%	6,7	+/-2,2%	<0,01
Средняя	80,4	+/-2,7%	91,9	+/-2,4%	<0,01

Из данных, приведенных в таблице 14, следует, что высокий уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе с высокой скоростью адаптации (соотношение 26,5:1, $P<0,01$). Высокий уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе со средней скоростью адаптации (соотношение 1,23:1, $P<0,01$), а также в группе с низкой скоростью адаптации (соотношение 2,5:0, $P<0,05$). Средний уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе со средней скоростью адаптации

(соотношение 1,22:1, $P<0,01$). Средний уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе с высокой скоростью адаптации (соотношение 4,87:1, $P<0,01$), а также в группе с низкой скоростью адаптации (соотношение 5,67:1, $P<0,01$). Низкий уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе с низкой скоростью адаптации (соотношение 2,92:1, $P<0,01$). Результаты, полученные по настоящему фрагменту, свидетельствуют о достаточно высокой активности фактора скорости адаптации в отношении ассиметричного

распределения сравниваемых уровней психологического и психического здоровья. Получены дополнительные подтверждения более тесной позитивной взаимозависимости высоких уровней психологического здоровья с высокой скоростью адаптации по сравнению с высоким уровнем психического здоровья.

В таблице 15 приведены сравнительные характеристики параллельного распределения высоких, средних и низких уровней психологического и психического здоровья среди групп населения РК с различной степенью религиозности.

Как следует из таблицы 15, высокий уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе со средней степенью вовлеченности в религиозное мировоззрение (соотношение 1,16:1, $P<0,05$). Высокий уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе с высокой степенью вовлеченности в религиозное мировоззрение (соотношение 2,06:1, $P<0,05$). Средний уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе с низкой степенью вовлеченности в религиозное мировоззрение (соотношение 1,22:1, $P<0,01$).

Таблица 15

Сравнительные характеристики распределения высоких, средних и низких уровней психологического и психического здоровья среди групп населения РК с различной степенью религиозности (данные 2001 года)

Характеристика групп с высоким психологическим и высоким психическим уровнем здоровья по степени вовлеченности в религиозное мировоззрение					
Параметр Уровень		Высокое психологическое (n=372)		Высокое психическое (n=2284)	
Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.	P
Высокая	4,3	+/-2,9%	8,9	+/-1,2%	<0,05
Низкая	22,3	+/-6%	23,7	+/-1,8%	
Средняя	64,7	+/-6,9%	55,7	+/-2,1%	<0,05
Характеристика групп со средним психологическим и средним психическим уровнем здоровья по степени вовлеченности в религиозное мировоззрение					
Параметр Уровень		Среднее психологическое (n=6486)		Среднее психическое (n=4891)	
Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.	P
Высокая	8,4	+/-1,1%	6,3	+/-1,6%	
Низкая	23,5	+/-1,7%	28,6	+/-3%	<0,01
Средняя	57,6	+/-1,9%	54,4	+/-3,3%	
Характеристика групп с низким психологическим и низким психическим уровнем здоровья по степени вовлеченности в религиозное мировоззрение					
Параметр Уровень		Низкое психологическое (n=1109)		Низкое психическое (n=792)	
Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.	P
Высокая	7	+/-1,7%	6,3	+/-2,1%	
Низкая	30,4	+/-3,1%	24,6	+/-3,7%	<0,05
Средняя	51,2	+/-3,4%	63,4	+/-4,2%	<0,01

Низкий уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе с низкой степенью вовлеченности в религиозное мировоззрение (соотношение 1,23:1, $P<0,05$). Низкий уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе со средней степенью вовлеченности в религиозное мировоззрение (соотношение 1,24:1, $P<0,01$). По другим параметрам достоверного различия в распределении сравниваемых уровней психологического и психического здоровья получено не было. Результаты данного исследовательского

фрагмента показывают средний уровень активности фактора вовлеченности в религиозное мировоззрение в плане ассиметричного распределения соответствующих уровней психологического и психического здоровья. Дополнительно показана более тесная позитивная взаимозависимость высоких уровней психологического здоровья и средних степеней вовлеченности в религиозное мировоззрение, а также высоких уровней психического здоровья и высоких степеней вовлеченности в религиозное мировоззрение.

В таблице 16 приведены сравнительные характеристики параллельного распределения высоких,

средних и низких уровней психологического и психического здоровья среди групп населения РК,

дифференцированных по признаку наличия или отсутствия табачной зависимости.

Таблица 16

Сравнительные характеристики распределения высоких, средних и низких уровней психологического и психического здоровья среди населения РК, дифференцируемого по признаку наличия или отсутствия табачной зависимости (данные 2001 года)

Характеристика групп с высоким психологическим и высоким психическим уровнем здоровья по степени зависимости от табака					
Параметр Уровень		Высокое психологическое (n=372)		Высокое психическое (n=2284)	
Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.	P
Не зависимы	73,4	+/-6,4%	70,6	+/-2%	
Зависимы	26,6	+/-6,4%	29,4	+/-2%	
Характеристика групп со средним психологическим и средним психическим уровнем здоровья по степени зависимости от табака					
Параметр Уровень		Среднее психологическое (n=6486)		Среднее психическое (n=4891)	
Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.	P
Не зависимы	70,3	+/-1,8%	64,9	+/-3,2%	<0,01
Зависимы	29,7	+/-1,8%	35,1	+/-3,2%	<0,01
Характеристика групп с низким психологическим и низким психическим уровнем здоровья по степени зависимости от табака					
Параметр Уровень		Низкое психологическое (n=1109)		Низкое психическое (n=792)	
Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.	P
Не зависимы	63,8	+/-3,3%	68,7	+/-4%	
Зависимы	36,2	+/-3,3%	31,3	+/-4%	

Из приведенных в таблице 16 данных следует, что достоверных различий для распределения высоких и низких уровней психологического и психического здоровья в исследуемых группах найдено не было. Средний уровень психологического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе с отсутствием табачной зависимости (соотношение 1,08:1, P<0,01). Средний уровень психического здоровья сравнительно более интенсивно был представлен в группе с наличием табачной зависимости (соотношение 1,18:1, P<0,01). Результаты данного исследовательского фрагмента свидетельствуют о незначительной

активности фактора табачной зависимости в отношении асимметричного распределения сравниваемых уровней психологического и психического здоровья. Настоящие результаты следует интерпретировать с учетом внутрикатегориальных тенденций распределения рассматриваемых уровней здоровья в исследуемых группах.

В таблице 17 приведены сравнительные характеристики параллельного распределения высоких, средних и низких уровней психологического и психического здоровья среди групп населения, дифференцируемых по признаку наличия или отсутствия алкогольной зависимости.

Таблица 17

Сравнительные характеристики высокого, среднего и низкого уровней психологического и психического здоровья среди групп населения РК с наличием или отсутствием алкогольной зависимости (данные 2001 года)

Характеристика групп с высоким психологическим и высоким психическим уровнем здоровья по степени зависимости от алкоголя					
Параметр Уровень		Высокое психологическое (n=372)		Высокое психическое (n=2284)	
Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.	P
Зависимы	0	0<>2,9%	0,2	0,1<>0,2%	
Не зависимы	100	95,1<>100%	99,8	98,8<>99,8%	

Характеристика групп со средним психологическим и средним психическим уровнем здоровья по степени зависимости от алкоголя					
Параметр Уровень		Среднее психологическое (n=6486)		Среднее психическое (n=4891)	
Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.	P
Зависимы	0,2	0,1<0,2%	0,2	0,2<0,6%	
Не зависимы	99,8	98,8<99,9%	99,8	98,2<99,8%	
Характеристика групп с низким психологическим и низким психическим уровнем здоровья по степени зависимости от алкоголя					
Параметр Уровень		Низкое психологическое (n=1109)		Низкое психическое (n=792)	
Наименование	%	Довер. интервал ср.	%	Довер. интервал ср.	P
Зависимы	0,4	0,2<0,9%	0,2	0,1<1,5%	
Не зависимы	99,6	97,8<99,7%	99,8	96,8<99,9%	

Из данных, приведенных в таблице 17, следует, что достоверных различий по распределению сравниваемых уровней психологического и психического здоровья в исследуемых группах найдено не было. Результаты настоящего фрагмента свидетельствуют о низкой активности фактора алкогольной зависимости в отношении асимметричного распределения рассматриваемых уровней здоровья. Настоящие результаты следует интерпретировать в контексте внутрикатегориальных тенденций распределения уровней психологического и психического здоровья.

Таким образом, большинство из анализируемых в нашем исследовании факторов имеет достаточно выраженную степень активности в отношении асимметричного распределения параллельных уровней психологического и психического здоровья. Полученные по данному разделу результаты являются дополнительными свидетельствами качественных различий между основными уровнями функциональной активности психики индивида, обозначаемыми как психическое и психологическое здоровье.

Далее, нами анализируются и обобщаются:

- монополярные тенденции в распределении категорий психического и психологического здоровья;
- разнополярные тенденции в распределении названных категорий, их дифференцированных уровней;
- различия в общих (монополярных) тенденциях распределения уровней психического и психологического здоровья по степени интенсивности;
- различия в разнополярных тенденциях распределения уровней психического и психологического здоровья по степени интенсивности;
- факторная активность в отношении внутрикатегориального распределения уровней психического и психологического здоровья;
- факторная активность в отношении асимметричного (параллельного) распределения соответствующих уровней психического и психологического здоровья;

- выводится общий вектор активности параметров (уровней) психологического и психического здоровья в отношение особо значимых факторов:

- a) материального благосостояния;
- б) вовлеченности в религиозное мировоззрение;
- в) зависимости от психоактивных веществ;
- г) наличия позитивных целей и установок;
- д) социальной динамики;
- е) самоорганизующей активности личности по отношению к собственному здоровью.

- выводятся обобщенные характеристики категорий психического и психологического здоровья.

В таблице 18 приводятся сводные характеристики психического и психологического здоровья населения РК по всем вышеприведенным параметрам.

Как следует из данных, представленных в таблице 18, из 16 групп факторов (65 факторов, учитываемых при распределении уровней психологического и психического здоровья) монополярные (общие) тенденции в распределении категорий психического и психологического здоровья отмечались в следующих группах:

- общая тенденция распределения уровней психического и психологического здоровья среди населения РК (объемные соотношения высоких, средних и низких уровней рассматриваемых категорий здоровья);
 - группа гендерных факторов;
 - группа возрастных факторов;
 - группа факторов материального благосостояния;
 - группа семейных факторов;
 - группа факторов соматического здоровья;
 - группа факторов заинтересованности в собственном здоровье;
 - группа факторов наличия позитивных целей и установок;
 - группа факторов социальной динамики;
 - группа факторов скорости адаптации;
 - группа факторов зависимости от табака;
 - группа факторов зависимости от алкоголя.
- Итого – 11 групп факторов.

*Комплексные характеристики психического и психологического здоровья населения РК
(данные 2001 года)*

Обозначение фактора	Однополярные тенденции распределения уровней психического и психологического здоровья	Разнополярные тенденции распределения уровней психического и психологического здоровья	Значения внутрикатегориального распределения		Асимметричные значения параллельного распределения уровней психического и психологического здоровья		
			Психическое здоровье	Психологическое здоровье	Высокие уровни	Средние уровни	Низкий уровни
Общая выборка	+				6,1:1	1,32:1	1,4:1
<i>Гендерный</i>							
Мужчины	+		1,55:1	1,2:1	-	1,09:1	1,36:1
Женщины	+		1,33:1	1,16:1	-	1,07:1	1,19:1
<i>Возрастной</i>							
12-16 лет	+		2,9:1	5,78:1	-	2,26:1	1,79:1
17-21 лет	+		1,63:1	4,42:1	-	1,92:1	2,46:1
22-26 лет	+		1,37:1	1,83:1	-	1,34:1	-
27-35 лет	+		-	-	-	-	-
36-47 лет	+		1,32:1	2,2:1	1,65:1	1,41:1	1,39:1
48-55 лет	+		2,15:1	4,7:1	-	1,84:1	1,3:1
<i>Образование</i>							
Начальное	+		1,67:1	1,6:1	-	1,26:1	-
Без образования	+		-	-	-	-	-
Среднее	+		1,15:1	1,61:1	1,23:1	1,24:1	1,25:1
Высшее образование		+	-	1,95:1	1,3:1	1,37:1	1,78:1
<i>Благосостояние</i>							
Высокий	+		2,18:1	7,78:1	-	2,68:1	4,76:1
Низкий	+		1,81:1	4,04:1	1,9:1	1,85:1	1,5:1
Средний	+		1,18:1	1,7:1	1,21:1	1,25:1	1,3:1
<i>Семейный</i>							
Живут с первой семьей	+		1,66:1	2,69:1	1,28:1	1,46:1	1,35:1
Живут со второй семьей	+		-	1,37:1	1,24:1	-	-
Не имеют родственников	+		1,77:1	2,1:1	-	1,61:1	-
<i>Профессиональный</i>							
Бизнес, финансы	+		-	1,37:1	-	-	-
Образование		+	1,58:1	3,3:1	1,85:1	1,72:1	4,04:1
Здравоохранение	+		-	-	-	-	-
Не работает, не учится	+		-	-	-	-	-
СМИ	+		-	-	-	-	-
Силовые	+		3,55:1	-	-	2,25:1	-
Студенты, учащиеся	+		2,39:1	7,1:1	1,41:1	2,3:1	2,57:1
Другие сферы	+		-	1,54:1	-	-	-
Госслужба		+	-	1,64:1	-	1,46:1	1,63:1
<i>Национальный</i>							
Казахская	+		1,38:1	1,31:1	-	1,31:1	-
Украинская	+		1,51:1	2,29:1	-	-	-

Обозначение фактора	Однополярные тенденции распределения уровней психического и психологического здоровья	Разнополярные тенденции распределения уровней психического и психологического здоровья	Значения внутрикатегориального распределения		Асимметричные значения параллельного распределения уровней психического и психологического здоровья		
			Психическое здоровье	Психологическое здоровье	Высокие уровни	Средние уровни	Низкий уровни
Русская	+		1,24:1	1,2:1	-	1,22:1	-
Корейская		+	-	3,07:1	-	-	-
Татарская	+				-	-	-
Немецкая	+				-	-	-
Узбекская	+				-	-	-
Другая	+				-	-	-
<i>Региональный</i>							
Алматы	+		1,18:1	-	-	-	-
Астана		+	1,41:1	-	-	1,44:1	-
Восточный Казахстан	+		-	-	-	-	-
Западный Казахстан	+		1,35:1	1,66:1	-	-	-
Северный Казахстан	+		1,36:1	-	-	-	-
Центральный Казахстан	+		-	-	-	-	-
Южный Казахстан	+		1,59:1	1,28:1	-	-	1,32:1
<i>Уровень соматического здоровья</i>							
Высокое	+		4,16:1	4,65:1	1,6:1	3,33:1	2,07:1
Низкое	+		-	-	-	-	-
Среднее	+		1,45:1	1,35:1	1,31:1	1,4:1	-
<i>Заинтересованность в здоровье</i>							
Высокая	+		2,24:1	4,9:1	-	1,67:1	-
Низкая	+		-	-	-	-	-
Средняя	+		1,04:1	1,1:1	-	1,03:1	-
<i>Позитивные цели и установки</i>							
Выраженные	+		1,69:1	5,36:1	1,24:1	2,38:1	3,54:1
Отсутствие	+		6,3:1	28:0	3:0	6,65:1	3,25:1
Средняя	+		2,23:1	66,87:1	33,6:1	2,6:1	2,01:1
<i>Социальная динамика</i>							
Восходящая	+		1,93:1	52:1	3,23:1	1,62:1	41:1
Нейтральная	+		-	1,17:1	1,12:1	-	1,04:1
Нисходящая	+		3,5:1	-	-	2,6:1	-
<i>Скорость адаптации</i>							
Высокая	+		2,67:1	20,4:1	26,5:1	4,87:1	-
Низкая	+		6,1:1	21,6:0	2,5:0	5,67:1	2,92:1
Средняя	+		1,12:1	-	1,23:1	1,22:1	-
<i>Вовлеченность в религиозное мировоззрение</i>							
Высокая		+	1,4:1	-	2,06:1	-	-
Низкая	+		1,16:1	1,34:1	-	1,22:1	1,23:1

Обозначение фактора	Однополярные тенденции распределения уровней психического и психологического здоровья	Разнополярные тенденции распределения уровней психического и психологического здоровья	Значения внутрикатегориального распределения		Асимметричные значения параллельного распределения уровней психического и психологического здоровья		
			Психическое здоровье	Психологическое здоровье	Высокие уровни	Средние уровни	Низкий уровни
Средняя		+	-	1,23:1	1,16:1	-	1,24:1
Зависимость от табака							
Не зависимы	+			1,05:1	1,14:1	-	1,08:1
Зависимы	+			1,13:1	1,32:1	-	1,18:1
Зависимость от алкоголя							
Зависимы	+		-	-	-	-	-
Не зависимы	+		-	-	-	-	-

Разнополярные тенденции отмечались в следующих группах факторов:

- группа факторов образования;
- группа профессиональных факторов;
- группа национальных факторов;
- группа региональных факторов;
- группа факторов вовлеченности в религиозное мировоззрение.

Итого – 5 групп факторов.

Из 65 учитываемых при распределении уровней психического и психологического здоровья факторов по 7-ми из них обнаружены разнополярные тенденции в распределении категорий (уровней) психического и психологического здоровья:

- фактор высшего образования (позитивная зависимость с высоким уровнем психологического здоровья и негативная с высоким уровнем психического здоровья);
- фактор занятости в системе образования;
- фактор занятости в госслужбе;
- фактор корейской национальности;
- фактор высокой степени вовлеченности в религиозное мировоззрение;
- фактор средней степени вовлеченности в религиозное мировоззрение.

Таким образом, рассматриваемые уровни функциональной активности психики (психическое и психологическое здоровье), в основном, однополярно реагируют на вышеприведенные системы факторов, оказывающих влияние на распределение исследуемых уровней здоровья.

В тоже время, интенсивность данной реакции весьма различна. При монополярном типе распределения уровней психологического и психического здоровья наиболее выраженные различия между сравниваемыми категориями прослеживались по следующим группам факторов, в порядке убывания степеней различий:

- наличие позитивных целей и установок;
- социальная динамика;
- скорость адаптации;
- материальное благосостояние;
- возрастной фактор.

При разнополярном распределении уровней психического и психологического здоровья основные факторы по степени различий располагались в следующем порядке:

- фактор занятости в системе образования;
- фактор корейской национальности;
- фактор высшего образования;
- фактор занятости в госслужбе;
- фактор проживания в г. Астана;
- фактор высокой степени вовлеченности в религиозное мировоззрение;
- фактор средней степени вовлеченности в религиозное мировоззрение.

Внутрикатегориальная активность системы факторов для распределения уровней психического здоровья (в данном случае речь идет о дифферентах распределения высокого и низкого уровней) выглядела следующим образом в порядке убывания степени активности:

- фактор отсутствия позитивных целей и установок (с более интенсивной представленностью низких уровней психического здоровья – дифферент 6,3:1);
- фактор низкой скорости адаптации (с более интенсивной представленностью низких уровней психического здоровья – дифферент 6,1:1);
- фактор принадлежности к высокому уровню соматического здоровья (с более интенсивной представленностью высокого уровня психического здоровья – дифферент 4,16:1);
- фактор занятости в силовых ведомствах (с более интенсивной представленностью высоких уровней психического здоровья – дифферент 3,55:1);

-
- фактор нисходящей социальной динамики (с более интенсивной представленностью низких уровней психического здоровья – дифферент 3,5:1);
 - фактор возрастной группы 12-16 лет (с более интенсивной представленностью высоких уровней психического здоровья – дифферент 2,9:1);
 - фактор высокой скорости адаптации (с более интенсивной представленностью высокого уровня психического здоровья – дифферент 2,67:1);
 - фактор принадлежности к группе учащейся молодежи (с более интенсивной представленностью высокого уровня психического здоровья – дифферент 2,39:1);
 - фактор высокой заинтересованности собственным здоровьем (с более интенсивной представленностью высокого уровня психического здоровья – дифферент 2,24:1);
 - фактор наличия средней степени выраженности позитивных целей и установок (с более интенсивной представленностью низкого уровня психического здоровья – дифферент 2,23:1);
 - фактор высокого уровня доходов (благосостояния) (с более интенсивной представленностью низкого уровня психического здоровья – дифферент 2,18:1);
 - фактор принадлежности к возрастной группе 48-55 лет (с более интенсивной представленностью низкого уровня психического здоровья – дифферент 2,15:1).
- Таким образом, 12 факторов из 65 для категории психического здоровья имели дифферент активности внутрикатегориального распределения высокого и низкого уровней психического здоровья в пределах 6,3-2,15. Остальные 53 фактора имели дифферент в пределах 2-1,04.
- Внутрикатегориальная активность системы факторов для распределения уровней психологического здоровья (в данном случае представлены дифференты распределения высокого и низкого уровней) в порядке убывания степени активности выглядела следующим образом:
- фактор средней степени выраженности позитивных целей и установок (с более интенсивной представленностью низкого уровня психологического здоровья – дифферент 66,87:1);
 - фактор восходящей социальной динамики (с более интенсивной представленностью высокого уровня психологического здоровья – дифферент 52:1);
 - фактор отсутствия позитивных целей и установок (с более интенсивной представленностью низкого уровня психологического здоровья – дифферент 28:0);
 - фактор низкой скорости адаптации (с более интенсивной представленностью низкого уровня психологического здоровья – дифферент 21,6:0);
 - фактор высокой скорости адаптации (с более интенсивной представленностью высокого уровня психологического здоровья – дифферент 20,4:1);
 - фактор высокого уровня доходов (благосостояния) (с более интенсивной представленностью высокого уровня психологического здоровья – дифферент 7,78:1);
 - фактор принадлежности к группе учащейся молодежи (с более интенсивной представленностью высокого уровня психологического здоровья – дифферент 7,1:1);
 - фактор принадлежности к возрастной группе 12-16 лет (с более интенсивной представленностью высокого уровня психологического здоровья – дифферент 5,78:1);
 - фактор наличия выраженной степени позитивных целей и установок (с более интенсивной представленностью высокого уровня психологического здоровья – дифферент 5,36:1);
 - фактор высокой степени заинтересованности собственным здоровьем (с более интенсивной представленностью высокого уровня психологического здоровья – дифферент 4,9:1);
 - фактор принадлежности к возрастной группе 48-55 лет (с более интенсивной представленностью низкого уровня психологического здоровья – дифферент 4,7:1);
 - фактор принадлежности к группе с высоким уровнем соматического здоровья (с более интенсивной представленностью высокого уровня психологического здоровья – дифферент 4,65:1);
 - фактор принадлежности к возрастной группе 17-21 лет (с более интенсивной представленностью высокого уровня психологического здоровья – дифферент 4,42:1);
 - фактор низкого уровня доходов (благосостояния) (с более интенсивной представленностью низкого уровня психологического здоровья – дифферент 4,04:1);
 - фактор принадлежности к профессиональной группе, занятой в системе образования (с более интенсивной представленностью высокого уровня психологического здоровья – дифферент 3,3:1);
 - фактор принадлежности к корейской национальности (с более интенсивной представленностью высокого уровня психологического здоровья – дифферент 3,07:1);
 - фактор проживания с первой (родительской) семьей (с более интенсивной представленностью высокого уровня психологического здоровья – дифферент 2,69:1);
 - фактор принадлежности к украинской национальности (с более интенсивной представленностью низкого уровня психологического здоровья – дифферент 2,29:1).
- Таким образом, 18 факторов из 65 для категории психологического здоровья имели дифферент активности внутрикатегориального распределения высокого и низкого уровней психологического здоровья в пределах 66,87-2,29. Остальные 47 факторов располагались в зоне дифферента от 2 до 1,1.
-

Сравнение особенностей внутрикатегориальной активности рассматриваемой системы факторов в отношении распределения высоких и низких уровней психического и психологического здоровья (иерархия признаков по степени регрессионной динамики, разница в показателях дифферента, общее количество признаков со значениями дифферента >2) показывает существенную разницу по всем анализируемым направлениям:

- общее количество наиболее активных, в отношение распределения высоких и низких уровней рассматриваемых категорий здоровья факторов, для психического здоровья составило - 12, для психологического – 18, что говорит о сравнительно большей степени динамичности и чувствительности к внешним воздействиям категории психологического здоровья;

- значения дифферентов для группы активных факторов в отношение распределения изучаемых уровней психологического здоровья на порядок превышали значения дифферентов для группы активных факторов категории психологического здоровья (66,87-2,29 и 6,3-2,15), что также свидетельствует о более динамичной организации данного уровня функциональной активности психики (психологическое здоровье);

- особенности иерархии построения системы факторов, в зависимости от степени регрессионной динамики активности в отношении распределения высоких и низких уровней психического и психологического здоровья, показывают, что для категории психологического здоровья наиболее дифференциально-активными являются социальные и биологические факторы. Для категории психологического здоровья – социальные.

Факторная активность в отношение асимметричного (параллельного) распределения высоких, средних и низких уровней психического и психологического здоровья выглядела по степени убывания следующим образом:

- группа факторов, характеризующих позитивные цели и установки;
- группа факторов, характеризующих скорость адаптации;
- группа факторов, характеризующих социальную динамику;
- группа факторов, характеризующих уровень доходов (благосостояние);
- группа факторов, характеризующих семейный статус;
- группа факторов, характеризующих степень вовлеченности в религиозное мировоззрение;
- группа факторов, характеризующих образовательный статус;

- группа факторов, характеризующих уровни соматического здоровья;
- группа возрастных факторов;
- группа профессиональных факторов;
- группа факторов, характеризующих этническую принадлежность;
- группа факторов, характеризующих региональную принадлежность;
- группа факторов, характеризующих степень заинтересованности собственным здоровьем;
- группа факторов табачной зависимости;
- группа факторов алкогольной зависимости.

Таким образом, из 15 групп факторов (в данной иерархии не учитывался фактор объемного распределения выборки по уровням психического и психологического здоровья) 7 первых групп представляют собой социальные факторы, обладающие наибольшей степенью активности в отношение внутрикатегориального распределения уровней психологического здоровья. Следовательно, наибольшие различия рассматриваемых категорий здоровья сосредоточены в скорости и особенностях реагирования на социальную ситуацию.

В отношение социально-значимых факторов (материальное благосостояние, вовлеченность в религиозное мировоззрение, зависимость от психоактивных веществ, наличие позитивных целей и установок, социальная динамика, самоорганизующая активность личности по отношению к собственному здоровью), являющихся предикторами социальных эпидемий бедности, религиозного фанатизма и экстремизма, наркозависимости и т.д., а также основой современного направления гигиены и профилактики, отмечается значительно более выраженная вовлеченность категории психологического здоровья, чем психического. Следовательно, основной акцент в соответствующих профилактических стратегиях должен делаться на форсированное развитие высоких уровней психологического здоровья.

Результаты наших исследований показывают, что в био-психо-социальной модели и функциональной активности психики категория психического здоровья, в большей степени, представляет вектор био-социальной функциональной активности. Категория психологического здоровья представляет вектор психо-социальной активности. Категория психологического здоровья, как более подвижный и динамичный уровень функциональной активности личности, является наиболее действенной сферой приложения специальных и общих психодиагностических и психопрофилактических стратегий и программ.

ИНФОРМАЦИЯ, ОБЗОРЫ

ОСНОВЫ АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ И ПРАКТИКИ

О.Г. Юсопов

Наука и искусство имеют один корень, ставя своей целью быть полезными человеку. Далеко обгоняя свое время, они наиболее чутко улавливают социальные перемены, постоянно оказываясь на острие событий. Параллельное развитие науки и искусства было и остается одним из важнейших условий существования человечества, но значение этого факта полностью было осознано людьми не так давно. У науки и искусства общий результат – изменение естественного пространства и улучшение качества жизни, а объединяющим способом является творческий процесс. Человек «определяет» себя с помощью занятий наукой или искусством в создаваемых им вещах, оставляя в них частицу своего «Я».

Путь науки и искусства от хаоса к гармонии. Наука дисциплинирует природный хаос, искусство – хаос собственных восприятий действительности, для того, чтобы, как говорил Эйнштейн, обрести устойчивость, разумную картинку мира, в которой человек чувствует себя как дома. При этом наука стремилась освободиться от всего субъективного, все больше тяготея к космоцентризму, а искусство двигалось к антропоморфизму, стремясь наиболее ярко выразить внутренний мир человека.

Уже первобытный человек пытался материализовать свои представления о мире в форме наскальных рисунков, и внести некий порядок в свое

мировосприятие. За счет этого он получал возможность многократно переживать эмоциональные состояния, связанные со сложной для него деятельностью, но при этом без потерь энергии, как при физической деятельности. Древние использовали символику для идентификации своего места в мировом космосе и поисков смысла человеческого существования, для преодоления страха перед неизвестной стихией, и по сей день символ является наиболее экономичным и международным средством передачи информации. С самого начала существования человечества искусство отражает культуру и социальные характеристики того общества, в рамках которого оно существует и является своеобразным маркером социально-экономических отношений в обществе и чутко реагирует на настоящие или будущие изменения в обществе.

Системное исследование истории человеческой культуры, показало, что общемировое сознание человечества, по мере накопления все большего количества информации об окружающем его мире, претерпевало ряд последовательных трансформаций, у которых есть строгая и простая логика. Сухонос С.И. отмечает следующие взаимосвязи и характеристики общественного сознания и их отражение в живописи в различные периоды развития человеческого общества (Сухонос С.И., 1997):

Общественный строй	Особенности сознания	Отражение в живописи
Первобытнообщинный период	мифологическое 0-мерное сознание; представление о вселенной, как мировом яйце — вещи в себе, либо некотором мифологическом существе	наскальная бессюжетная живопись
Рабовладельческий период	1-мерное сознание; представление о Вселенной как о ленточной структуре; представление о линейно-ветвистой структуре Вселенной в виде мирового дерева	египетский стиль линейной живописи
Феодальный период	2-мерное сознание; 2-мерные модели Вселенной: плоская Земля, накрытая двухмерным куполом, либо абсолютно плоская модель	плоская живопись (отсутствие перспективы, объема)
Капиталистический период	3-мерные модели; Вселенная приобрела объем, и наука о пространстве стала использовать три оси координат: X, Y, Z пространства	живописцы осваивают перспективу и наполняют картины объемом
Современность	XX век является переходно-подготовительным периодом к новой топологической модели, которая приведет к появлению четырехмерного мировоззрения, опирающегося на расширенное дополнительное измерение - сознание человека	описание в настоящее время затруднено тем, что приходится использовать привычные большинству категории мышления

Слияние искусства со многим, в том числе с глубинными сторонами жизнедеятельности человека ранних культурно-общественных формаций, принято объяснять особым примитивным складом мышления людей древности. Однако скорее всего были (и существуют до сих пор) какие-то и объективные биологические факторы, благодаря которым искусство сумело занять столь важное место в общественном и индивидуальном развитии человека, сделавшись в какой-то мере индикатором этих процессов.

Человек по своей природе творец, но зачастую его творческие возможности находятся в скрытом, дремлющем состоянии и обычно не реализуются. Создавая особые психологические условия, побуждая человека к рисованию, можно разбудить его творческие наклонности, которые сами по себе способны «гармонизировать» психику и привести ее в состояние равновесия, поскольку творчество требует от человека координации и интеграции всех психических сил, если понаблюдать за рисующим человеком, то не трудно заметить, что над ним образуется невидимый купол, в котором совершается определенное таинство - «встреча с самим собой».

Вещи не только преобразуются на пути от глаза рисующего к его руке, одновременно совершаются и другое таинство – это душа и плоть рисующего силятся заменить собой предметы, которые он пишет, изгнать их субстанцию, войти в них и обнаружить себя под внешней видимостью этих вещей, изображенных на полотне и живущих здесь другой жизнью, чем их собственная, и чтобы не рисовал человек, он будет рисовать только самого себя. Рисунок или картина – это выражение определенной концепции мира, философское сочинение, передаваемое посредством изобразительных знаков: цвета, формы, пространства и техники исполнения. Стремясь приблизить свое искусство к особенностям и своеобразию психического отражения внешнего мира, человек гармонизирует построенные им контуры и «цветовые мелодии» с помощью внутреннего ритма своего «Я».

Согласно представлениям З.Фрейда первичные мысли и переживания, возникающие в подсознании, чаще выражены в форме образов и символов, и образ художественного творчества отражает все виды бессознательных процессов. Карл Юнг настойчиво предлагал отображать пациентам свои сны и фантазии в рисунках. Один на один с листом бумаги человек имеет возможность проявить себя полностью.

Изучение языка живописи послужило появлению таких дисциплин как изо-терапия, цветопсихология, развитию проективных методов психоанализа, значительному продвижению в познании души. Эффективность применения искусства в контексте лечения основывается на том, что этот метод позволяет экспериментировать с чувствами, исследовать и выражать их на символическом уровне.

Арттерапия, как самостоятельное направление в лечебно-коррекционной и профилактической работе, насчитывает всего несколько десятилетий своего существования. Впервые этот термин был использован Адрианом Хиллом в 1938 г. при описании своей работы с больными. На начальных этапах терапия искусством отражала представления психоанализа, согласно которому конечный продукт творчества пациента, расценивается как выражение неосознаваемых процессов, происходящих в его психике. В Соединенных Штатах одной из первых начала заниматься терапией искусством Маргарет Наумбург. Она обследовала детей, имеющих поведенческие проблемы, в психиатрическом институте штата Нью-Йорк и позднее разработала несколько обучающих программ по терапии искусством психодинамической ориентации (Naumburg, 1966).

В настоящее время за психотерапевтами, занимающимися терапией искусством, в ряде стран признан статус самостоятельных практиков, которые могут внести свой вклад в изучение личности и в процесс лечения. Следует отметить, что в рамках данного подхода развиваются два направления. Сторонники одного направления, представляемые Эдит Крамер (Kramer, 1958, 1978) и другими специалистами в области профессиональной и восстановительной терапии, рассматривают искусство как самодостаточное лечебное средство. Сторонники другого направления, представителем которого является Маргарет Наумбург, преуменьшают чисто художественные цели в пользу терапевтических. Они имеют основательную клиническую подготовку и провозглашают, что со временем терапия искусством может стать как независимым терапевтическим приемом, так и вспомогательным средством для традиционных подходов. Однако, несмотря на существующие различия, оба направления рассматривают изобразительное искусство как средство, которое помогает интеграции и реинтеграции функционирующей личности (Ulman, 1975).

Терапия искусством в настоящее время используется не только в больницах и психиатрических клиниках, но и в других условиях – как самостоятельная форма терапии и как приложение к другим видам групповой терапии. Большая часть занимающихся терапией искусством в Северной Америке продолжает работать, исходя из фрейдовских или юнговских концепций. Однако многие специалисты в этой области испытывают большое влияние со стороны гуманистической психологии и приходят к заключению, что гуманистические теории личности предоставляют более подходящую основу для их работы, чем психоаналитическая теория (Hodnett, 1972-1973).

Авторы	Основные положения
1. Фрайзер, Леви-Брюль	Исследование связи архаичного искусства с особенностями мышления первобытных народов
2. К.Риччи	Изучение детского творчества, сравнение рисунков детей с работами средних веков и первобытных народов
3. Ф.Шоу, М.Ричардсон	«Пальчиковая живопись», «Техника закрытых глаз», исследование спонтанного самовыражения
4. Ч.Ломброзо, А.Тардье и М.Симон, Г.Приндхорн и др.	Изучение творчества душевнобольных с эстетической и клинической позиций, связь особенностей изобразительной деятельности с психической патологией. Начало диагностического использования художественной продукции
5. Психоанализ и представители психоаналитического направления	Психоанализ художественной продукции. Психоаналитически-ориентированная арт-терапия. Рисунок рассматривается как возможность изучения бессознательного человека и используется в качестве проективного инструмента диагностики.
6. Э.Крамер и др.	Испцеляющий эффект изобразительной деятельности лежит в возможности освоить новые формы опыта. Разрешение внутренних конфликтов через повторное переживание.
7. А.Хилл, Г.Рид и др.	Активная популяризация арт-терапии в Европе. Организация сети художественных студий, для граждан в качестве одного из доступных каналов медицинской помощи
8. Британская ассоциация арт-терапевтов Американская арт-терапевтическая ассоциация	Первые профессиональные объединения. Создание базы для внедрения арт-терапии в различных системах общественной и медицинской практики. Профессиональная подготовка арт-терапевтов. Создание образовательных учреждений.

Арттерапия позволяет человеку выражать внутриструктурные конфликты в визуальной форме и постепенно переходить к их осознанию и вербализации. Поскольку нарушение ряда психических функций у человека при некоторых состояниях происходит в направлении, приближающем его к детству, неудивительно, что в этой ситуации для восстановления нарушенного осмыслиения и восприятия окружающего природа вновь обращается к помощи уже испытанных ранее механизмов адаптации и пластике. К их числу относится и рисование. Когда клиент в результате занятий преодолевает неуверенность и начинает свободно выражать свои страхи, потребности и фантазии, он вступает в со-прикосновение со своим бессознательным и «разговаривает» с ним на символическом языке образов. Как отмечал К.Юнг, посредством символов человек способен вступать во взаимодействие с блокированными аспектами бессознательного и их энергией, тем самым постепенно переходя к их осознанию и психической целостности. Мы пытаемся перевести образы на рациональный язык, расшифровать то, что скрыто за их обликом, но мы можем и непосредственно воздействовать на образы, которые, несомненно, связаны с выражаемыми ими эмоциональным и психофизическим содержанием. По мере того как пациенты передают свой внутренний опыт в изобразительном творчестве, они очень часто становятся способными описывать его в словах (M.Naumburg).

Таким образом, арттерапия является мощным методом для обнаружения, проживания и принятия

неизвестных аспектов своего Я. Рисование переносит человека в мир чувств и эмоций, который определено, имеет другие координаты, не столь известные клиенту, что добавляет его опыту новое измерение. Многие клиенты говорят о том, что рисование помогает им выйти за пределы своих проблем и увидеть себя уже в другом свете в этом мире, что их взгляд на собственную жизнь становится более глобальным.

Одним из эффективных инструментов в арттерапевтической диагностике и терапии является цвет. Многозначная роль цвета в общественной жизни и опыте каждого человека позволяет специально выделить и рассмотреть цветовой феномен, раскрывающийся в различных аспектах духовной и материальной жизни, уходящий корнями в психофизиологию восприятия, опирающийся на теоретический базис, включающий теорию цветовой гармонии, систематизацию и стандартизацию цветовых множеств, смешение цветов и др. Этот феномен характеризуется системой устоявшихся и ассоциативно возникающих смысловых значений. Он имеет объективную обусловленность, но открыт для развития со стороны каждого индивида, что позволяет ему динамично развиваться в русле общественной культуры. Этот феномен несущий смысловую, эмоциональную и эстетическую информацию, мы рассматриваем как цветовую культуру. Она возникла и бытует в гуще социально-пространственных процессов, специфически выражая духовное состояние и уровень материально-пространственной среды общества, различных групп

людей и отдельных индивидов. Можно сказать, что цветовая культура является неотъемлемым элементом жизни общества, проявляющимся в различных его ипостасях. В рамках различных культур развивались ассоциации цветов с различными предметами, явлениями и понятиями, что приводило к кристаллизации систем цветовых символов, далеко выходивших за временные рамки одного поколения. Человек постигал цвет на основе своего жизненного опыта: связи с природой, материальным окружением, бытом и одновременно опирался на цветовую символику – коллективный опыт предшествующих поколений. С одними и теми же цветами связывались целые комплексы различных понятий. Жизнь постоянно корректировала цветовую символику. Подтверждением этого являются постоянно меняющиеся цветовые предпочтения, которые реализовались в архитектуре и окружающей человека предметно-пространственной среде. Границы цветовой культуры фиксируют эпоху и географический ареал, в котором она существует. Здесь располагаются ее региональные центры, проявляются их взаимовлияния, возникают и разрушаются цветовые каноны, вызревают цветовые традиции, которые затем распространяются за пределами ареала. Факторы, влияющие на формирование и распространение цветовой культуры, можно разделить на природно-климатические, психологические и историко-культурные.

Шаг за шагом человек пытался овладеть тайнами цвета, начиная с доисторических времен, когда цвет еще не мог вычленяться из цельной, синкетично воспринимаемой картины мира, но тогда у людей уже возник и широко использовался цветовой язык. Достижения цветовой культуры – творческий опыт и результаты научных исследований – все более целенаправленно используются в различных странах для цветового конструирования окружающей предметно-пространственной среды.

Цветовые предпочтения людей – одновременно продукт и двигатель цветовой культуры, они фиксируют уровень ее развития и одновременно способны трансформировать сложившиеся стереотипы. Цветовые предпочтения изначально формируются в сфере концептуального цвета, опираясь на цветовую символику и эстетику. Они существуют лишь в сознании и существенно трансформируются, когда появляется материальный объект – цветоноситель.

Необходимо отличать понятие цвета как выражения эмоционального состояния от понятия цвета-символа. Первый тип символизма – прямое соотношение (огонь - красный); второй – от ассоциаций с событием (черный - смерть); третий – за счет случайного обычая (белый цвет траура в Китае).

Отношение к цвету имеет солидный историко-культурный базис, включающий символику цвета, устойчивую договоренность между людьми о значении цветов. Выразительность цветовой палитры,

ее способность нести различную информацию, вызывать эмоциональные реакции и эстетические переживания позволяют говорить о языке цвета в пределах определенной историко-культурной общности людей.

Язык цвета входит в систему обычаем, жизненного уклада, всего комплекса культуры каждого народа. Особенностью языка цвета является его связь с элементами материального окружения. Цвет меняется как под действием процессов, происходящих внутри самих объектов, так и под действием внешних причин. Язык цвета является для людей одновременно художественно-эстетической и функционально-утилитарной знаковыми системами. Первая преимущественно основывается на символике цвета, цветовой культуре, вторая – на психофизиологических особенностях восприятия и реакции на цвет.

Язык цвета отличается от вербального большей подвижностью семантических значений. Один и тот же цвет может резко изменять значения от перемены цветоносителя и контекста. В то же время сопоставление языка цвета с верbalным языком в вопросах стиля и условностей, нормы и отклонений от нее могут оказаться плодотворными. Так, различная стилистика вербального языка становится возможной при развитой системе синонимов, при появлении новых значений слов, выражений и т.д. Знаки языка цвета, основанные на бесконечной палитре цветов, помноженной на возможности их комбинирования, а также на различия восприятия создают множество оттенков значений одних и тех же цветопространственных элементов, образующих лексику языка. Появляется неограниченная возможность выбора: каждому элементу – знаку – соответствует множество семантических значений.

Наблюдения показывают, что некоторые животные реагируют на цвета особенно сильно и даже могут изменять свой цвет кожи в зависимости от окружения. Есть рыбы, изменяющие свою окраску в зависимости от цвета дна, над которым они в данный момент проплывают. Раки и лягушки могут с помощью гормонов быстро изменять цвет своего тела. Так как они используют эту способность для маскировки, мы знаем, что они видят окраску окружающей среды и настраиваются на нее. О том, что и мы, люди, специфически реагируем на цвета, было известно давно. Физиологический механизм этого в настоящее время выявлен только частично. Бехер доказал, что от глаза к промежуточному мозгу ведет вегетативная нервная (волокнистая) система, управляющая цветовым раздражением. Промежуточный мозг через гипофиз и нервную систему регулирует взаимодействие органов. Если регуляция настроена на ускорение и повышение функциональной способности (эротропная), то состояние возбуждения нервов соответствует частоте колебаний оранжево-красного цвета. Если

нервная вегетативная система настроена на замедление, успокоение и отдых (трофотропная), то ей соответствует темно-синий цвет.

Восприятие наше – инструмент активного действия, а не пассивный приемник информации. Глядя на мир, мы воспринимаем не просто вещи, но типы вещей – понятия. Это-то и дает нам возможность мыслить, а не реагировать на впечатления механически. Самая первая наша реакция уже связана с выбором. Передавая в мозг сведения о цвете предмета, глаз не посыпает сигналов о каждом из тысячи оттенков – он ограничивается тремя основными цветами, а все прочие комбинируются из них в мозгу. Видя во всех цветах сочетания немногих тонов, мы уже воспринимаем их как понятия.

Выяснено, что в числе условий нормального функционирования человеческого организма важную роль играет психофизиологическое воздействие цвета. Суммирующий результат таких воздействий обычно проявляется в разной степени физического и эмоционального состояния, чувстве бодрости или утомления, приподнятости или подавленности. Эмоциональность восприятия в отношении к цвету проявляется через его ассоциативное влияние. Связь определенных явлений и предметов со своими характерными цветами трансформировалась в сознании человека в определенные чувственные ощущения, возникающие при восприятии цвета – символа. Так, солнце, огонь – желтый и красный цвета – создавали ощущение тепла и стали «теплыми»; небо, воздух, лед – голубые, синие цвета стали «холодными». На этой основе образовались новые ассоциации: радостный – печальный, легкий – тяжелый, громкий (звуковой) – тихий, динамичный – статичный и т.д. Стали устойчивыми оптические иллюзии с отступающими (холодными) и приближающимися (теплыми) цветами.

По данным многочисленных исследований, цвет качественно и комплексно влияет на психофизиологическое состояние человека, включая изменение состава крови, динамику заживления тканей, тонус мышечных сокращений, функцию сердечно-сосудистой системы, восприятие (боли, температуры, времени, пространства, размера, веса), психический статус (эмоциональное состояние, активированность, психическое напряжение). Эмоциональная реакция является составной частью целостной психофизиологической реакции организма на цвет, человек же, с другой стороны, неосознанно использует цвет как средство психической саморегуляции (Goldstein, K., 1942; Bigten, 1961; Яньшин, 1996).

Влияние цвета на психологическое и физиологическое состояние – лишь один аспект сложных взаимосвязей цвета и человека. Другой аспект этих взаимосвязей, внимание на который обращается значительно реже, состоит в столь же закономерном влиянии психического состояния на восприятие цветовой гаммы (колорита) окружающего мира.

Л.А.Шварц (Шварц, 1948; Кравков, 1945), проследила изменения цветовой чувствительности в зависимости от индуцированного экспериментатором эмоционального состояния испытуемых. В ее экспериментах при воспоминаниях о приятном у испытуемых улучшалась чувствительность к теплой части спектра и ухудшалась к холодной, и, наоборот. Согласно более современным данным Э.Т.Дорофеевой (1970), при повышении чувствительности к красному лицу преобладание стенических (радость, гневливость), при понижении – астенических (тоскливо, страх) эмоций. Там, где повышена чувствительность к синему, – отрицательный знак эмоций (тоска, душевный дискомфорт), где понижена – положительный (радость, благоухание). Низкая чувствительность к зеленому связана с повышением внутреннего напряжения (гневливость, раздражительность, душевный дискомфорт).

Сопоставление двух аспектов взаимодействия человека с цветом: закономерностей воздействия цвета на состояние, с одной стороны, и изменения колорита образа в зависимости от психологического состояния, – с другой, – приводят к выводу о тесной и однозначной связи между характеристиками психологического состояния и характером различных цветов. Видимые вовне цвета изменяют наше психологическое состояние аналогично тому, как наше психологическое состояние изменяет колорит нашего образа мира. Следовательно, то, что субъективно переживается как эмоция, во внешнем по отношению к человеку мире существует в форме цветов. Что – то же самое: в форме колорита человеку дано видеть эмоции (настроение). Цвета эмоциоподобны, а эмоции цветоподобны. В этом смысле можно утверждать, что конкретный цвет является символом собственного воздействия на человека. Это и позволяет использовать цвет как фактор психической регуляции.

Иной, но тесно связанный с предыдущим, аспект – это символическая функция цветов. Наиболее детально семантическая модель цвета разработана в теории М.Люшера (1969; 1993) и представлена в интерпретации его цветового теста. Сходные, но менее подробные, модели представлены в публикациях его последователей (Л.Н.Собчик, 1990). Все авторы, и, в первую очередь, сам М.Люшер, исходят из существования сложной иерархизированной семантической структуры цвета. Нижний «этаж» представлен физиологическими реакциями, затем идут характеристики эмоционального состояния и эмоции; верхние уровни представлены потребностями, основными установками и жизненным стилем личности. В этой системе по сути цвета играют ту же роль, что и в традиционной цветовой символизации (Тернер, 1983): они являются неконвенциональными естественными символами обобщенных категорий действительности, изоморфно соответствующими различным ее аспектам.

Исследования показали, что с помощью цветовых тестов можно выявить некоторые особенности личности, а также можно четко фиксировать динамику эмоциональных состояний в той или другой экстремальной ситуации.

Для целенаправленного использования цвета необходимо знать устойчивые связи между цветом и психологической реакцией человека. В этом аспекте установлен ряд закономерностей - по предпочтительности цветового тона, по образной ассоциативности цветов, по гармоничности цветосочетаний. Предпочтительное отношение к определенным цветам заметно проявляется в разных возрастных группах. В общем виде, для детей предпочтительны теплые цвета яркой насыщенности (чистый цвет), для взрослых - холодные цвета средней насыщенности и более смешанные, для пожилых - ароматические цвета пастельных тонов.

Определенное достоинство рисования по сравнению с другими видами деятельности в том, что оно требует согласованного участия многих психических функций и напрямую связано со зрением, двигательной координацией, речью и мышлением, активизируя как интуитивные способности клиента, его воображение, так и логическое мышление, что предоставляет клиенту возможность для более глубинного самоисследования и общения. Этот процесс является мощной интегрирующей силой.

Как и всякое искусство, рисование - особый вид коммуникации, который предоставляет человеку

возможность сказать о себе то, что он никогда не отважился бы сказать на словах, и что на словах выглядело бы грубым и вульгарным. Некоторые особенности рисунка в образной, иносказательной форме многое говорят о его авторе, иногда помимо его желания. В творчестве достигается максимальное самовыражение, и к тому же «этот язык не лжет». Информация, полученная при анализе рисунков, используется психотерапевтом для лучшего понимания сущности конфликта и намерений индивида, для ускорения и углубления психотерапевтического контакта. Но, чтобы правильно читать скрытый подтекст рисунка, требуется серьезная специальная подготовка и умение разбираться в «изобразительном языке». Философ Шопенгауэр заметил, что перед произведением искусства нужно вести себя, как в присутствии короля: ждать молча, пока оно не заговорит само, иначе рискуешь не получить ответа. Цвет, форма и символы - это различные средства изобразительной речи, которые говорят из бессознательного и для каждого человека содержат особые смыслы. По мере того как терапевт слушает объяснение клиента своих образов, он отчетливо начинает видеть мир так, как видит его клиент (Н. Роджерс)

Лист бумаги для рисования идентичен жизненному пространству, которое предоставляется человеку, чтобы наполнить его каким-либо содержанием, и то, как рисующий использует это жизненное пространство, может сказать о многом. Ниже представлены значения различных участков рисунка.

Значение положения и направления образа на листе:

Тревожность и регресс. Желание уйти в прошлое или углубиться в фантазии	Высокая самооценка	Будущее
Регресс, рефлексия	Настоящее	Прогресс
Прошлое	Низкая самооценка	Контролируемое поведение. Акцентирование будущего. Наслаждение в интеллектуальных сферах.

Художник и рисунок являются зависимыми и независимыми, взаимопроникающими и взаимопроникаемыми системами относительно друг друга. Полем для исследования при этом является взаимоотношения одной системы с другой (как рисует, как использует имеющийся материал, и как рисунок воздействует на человека). Во время изобразительной деятельности происходит некий симбиоз индивидуальности с изображаемыми объектами, в которых индивидуальность воспроизводит, умножает, расширяет и продолжает себя.

Удивительные, необычные сочетания цветовой гаммы, своеобразные формы, самобытное выражение

сюжета, - все это непосредственно связано с особенностями мироощущения клиента, с его чувствами, переживаниями, отражающими явные и скрытые элементы его личности, его переживаний. Изобразительная деятельность является мощным средством сближения людей, своеобразным мостом между специалистом и клиентом, пациентом. Специалист, управляя тематикой рисунков, добивается концентрации индивидуума на конкретных, значимых проблемах. Вместе с возможностью «отражирования» рисование по специально подобранным сюжетам способствует осознанию, кристаллизации проблем, лучшему пониманию происходящего вокруг

и внутри себя. Приобретенные способы самовыражения, положительные эмоции, полученные в ходе рисования, снижают агрессивность, повышают самооценку.

Пробуждение творческой жизненной энергии человека является частью психотерапевтического процесса, то есть, «что является творческим, зачастую оказывается терапевтичным, то, что терапевтично, часто представляет собой творческий процесс» (Н.Роджерс). Использование изотерапии, как и других видов искусств, значительно расширяют поле деятельности специалиста в определении проблем клиента и их решении, а также значительно расширяют поле для самопознания, самораскрытия и развития. Образы художественного творчества отражают все виды подсознательных процессов, включая страхи, конфликты, воспоминания детства, мечты, то есть те феномены, которые исследуют терапевты фрейдовской ориентации во время психоанализа.

Арттерапия возможна и без помощи специалиста художника, потому что цель занятий в проявлении своей индивидуальности, что в конечном итоге и определяет степень истинности произведения.

Возможности терапии изобразительным искусством:

- социально приемлемый выход агрессии
- выражение внутренних конфликтов и переживаний с помощью зрительных образов. Невербальное общение легче ускользает от цензуры сознания
- рисующий сам может интерпретировать свой произведения
- проработка мыслей и чувств, которые пациент привык подавлять
- создание отношений эмпатии и взаимного принятия
- развитие чувства внутреннего контроля в работе над рисунками и картинами, концентрация внимание на ощущениях и чувствах.
- развитие художественных способностей
- повышение самооценки
- реализация творческого потенциала

Терапевты, занимающиеся психодинамически ориентированной терапией искусством, опираются на идеи Фрейда и Юнга, утверждавших, что художественное творчество выражает бессознательное. Работа Маргарет Наумбург (Naumburg, 1966) является отражением такого подхода, который исходит из того, что фантазии, «мечты наяву» и различные фобии членов группы легче выразить в рисунках, чем вербально. Терапевт прямо не интерпретирует художественные символы, а помогает участникам понять их смысл, устанавливая безоценочную, а значит безопасную и доверительную атмосферу в группе, поощряя свободные ассоциации во время художественного творчества. Члены

группы должны сами использовать собственные ассоциации, связанные с их произведениями, для того чтобы лучше понять себя, тем самым терапевт создает условия для самопознания. Некоторые терапевты в области терапии искусством предпочитают интерпретировать произведения пациентов. Бернард Леви, например (Ulman & Levy, 1980), считает, что терапевты, обученные приемам оценивания значения и ценностей художественного творчества, могут значительно усилить возможности пациентов в понимании самих себя.

Одним из наиболее часто используемых в терапии искусства упражнений является «создание групповых фресок», в котором участники либо рисуют все, что они хотят, на общей картине, либо дорисовывают на ней что-то, согласно выбранной всей группой теме (Harris & Joseph, 1973). Члены группы поощряются комментировать свои рисунки, в то время как руководитель группы усиливает групповое взаимодействие.

Упражнение Г.Вассилиоса, получившее название «создание всеобщего группового образа», было специально разработано для использования в группах терапии искусством психодинамической ориентации (Vassiliou, 1968). Основное преимущество этого упражнения состоит в том, что члены группы могут включаться в художественное творчество конкретного участника. В начале каждого занятия группа выбирает рисунок участника. Как правило, члены группы выполняют рисунки дома, затем приносят на занятие. Автор рисунка, описав свои чувства (до того как был сделан рисунок, время прошлого рисования и после того, как работа была завершена), рассказывает о смысле рисунка, выдавая ряд свободных ассоциаций на него. Затем остальные члены группы описывают свои реакции на этот рисунок и связанные с ним ассоциации. Те групповые реакции проекции, которые оказываются близкими к теме рисунка, получают название «коллективного образа» и становятся ведущей темой данного группового занятия. Упражнение «создание всеобщего группового образа» структурирует групповое занятие, так как его основной целью является создание «коллективного образа» в ответ на выбранное произведение художественного творчества конкретного участника, причем этот образ становится темой данного занятия. Кроме того, упражнение позволяет легко вступать в общение друг с другом тем индивидуумам, у которых часто возникает чувство опасности.

Параллельно с динамическим направлением арт-терапии развивалось и гуманистическое. Представителем гуманистической терапии искусством является Джейн Рин (Rhyne, 1973), чей подход основан на положениях гештальттеории. С точки зрения гештальттеории рисование и лепка рассматриваются как такой опыт, который является функцией постоянного процесса осознания каждым участником

своего настоящего. Понятие «отношение фигуры и фона» в данном случае можно использовать непосредственно, так как наши мышление и чувства тесно связаны с нашим зрительным восприятием. Терапевт помогает участникам раскрыть свои перспективы, осознать переживания. Рин предлагает членам группы следующий набор задач: доверять своему собственному восприятию; давать себе полную свободу действия с художественным материалом; делать то, что наиболее приятно, и не сравнивать свою работу с работами других; осознавать, что каждый из нас находится в процессе постоянного изменения и что художественное творчество может выражать наше восхищение, экспериментирование и личностный рост.

Рин предоставляет участникам всевозможные материалы: глину, краски, клей и мелки. Она считает, что члены группы могут начинать работу с обсуждения своих внутренних переживаний, что аналогично процессу, происходящему в гештальт-группах, когда гештальтерапевт просит участников сконцентрироваться на своих внутренних ощущениях. Идея ее программы состоит в том, чтобы члены группы в большей степени смогли заниматься внутренним поиском способа самовыражения, а не активным поиском проблем, которые надо решить, и переживаний, которые надо актуализировать. Другой терапевт в области гештальториентированной терапии искусством, Элин Рапп (Rapp, 1980), отмечает, что тревожность членов группы по поводу необходимости участия в творческом акте скорее можно снизить, оценивая каждое новое переживание «как уже случившееся», чем, обращаясь к ним с просьбой выполнить какую-нибудь работу. Например, руководитель подбрасывает в воздух сотни листов тонкой бумаги. Его действия сопровождаются подходящей музыкой. Члены группы начинают спонтанно ловить эти листки, скручивать их, соединять друг с другом. Внезапно руководитель кладет кусок белой бумаги для рисования в центре комнаты вместе с кисточками и разбавленным полимерным kleem. Затем он показывает группе, как надо прикреплять эти определенным образом скрученные кусочки тонкой бумаги к основе, даже не обращаясь к членам группы с просьбой сделать коллаж.

Терапевт поощряет участников жить в настоящем и полностью выражать все то, что они чувствуют. Руководители группы должны уметь выделять главное в том, как клиенты воспринимают свои собственные художественные произведения. Иногда терапевты в качестве обратной связи могут дополнить восприятие клиентами их работ собственным восприятием, но никогда не подвергают аналитическому разбору художественное произведение с целью выяснения его «значения». Интроспективные образы восприятия творца несут больше информации, чем внешняя реалистичность законченного произведения.

Группы терапии искусством с ориентацией на гештальттеорию проходят несколько стадий (Rhyne, 1973). На ранней стадии развития группы поощряется процесс личностной идентификации при помощи рисования и лепки. Участники получают очень простые и невызывающие тревогу задания для того, чтобы освободиться от сознательного контроля и спонтанно выразить внутренние ощущения. Таким образом, на ранней стадии работа в значительной степени глубоко личностна и выполняется каждым индивидуально. Направление работы задается руководителем группы, который может, например, предложить участнику вылепить из глины то, что ему не нравится в себе самом, а затем - что нравится. Участник также может получить задание нарисовать свое ощущение, настроение, фантазию или выполнить рисунок в ответ на стимульное слово типа любовь, ненависть, красота, свобода. По окончании задания он может попытаться описать свои переживания. В этом случае всегда возникает возможность проявиться заблокированным эмоциям. Группа помогает разобраться с этими чувствами по мере их возникновения.

На более поздней стадии развития группы участники могут получить задание выбрать себе того партнера, которого они желают узнать получше. Каждая пара получает бумагу, цветные карандаши или мелки и используют художественное творчество в качестве «моста» для невербальной коммуникации на уровне внутренних переживаний друг друга. Одни пары начинают кооперироваться, другие - соревноваться, третьи - обмениваться замыслами и способами их реализации. По окончании работы участники описывают свои реакции и наблюдения. Не поощряется анализирование, интерпретация и защита выбранных ими образов. Например, в одну пару были объединены застенчивый мужчина и агрессивная женщина (Denny, 1975). Когда женщина нарисовала жирную красную стрелу, направленную на мужчину, мужчина в ответ нарисовал едва заметную пурпурную линию в виде завитка. По мере того как женщина становилась менее прямолинейной в своих попытках завязать контакты с мужчиной при помощи рисунка, мужчина становился более доступным.

Члены группы могут использовать изобразительные средства для описания своего восприятия групповых взаимодействий и выявления при этом скрытых конфликтов. Например, Рин (Rhyne, 1973) просит членов группы разбиться на пары и быстро сделать портреты друг друга, а затем обменяться подписанными портретами. Свои действия участники сопровождают обменом короткими репликами, которые могут прояснить личностные характеристики, приведшие к конкретным символическим образам в портрете партнера. В другом упражнении сравниваются автопортрет участника и его портреты, нарисованные остальными членами группы, что

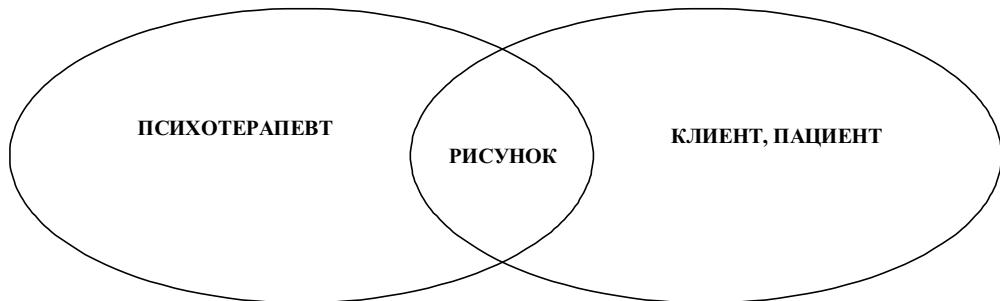
позволяет обнаружить расхождения между тем, как члены группы воспринимают самих себя, и тем, как остальные воспринимают их. Женщина, воспринимающая себя достаточно веселой и оживленной, может восприниматься другими членами группы как беззастенчивая и грубо-бесцеремонная. В группе, которую вел Джеймс Денни, психотерапевт, занимающийся терапией искусством гуманистической ориентации, участница нарисовала себя в красных, оранжевых, желтых тонах, с веселыми глазами и цветком во рту. Рисунок партнера-мужчины также изображал ее с широко раскрытыми глазами и улыбающейся, но с сильной тенденцией к превосходству (Denny, 1975).

Гуманистический подход к терапии искусством используется в равной мере как в работе по личностному росту и раскрытию творческих способностей, так и в интенсивной индивидуальной и

групповой терапии. Целью в обоих случаях является достижение того уровня осознания самого себя, который устраивает терапевта и клиента или руководителя и участника (Rapp, 1980). На этом пути к познанию самого себя терапевт, работающий в области терапии искусством, должен проявлять гибкость при выборе упражнений и не терять из вида текущие нужды участников. Атмосфера поддержки в группе создает питательную среду, и участники оказываются способными на такие творческие акты, на которые они, как им казалось, никогда не были способны в области зрительного отражения своего внутреннего опыта.

Необходимо отметить, что продукт изобразительной деятельности является уникальным проводником диагностических и лечебных процессов, он дает возможность психотерапевту видеть то, что видит клиент и максимально приблизится к его представлениям о себе и о мире.

Психотерапевтические отношения в арт-терапии



Используя высказывание М.Эрикsona, можно сказать, что рисунок позволяет, «встретить клиента в его собственном мире» и оставаться в данной проблемной ситуации, которую изображает клиент, а значит, и находить решение, отвечающее его уникальному опыту, оставаясь в купе с его сознанием и бессознательным. То есть, так или иначе, решение любой проблемы будет связано, и будет учитывать весь внутренний мир клиента, который проявляется в рисунке, при этом человек находит и использует свои личные ресурсы для обогащения модели мира, делая ее более привлекательной и целостной, а значит, делая ее гармоничной.

Процесс рисования, по сути, становится идентичным путешествию Алисы в Зазеркалье, когда, переступая порог привычной реальности, человек может найти все, изображать все что угодно и по-быть тем, кем ему хочется и где хочется, новая реальность позволяет ему пережить любой опыт.

Процедурные аспекты терапии искусством зависят от теоретической и профессиональной подготовки руководителя и функций группы. Изначально групповая терапия искусством начиналась как работа с замкнутыми индивидуумами в больничных

условиях (Garai, 1978). Пациенты постепенно заинтересовывались произведениями других пациентов и становились более коммуникабельными. Сегодня некоторые пациенты стремятся к занятиям терапией искусством, так как они чувствуют ограничения в творческом самовыражении.

Профессиональная помощь, таким образом, предполагает достаточную пластиность сознания арттерапевта, что свидетельствует скорее о необходимости в высоком психическом и психологическом здоровье человека, оказывающего помощь. Мы должны вступить в мир клиента или пациента, и выступить в этом мире в роли волшебника, который поможет ему пройти определенный путь – путь к здоровью, преодолев препятствия. Отсюда понятно, какие требования и какая ответственность возлагается на консультанта, который должен максимально понять клиента. Ф.Шлейермахер (1994) считал, что понимание возможно только тогда, когда автор текста (клиент или пациент) и интерпретатор (арттерапевт) будут поставлены в одинаковые условия, когда будут устранены посредством активного вмешательства интерпретатора языковая, культурная и историческая дистанции, разделяющие

автора произведения и его истолкователя, в этом плане, рисунок оказывает незаменимую услугу, являясь когнитивным и эмоциональным мостом между психотерапевтом и клиентом.

Рисунок обладает рядом незаменимых свойств, которые делают его уникальным диагностическим и терапевтическим средством, среди которых можно выделить

1. Освобождение от ограниченности сознания (нелинейность, отвлечение от рутины, занятие третьей позиции по отношению к происходящим событиям, диссоциация)

2. Возможность пережить определенный опыт в любом временном измерении (будущее, настоящее, прошлое могут появляться вместе и быть доступными одновременно)

3. Цвет как выражение отношения и самочувствия человека (изменение цвета – изменение отношения, использование определенных цветов повышает настроение)

4. Образы и символы как энергоинформационная квинтэссенция всего опыта человека (трансформация образов и символов в более экологичные и полезные оказывает целебное воздействие).

Арт-терапевт обеспечивает группу необходимым материалом и проявляет максимум гибкости для стимулирования художественного творчества. Материалы используются самые простые, такие, как наборы карандашей или красок, глина, деревяшки, камни, вырезки из газет и журналов, сухие растения, кусочки ткани и бумага. Необходимо создать такую обстановку во время проведения занятий арттерапией, которая будет способствовать творчеству. Можно отметить, полагаясь на опыт проведения занятий, что акварельные краски являются наиболее информативным диагностическим средством и сами по себе обладают целительным эффектом.

Доверие, свобода и «выход за пределы» (экспресс) – терапевт должен направлять рисующего к этим чувствам, которые индуцируют энергетическое поле взаимодействия «рисующий-рисунок», сдирающее «жизненные маски», освобождающее и очищающее души, и таким образом продвигаться от стереотипов к творчеству, от ригидности к гибкости, от зависимости к свободе, от болезни к здоровью.

Литература:

1. Антропова Т. *Интернациональный язык цвета (ч. 4)* (Интернет)
 2. Арнхейм Р. *Искусство и визуальное восприятие*. - М. 1974
 3. Арт-терапия. Серия «Хрестоматия по психологии» под редакцией А.И.Копытина
 4. Бажин Е.Ф., Эткинд А.М. *Цветовой тест отношений: Метод. рекомендация*. - Л., 1985, 19 с.
 5. Борев Ю. *Эстетика*. - М., 1988
 6. Борисова Е., Стернин Г. *Русский модерн*. - М., 1994
 7. Брун В., Тильке М. *История костюма*. - М. – Берлин, 1995
 8. Взаимодействие и синтез искусств // Сб. - Л., 1978.
 9. Всеобщая история искусств в 6-ти томах. - М., 1956 - 1965
 10. Выготский Л. *Психология искусства*. - М., 1987
 11. Гете И.В. Учение о цветах // Лихтенштадт В.О. Гёте. Петербург: Гос. издательство, 1920. - С. 201-286.
 12. Годфруа Ж. *Что такое психология в 2-х томах*. - М., 1996
 13. Горюнов В., Тубли М. *Архитектура эпохи модерна*. - Спб., 1994
 14. Гуляницкий Н. *История архитектуры*. - М., 1984
 15. Дорофеева Э.Т. *Сдвиг цветовой чувствительности как индикатор эмоциональных состояний* // Психические заболевания. - Л., 1970. - С. 319-327
 16. Драгунский В.В. *Цветовой личностный тест*. – М.: Изд. «Харвест», 2000. – 448 стр. (Серия «Библиотека практической психологии»)
 17. Зайцев В. *Этот многогликий мир моды*. - М., 1982
 18. Измайлова Ч.А., Волков Н.Н. *Взаимосвязь между эмоциями и цветом* // Труды НИИ Гражданской авиации: Авиационная эргономика и подготовка летного состава. Вып. 220. - М., 1983. - С. 50-55
 19. Каструбин Э.М. *Трансовые состояния и «поле смысла*. – М.: «КСП»
 20. Кейс Э. Ауры. – М. Изд. «Вита-Пресс», 1994. – 215 стр.
 21. Кибалова Л., Гербенова О., Ламарова М. *Иллюстрированная энциклопедия моды*. – Прага, 1986
 22. Клар Г. *Тест Люшера. Психология цвета*. – М.: Изд. «Питер», 1998. – 94 стр.
 23. Козлова Т. В. *Цвет в костюме*. – М., 1989. – 40 с. С. 6 – 19
 24. Копытин А.И. *Теория и практика арт-терапии*. СПб.: Питер, 2002
 25. Кравков С.В. *Взаимодействие органов чувств*. М.-Л.: Изд-во Академии наук СССР, 1948, 128 с.
 26. Крастиньш Я. *Стиль модерн в архитектуре Риги*. - М. 1988
 27. Краткий психологический словарь. - М., 1985
 28. Леонтьев А. *Философия психологии*. - М., 1994
-

-
-
29. Лидбитер Ч. Астральный план. – М.: Изд. «АСТ-Пресс», 1997. – 72 стр.
30. Литературный энциклопедический словарь. - М., 1987
31. Лосев А. Философия. Мифология. Культура. - М., 1991
32. Путошкин А.Н. Цветотпись как прием эмпирического изучения психологического климата коллектива // Социально-психологический климат коллектива: Теория и методы изучения. - М., 1979. - С. 162-175
33. Люшер М. Оценка личности посредством выбора цвета. – М.: Изд. «ЭКСМО-Пресс», 1998, 156 стр.
34. Люшер М. Сигналы личности. Воронеж, 1993; «Магия цвета», Харьков: АО «Сфера», 1996
35. Люшер М. Цвет вашего характера / Сара Д. Тайны почерка. – М.: Изд. «Вече: Персей», 1996, 394 стр.
36. Мерцалова М. Костюм разных времен и народов в 2-х томах. - М., 1993 - 1996
37. Миронова Л.Н. Семантика цвета в эволюции психики человека // Проблема цвета в психологии. – М., 1993. – 207 с. С.172 – 187
38. Миронова Л.Н. Цвет в изобразительном искусстве. – Мин., 2002. – С.33-93
39. Монастырская Е. Символика цвета (Интернет)
40. Назарова Л. Я б в астрологи пошел..... Кармическая астрология Научно – популярное издание – Д.: Сталкер, 1996. - С. 210, 212-219
41. Ортега-и-Гассет Х. Эстетика. Философия культуры. - М., 1991
42. Пармон Ф. Композиция костюма. - М., 1985
43. Проблемы стиля и жанра. - Сб. М., 1979
44. Раннев В. Интерьер. - М., 1987
45. Раппопорт С. Проблемы художественного творчества. - М., 1978
46. Руководство по использованию восьмицветного теста Люшера. Сост. Дубровская О.Ф. Изд. 4-е испр. – М.: Изд. «Когито-Центр», 2001. – 63 стр.
47. Сафуанова О.В. Формыreprезентации цвета в субъективном опыте: Дис. ... канд. психол. наук. М.: Лисс, 1994
48. Серов Н.В. Лечение цветом. - Санкт-Петербург, 1993. 47 с.
49. Собчик Л.Н. Метод цветовых выборов: Модифицированный цветовой тест Люшера: Метод. руководство. - М., 1990
50. Соловьев В. Философия искусства. - М., 1991
51. Тернер В. Цветовая классификация в ритуалах Ндембу: Проблема невербальной классификации / Тернер В. Символ и ритуал. М.: Наука, 1983. - С. 71-103
52. Философский энциклопедический словарь. - М., 1983
53. Флоренский Павел, священник. Детям моим. Воспоминания прошлых дней. Генеалогические исследования. Из Соловецких писем. Завещание / Сост.: игумен Андроник (Трубачев), М.С.Трубачева, Т.В.Флоренская, П.В.Флоренский. Предисл. и комм. Игумена Андроника (Трубачева). – М.: Моск. Рабочий, 1992, с.494
54. Фрилинг Г., Ауэр К. Человек – цвет – пространство. – М.: Изд. «Питер», 1995. – 76 стр.
55. Холмянский Л., Щипанов А. Дизайн. - М., 1985
56. Цвет как фактор психической регуляции // Журн. Прикладная психология, 2000. № 4. - С. 14-27
57. Шапарь В.Б., Тимченко А.В., Швыдченко В.Н. Практическая психология. Инструментарий. – Ростов-на-Дону: издательство «Феникс», 2002
58. Шварц Л.А. Изменение цветоощущения в эмоциональных состояниях // Проблемы физиологической оптики, 1948. - № 6
59. Шмеер Г. Лечебные деревья. / Картины деревьев в психотерапевтической практике // Pfeiffer Verlag, Munchen, 1990
60. Шмеер Г. Я на картине. / Применение психодинамики в терапии искусством // Pfeiffer Verlag, Munchen, 1992
61. Штайнер Р. Сущность красок: Лекции, прочитанные в Дорнахе 6, 7, 8 мая 1921 г. Библ. № 291 Цит. по рукописному переводу
62. Эстетика Морриса и современность // Сб. - М., 1987
63. Эстетика. Словарь. - М., 1989
64. Юиг Р. Цвет в западной живописи // Психология цвета. М.: Рефл-бук, Ваклер, 1996. - С.135-180
65. Яншин П.В. Индивидуальные различия и характеристики цветового восприятия // Нейропсихология и психофизиология индивидуальных различий / Коллективная монография. Ред. Е.Д.Хомской, В.А.Москвина. М. - Оренбург: ООИПКРО, 2000. - С. 76-93
66. Яншин П.В. Эмоциональный цвет. Эмоциональный компонент в психологической структуре цвета. Самара: СамГПУ, 1996. 218 с.
67. Adams, F.M., Osgood Ch.E. A cross-cultural study of the affective meanings of color // J. of cross-cultural psychol. 1973. 4. 2. 135-156
68. Babey-Brooke, A.M., Amber, R.B. Color Therapy. Santa Barbara Press, Inc. N.Y., 1979. 120 p.
-
-

-
-
69. Birren, F. *Color psychology and color therapy: A factual study of the influence of color on human life.* N.Y., cop. 1961. 302 p.
70. Ellinger, F. *The Biological Fundamentals of Radiational therapy.* N.Y., 1941
71. Foley J. «*The Guinness Encyclopedia of Signs & Symbols*». 1993
72. Gerard R.M. *Color and emotional arousal // Am. Psychologist.* 1958. 13(7)
73. Goldstein, K. *Some experimental observations concerning the influence of colour on the function of the organism // Occupational therapy and re-habilitation.* 1942. June
74. Hamid, P.N., Newport, A.G. *Effect of color and physical strength and mood in children // Pers. & Motor Skills.* 1975. 41. P. 910-912
75. Hessey, J. *Germs and Man.* N.Y., 1940
76. Itten, J. *The elements of color.* N.Y., 1970. 95 p.
77. Jacobs, K.W., Suess, J.F. *Effect of four psychological primary colors on anxiety state // Pers. & Motor Skills.* 1975, 41(1). P. 208-210
78. Klar, G. at all. *The Luscher Color Test: Die Psychologie der Farben.* Basel (Schweiz): Test-Verlag. Б.г.у.
79. Lewinski, R.J. *An investigation of individual responses to chromatic illumination // Psychol.* 1938. 6. P. 155-160
80. Liebmann M. (1987). *Art Therapy for Groups.* London: Croom Helm
81. Luscher M. *The Luscher Color Test.* N.Y., 1969. 268 p.
82. Mc Donald, S.F. *Effect of visible lightwaves on arthritis pain: a controlled study // International J. of Biosocial Research.* 1982. 3(2). P. 49-54
83. Metzger, W. *Certain implications in the concept of gestalt.* Am. J. Psychol., 50, 1928. (приводится по С.Б.Кравкову: «Взаимодействие органов чувств...»)
84. Norman R.D., Scott W.A. *Color and affect: A review and semantic evaluation // The j.of General psychol.* 1952. 46. 185-223
85. Stolper, J.H. *Color induced psychological response // Man-Invironment System.* 1977. 7(2). 101-108
86. Weller, L., Livingston, R. *Effect of color of questionnaire on emotional responses // The J. of General Psych.* 1988. 115(4). P. 433-440
87. Williams, J.V., Morland, J.K., Underwood, W.L. *Connotations of color names in the USA, Europe and Asia // The j. of social psychol.* V. 82. 1970. P. 3-12
88. Wright, B., Rainwater, L. *The meanings of color // J. of General Psychol.* 1962. V. 67. 89-99
89. Wurtman, R.J. *The effect of light on human Body // Scientific american.* 1975. 233. P. 69-77

РЕЗЮМЕ

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ КОНЦЕПЦИЯ ПСИХИЧЕСКОГО В КОНТЕКСТЕ ИНТЕГРАТИВНО-РАЗВИВАЮЩЕЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Катков А.Л.

Статья А.Л.Каткова «Функциональная концепция психического в контексте интегративно-развивающей психотерапии» содержит описание основного контекста, в поле которого возможно адекватное конструирование функциональных уровней психического. В данной связи рассматриваются понятие «модель объемной реальности» и «кольцевой научный архетип», позволяющие идентифицировать ресурсные инстанции психического. Функциональные уровни организации психического рассматриваются с позиции феномена диалогизированного сознания – практического воплощения идеи кольцевого научного архетипа.

Данный подход позволяет расширить методологическую базу институализированных развивающих практик, и, в первую очередь, интегративно-развивающей психотерапии.

Ключевые слова: психотерапия, психическое, функции, реальность, сознание, научный архетип, развитие, суперресурсы.

МЕТАМОДЕЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Катков А.Л.

В статье А.Л.Каткова «Метамодель социальной психотерапии» описываются основные характеристики метамодели социальной психотерапии. Уточняются основные понятия социальной психотерапии. Приводятся данные об экспериментальной апробации функциональной концепции психологической устойчивости к агрессивным влияниям внешней среды, которая представляет собой стержневой компонент метамодели социальной психотерапии. Описываются новые подходы к интеграции профессиональной психотерапии с другими институализированными развивающими практиками (воспитание, образование). Уделяется внимание стратегии реализации метамодели социальной психотерапии.

Ключевые слова: социум, социальная психотерапия, психотерапия, интегративные подходы, институализированные развивающие практики.

ИНТЕГРАТИВНО-РАЗВИВАЮЩАЯ, ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ (РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ)

Пак Т.В.

Статья представляет собой обзорный материал по результатам исследования сравнительной эффективности интегративно-развивающей групповой психотерапии больных наркоманией. Приводится система промежуточных и конечных индикаторов, по которым оценивалась эффективность интегративно-развивающей групповой психотерапии наркозависимых в сравнении с традиционными психотерапевтическими подходами. Отражаются результаты статистико-математического анализа, и обосновывается применение данной модели психотерапии в качестве основного компонента программ медико-социальной реабилитации зависимых от психоактивных веществ.

Ключевые слова: результаты исследования; эффективность психотерапии; наркомания; медико-социальная реабилитация.

АНАЛИЗ СТАНДАРТА, ОБЪЕМА И КАЧЕСТВА УСЛУГ, ОКАЗЫВАЕМЫХ СЛУЖБАМИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Айбасова Г.Х.

В статье Айбасовой Г.Х. «Анализ стандарта, объема и качества услуг, оказываемых службами психического здоровья Республики Казахстан» приводятся результаты анализа по всем обозначенным параметрам. Делаются выводы относительно наиболее выраженного дефицита услуг в сфере первичной и третичной профилактики, в структуре деятельности психотерапевтической и медико-психологической служб. Обосновываются рекомендации по приоритетному развитию данных сфер деятельности.

Ключевые слова: психическое здоровье, услуги, приоритеты.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ НЕЙРОЛЕПТИКОВ В ПСИХОФАРМАКОЛОГИИ (АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Кощегулова Р.М.

В обзоре излагаются история развития, основные принципы и достижения нейролептической терапии. Выделены определяющие параметры клинической активности классических и новых (атипичных) нейролептиков. Представлено современное состояние проблемы зависимости от ПАВ, на основе данных литературы проведен анализ взаимосвязи клинической картины всех видов химической зависимости и нарушения обмена в нейромедиаторных системах. Приводятся и обсуждаются результаты исследований, проведенных авторами публикаций, применявших в лечении наркологических заболеваний атипичный нейролептик рисперидон. Из представленных данных очевидно, что существуют предпосылки для внедрения в наркологическую практику антидепрессантов второго поколения и проведения дальнейших исследований по их использованию.

СООТНОШЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ПО ДАННЫМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 2001 ГОДА

Катков А.Л., Джарбусынова Б.Б.

В статье Каткова А.Л., Джарбусыновой Б.Б. «Соотношение психического и психологического здоровья среди населения Республики Казахстан по данным эпидемиологического исследования 2001 года» аргументируется необходимость разделения категорий психического и психологического здоровья. Приводятся сведения о распределении уровней психического и психологического здоровья среди населения Республики Казахстан по материалам исследования 2001 года. Делаются выводы относительно необходимости модификации психо-профилактических и психо-гигиенических программ, реализуемых в Республике Казахстан.

Ключевые слова: психическое здоровье, психологическое здоровье, профилактика, психопрофилактика, психогигиена.

ОСНОВЫ АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ И ПРАКТИКИ

Юсопов О.Г.

В настоящей статье описываются основные этапы развития арт-терапевтической теории и практики, а также особенности проведения арт-терапевтических сессий в зависимости от теоретической ориентации специалистов, определяются диагностические и терапевтические характеристики рисунка, как основного терапевтического средства в арт-терапии.

THE SUMMARY

FUNCTIONAL CONCEPT OF MENTALITY IN A CONTEXT INTEGRATIVE-DEVELOPING PSYCHOTHERAPY

Katkov A.L.

A.L.Katkov's article «Functional concept of mentality in a context integrative-developing psychotherapy» contains the description of the basic context, in which field it is possible adequate designing of functional levels of mentality. Thereupon concept «model of a volumetric reality» and «circular scientific archetype» are considered, allowing to identify resource instances of mentality. Functional levels of the organization of mentality are considered from a stand of a phenomenon dialoging consciousnesses - a practical embodiment of circular scientific archetype idea.

The given approach allows expanding methodological base of institutional developing practices, and, first of all, integrative-developing psychotherapy.

Key words: psychotherapy, mentality, functions, reality, consciousness, scientific archetype, development, super resources.

METAMODEL OF SOCIAL PSYCHOTHERAPY

Katkov A.L.

In A.L.Katkova's article «Metamodel of social psychotherapy» the basic characteristics of metamodel of social psychotherapy are described. The basic concepts of social psychotherapy are specified. The data on experimental approbation of the functional concept of psychological resistance to aggressive influences of an environment are cited which represents rod multipliers of metamodel of social psychotherapy. New approaches to integration of professional psychotherapy with others institutionalized develop practices (education, upbringing) are described. It is paid attention to strategy of realization of metamodel of social psychotherapy.

Key words: a society, social psychotherapy, psychotherapy, integrative approaches, institutionalized develop practices.

INTEGRATIVE-DEVELOPING GROUP PSYCHOTHERAPY OF PATIENTS WITH DRUG ADDICTION

Pak T.V.

The article represents a survey material by results of research of comparative efficiency of integrative-developing group psychotherapy of patients with drug addiction. The system of intermediate and final indicators is resulted on which efficiency of integrative-developing group psychotherapy of drug addicts in comparison with traditional psychotherapeutic approaches was estimated. Results of the statistical-mathematical analysis are reflected, and application of the given model of psychotherapy is proved as the basic a multiplier of programs of medico-social rehabilitation of dependent from psychoactive substances.

Key words: research results; efficiency of psychotherapy; drug addiction; medico-social rehabilitation.

ANALYSIS OF THE STANDARD, VOLUME AND QUALITY OF THE SERVICES RENDERED BY MENTAL HEALTH SERVICES OF REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Aibasova G.H.

In G.H.Aibasova's article «Analysis of the standard, volume and qualities of the services rendered by mental health services of Republic of Kazakhstan» are resulted results of the analysis on all designated parameters. Conclusions rather most expressed deficiency of services in sphere of initial and tertiary prevention, in structure of activity of psychotherapeutic and medico-psychological services are drawn. Recommendations for priority development of the given fields of activity are proved.

Key words: mental health, services, priorities.

PROSPECTS OF USE OF NEW GENERATION NEUROLEPTICS IN PSYCHOPHARMACOLOGY (REVIEW BY ANALYSIS OF THE LITERATURE)

Koshchegulova R.M.

In the review the history of development, main principles and achievements of neuroleptic therapy are stated. Determining parameters of clinical activity classical and new (atypical) antipsychotic drug are allocated. The modern condition of a problem of dependence from psychoactive substances is submitted, on the basis of literature data the analysis of interrelation of clinical picture of all kinds of chemical dependence and disturbance of an exchange in neuromediator systems is carried out. Results of the researches which have been carried out by authors of publications, narcological diseases using in treatment of atypical antipsychotic drug are resulted and discussed. From the submitted data obviously, that there are preconditions for introduction in narcological practice of neuroleptic drugs the second generation and realization of the further researches on their use.

RATIO OF MENTAL AND PSYCHOLOGICAL HEALTH AMONG THE POPULATION OF REPUBLIC OF KAZAKHSTAN ACCORDING TO EPIDEMIOLOGICAL RESEARCH OF 2001

Katkov A.L., Dzharbusynova B.B.

In A.L.Katkov's, B.B. Dzharbusynova's article, «Ratio of mental and psychological health among the population of Republic of Kazakhstan according to epidemiological research of 2001» is given reason necessity of division of categories of mental and psychological health. Data on distribution of levels of mental and psychological health among the population of Republic of Kazakhstan on materials of research of 2001 are resulted. Conclusions concerning necessity of updating of the psycho-preventive and psycho-hygienic programs sold in Republic of Kazakhstan are drawn.

Key words: mental health, psychological health, prevention, psychological health, psychohygienic.

BASES OF THE ARTTHERAPEUTIC THEORY AND PRACTICE

Yussopov O.G.

In present article the basic stages of development of art therapeutic theories and practice, and also feature of realization of art therapeutic sessions are described depending on theoretical orientation of experts, diagnostic and therapeutic characteristics of figure, as basic therapeutic means in art therapy are defined.