

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

**ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ**

\*\*\*\*\*

**Том XII**

**№ 2**

**2006**

**Москва-Павлодар**

---

---

## **РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:**

**Доктор медицинских наук С. А. Алтынбеков; кандидат медицинских наук Г. Х. Айбасова; профессор, доктор медицинских наук А. А. Аканов; кандидат медицинских наук Е. В. Денисова (ответственный секретарь); профессор О. Т. Жузжанов; 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. И. 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: 140001, Казахстан, г. Павлодар, ул. Кутузова, 200  
Телефон (факс): 8(3182) 57-29-39  
E-mail: press@rncenter.kz**

---

---

---

---

# ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

## СОДЕРЖАНИЕ

### РЕДАКТОРСКИЕ СТАТЬИ

#### УЧРЕДИТЕЛИ:

Профессиональная  
Психотерапевтическая  
Лига

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

Том XII  
№ 2  
2006 год

|   |       |
|---|-------|
| <i>Катков А. Л.</i><br>Полюс психического здоровья – проблемы идентификации. 1 часть.     | 7-15  |
| <i>Макаров В. В., Кантов А. М., Чобану И. К.</i><br>IV Всемирный конгресс по психотерапии | 15-22 |

### ПСИХИАТРИЯ

|   |       |
|---|-------|
| <i>Джарбусынова Б. Б., Катков А. Л.</i><br>Комплексные характеристики общей подгруппы с клинико-психопатологическими проявлениями субклинического уровня по материалам эпидемиологического исследования 2003 года | 23-32 |
| <i>Джарбусынова Б. Б.</i><br>Комплексные характеристики подгруппы с органическими психическими расстройствами по материалам эпидемиологического исследования 2003 года  | 32-43 |
| <i>Измаилова Н. Т., Букашов Т. С., Шахметов Б. А.</i><br>Оказание услуг в области психического здоровья на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Проблемы, пути совершенствования                     | 44-45 |

### ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

|   |       |
|---|-------|
| <i>Ахметов М. М., Шушкевич В. И.</i><br>Антидепрессанты при купировании болевого синдрома   | 46-48 |
| <i>Катков А. Л., Джарбусынова Б. Б.</i><br>Комплексные характеристики общей группы субклинических проявлений психических и поведенческих расстройств, гипертрофированных реакций психологической адаптации по материалам эпидемиологического исследования 2003 года | 48-57 |
| <i>Сабенов Б. С., Бултачеев Ж. Ж.</i><br>Особенности распределения респондентов Аральской и Кызылординской зон по профессиональному и образовательному уровню   | 57-59 |
| <i>Сабырханов А. Ж.</i><br>К проблеме самоубийств - вопросы типологизации суицидоопасной популяции  | 59-60 |
| <i>Сабырханов А. Ж.</i><br>Пограничные нервно-психические расстройства среди личного состава ОВД. Клинико-организационные предпосылки экспертной оценки.  | 60-62 |

### ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА

выходит  
4 раза в год

|  |       |
|--|-------|
| <i>Алтынбеков С. А., Бултачеев Ж. Ж.</i><br>Общая характеристика медицинских последствий экологического бедствия в Приаралье | 63-65 |
|--|-------|

---

---

---

---

|   |       |
|---|-------|
| <i>Бултачеев Ж. Ж.</i>                                |       |
| Особенности стрессовых воздействий при токсических    |       |
| катастрофах   | 65-67 |
| <i>Бултачеев Ж. Ж., Бултачеева С. Ж.</i>              |       |
| Эпидемиологические и фармацевтические аспекты эко-    |       |
| логического бедствия в Приаралье                      | 67-69 |
| <i>Джарбусынова Б. Б., Катков А. Л.</i>               |       |
| Комплексные характеристики подгруппы с расстройства-  |       |
| ми личности и поведения по материалам эпидемиологи-   |       |
| ческого исследования 2003 года                        | 70-80 |
| <i>Катков А. Л., Джарбусынова Б. Б.</i>               |       |
| Комплексные характеристики подгруппы с аффективны-    |       |
| ми расстройствами по материалам эпидемиологическо-    |       |
| го исследования 2003 года                             | 80-90 |
| <i>Трубецкой В. Ф.</i>                                |       |
| Дистанционное обучение как технология социальной      |       |
| психотерапии и его использование в программах страте- |       |
| гической профилактики экстремизма                     | 90-92 |

#### **ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.**

|   |        |
|---|--------|
| <i>Бондарева В. В.</i>                            |        |
| Здоровье поддерживающий потенциал образовательно- |        |
| го транзактного анализа                           | 93-95  |
| <i>Утенязова Л. А.</i>                            |        |
| Организация комнаты психологической релаксации в  |        |
| условиях подразделения органов внутренних дел     | 95-97  |
| <i>Резюме</i>                                     | 98-106 |

---

---

# VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

## TABLE OF CONTENTS

### FOUNDERS:

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

**Volume XII**

**№ 2**

**2006**

**Published 4 times  
in a year**

### EDITORIAL ARTICLES

|   |       |
|---|-------|
| <i>Katkov A. L.</i>   |       |
| Pole of mental health - problems of identification. 1 part. | 7-15  |
| <i>Makarov V. V., Kantov A. M., Chobanu I. K.</i>           |       |
| The 4 <sup>th</sup> World Congress for Psychotherapy        | 15-22 |

### PSYCHIATRY

|   |       |
|---|-------|
| <i>Dzharbusynova B. B., Katkov A. L.</i>  |       |
| Complex characteristics of the general subgroup with clinical-psychopathological displays of a subclinical level on materials of epidemiological research in 2003 | 23-32 |
| <i>Dzharbusynova B. B.</i>  |       |
| Complex characteristics of a subgroup with organic mental disorders on materials of epidemiological research in 2003  | 32-43 |
| <i>Izmailova N. T., Bukashov T. S., Shahmetov B. A.</i>   |       |
| Rendering of services in the field of mental health at a level of primary help. Problems, ways of perfection  | 44-45 |

### BOUNDARY PATHOLOGY

|   |       |
|---|-------|
| <i>Ahmetov M. M., Shushkevich V. I.</i>   |       |
| Energizers at knocking over of a painful syndrome   | 46-48 |
| Katkov A.L., Dzharbusynova B.B.   |       |
| Complex characteristics of the general group of subclinical displays of the mental and behavioral disorders, hypertrophied reactions of psychological adaptation on materials of epidemiological research in 2003 | 48-57 |
| <i>Sabenov B. S., Bultacheev Z. Z.</i>  |       |
| Characteristics of distribution of respondents Aral and Kyzylorda zones on a professional and educational level   | 57-59 |
| <i>Sabyrhanov A. Z.</i>   |       |
| To a problem of suicides - questions of typology of suicide risk population   | 59-60 |
| <i>Sabyrhanov A. Z.</i>   |       |
| Boundary psychological disorders among staff of law enforcement agency. Clinical and organizational preconditions of an expert estimation.  | 60-62 |

### BOUNDARY DISORDERS

|   |       |
|---|-------|
| <i>Altynbekov S. A., Bultacheev Z. Z.</i>                                     |       |
| General characteristic of medical consequences of ecological disaster in Aral | 63-65 |
| <i>Bultacheev Z. Z.</i>   |       |
| Features of stressful influences at toxic accidents                           | 65-67 |

---

---

|   |       |
|---|-------|
| <i>Bultacheev Z. Z., Bultacheeva S. Z.</i>                  |       |
| Epidemiological and pharmaceutical aspects of ecological    |       |
| disaster in Aral  | 67-69 |
| <i>Dzharbusynova B. B., Katkov A. L.</i>                    |       |
| Complex characteristics of a subgroup with personality and  |       |
| behavior disorders on materials of epidemiological research |       |
| in 2003   | 70-80 |
| <i>Katkov A. L., Dzharbusynova B. B.</i>                    |       |
| Complex characteristics of a subgroup with affective        |       |
| disorders on materials of epidemiological research in 2003  | 80-90 |
| <i>Trubetskoi V. F.</i>                                     |       |
| Remote training as technology of social psychotherapy and   |       |
| its use in programs of strategic prevention of extremism    | 90-92 |

## **PSYCHOLOGY OF HEALTH. VALUEOLOGY.**

|  |        |
|--|--------|
| <i>Bondareva V. V.</i>                                       |        |
| Health supporting potential of educational transact analysis | 93-95  |
| <i>Uteniyazova L. A.</i>                                     |        |
| The organization of a psychological relaxation room in       |        |
| conditions of division of law-enforcement agency             | 95-97  |
| <i>Summary</i>   | 98-106 |



### ПОЛЮС ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ – ПРОБЛЕМЫ ИДЕНТИФИКАЦИИ

А. Л. Катков

#### 1. Необходимые уточнения и ограничения

Проблема сущностной идентификации и определения функциональных границ феномена психического здоровья исключительно сложна и многоаспектна. И в тоже время данная проблема, без сомнения, является приоритетом номер один в современном неустойчивом мире. Мире, где со всей очевидностью наблюдается кризис фундаментальных параметров порядка, веками организующих и поддерживающих жизнь общества.

Нет никаких сомнений и в том, что высокие уровни психического и психологического здоровья (в обновленном понимании данных категорий) в обозримом будущем должны быть трансформированы в такие параметры нового порядка, которые, в итоге, обеспечат успешность преодоления «девято-го вала» социальных кризисов последних десятилетий и создадут обновленную платформу устойчивого развития с принципиально иными ресурсными возможностями.

Удовлетворительное решение рассматриваемой проблемы, на наш взгляд, связано с успешностью выполнения следующих акций:

- точным выведением основных контекстов (социальных, экономических, культурных, эволюционно-биологических, политических и других) в поле которых актуализируются вопросы, связанные с индивидуальным и социальным психическим здоровьем;
- аргументированным обоснованием общей и частной методологии выведения основных свойств – составляющих феномена психического и психологического здоровья (адекватное решение данного вопроса имеет абсолютно беспрецедентное значение не только в аспекте собственно идентификации интересующих нас свойств, но и для всей последующей стратегии формирования высоких уровней индивидуального и социального психического здоровья);

- адекватным определением структуры и сущностного содержания понятий психического и психологического здоровья, которые будут принципиально сопоставимы с вектором основной функциональной активности рассматриваемых феноменов;

- оперативной разработкой соответствующих технологий форсированного развития высоких уровней индивидуального и социального психического здоровья; апробацией и масштабным внедрением названных технологий в практику деятельности наиболее значимых социальных институтов.

Структура настоящей статьи выстроена с учетом последовательности вышеназванных задач.

В каждом из соответствующих разделов приводятся фрагменты основных тематических работ, выполненных лично автором, либо под его непосредственным руководством, в продолжение последних 10 лет. Такое ограничение в информационных источниках, естественно, сужает поле обзора рассматриваемой проблемы. И в то же время придает материалу некое, отнюдь не лишнее в данном вопросе, концептуальное единство.

Развернутое содержание основных тезисов настоящей статьи, а также результаты научных исследований лежащих в их основе излагаются в источниках, список которых приведен в заключении.

#### 2. Основной контекст и общие подходы к обсуждаемой проблеме

Мы полагаем, что сущностный контекст, актуализирующий проблему психического здоровья, представлен двумя важнейшими обстоятельствами. Первое из них является одним из главных достижений минувшего XX века. До настоящего времени это событие не получило должной оценки и признания научных, политических, информационных и иных элит, формирующих общественное мнение, лишь потому, что не имело очерченных временных границ и не сопровождалось внешними эффектами, тиражируемыми средствами массовой информации.

Речь идет о том, что в прошедшем столетии фактор естественного отбора утратил функцию доминирующего регулятора адаптационных возможностей человека.

Тотальные успехи биологической науки и парциальные достижения социальной политики отпраздновали этот затратный способ формирования индивидуальной и социальной устойчивости на обочину эволюционной гонки без лишнего шума, но и без должного анализа издержек и дивидендов.

Между тем и к первым (издержкам) и ко вторым (дивидендам) стоило бы присмотреться повнимательнее с тем, чтобы оценить сильные и слабые стороны нового и теперь, практически, доминирующего фактора сохранения адаптационного потенциала популяции – универсального механизма самоорганизации.

Неоспоримые и всеми признаваемые заслуги этого нового способа формирования социального здоровья совершенно очевидны: человечество избавилось от груза биологических эпидемий и преждевременной смерти, огромное количество неинфекционных заболеваний перестало быть фатальными, а качество жизни лиц с хронической,

инвалидизирующей патологией привлекло пристальное внимание общественности.

Однако, обратная сторона такого рода гуманистической активности проявилась в том, что генофонд общей популяции стал стремительно терять в качестве, а рождаемость, особенно в тех странах, где медицинские и социальные программы успешно функционировали на протяжении достаточно длительного периода времени – не менее стремительно падать.

Мы полагаем, что главной причиной такого рода развития событий, в части деструктивной составляющей, явилось то обстоятельство, что до настоящего времени универсальный механизм самоорганизации в основном использовался лишь в усеченном варианте – в качестве череды более или менее удачных попыток технологической компенсации постепенно утрачиваемых популяцией адаптационных свойств, преимущественно биологической направленности. За редким исключением сюда можно отнести практически все используемые методы профилактики и лечения.

В то же время основной саногенный потенциал механизма самоорганизации, связанный с феноменами психического и психологического здоровья, остается, всё ещё, невостребованным.

Таким образом, новоявленный способ регуляции уровней здоровья наследует стереотипную фиксацию на патологическом векторе адаптационных проблем с выводимой отсюда ограниченно-эффективной стратегией приоритетов в сфере биологических ресурсов популяции.

Эти родимые пятна уходящей эпохи с лозунгами необходимости охраны (но не развития!) здоровья населения, стали более заметными в стремительно меняющемся мире. В котором с одной стороны существенно повысилась степень агрессивности биологической и, особенно, информационной среды обитания и, соответственно, возросли требования к адаптационным возможностям человека, а с другой – в полной мере проявилась ограниченность группы уже не только биологических, но и стереотипных психологических ресурсов, долгое время выставляемых в качестве краеугольного камня пирамиды общественного здоровья.

Ибо в кризисной зоне (следующее обстоятельство актуализирующего контекста) действуют уже совсем другие смертельно-опасные драйверы – социальные эпидемии беспрецедентных масштабов: наркозависимость, терроризм, религиозный экстремизм, вовлечение в преступные сообщества, рукотворные экологические угрозы и катастрофы, значительное расслоение общества по признаку доступа к информационным и материальным ресурсам (бедность) и другие менее явные. Они – то и выводят проблему психического и, особенно, психологического здоровья, в статус основополагающих параметров порядка, организующих жизнь социума в настоящем и будущем. Если же этот «выход»

по каким-либо причинам (в первую очередь в результате бездействия интеллектуальных и политических элит) задержится или не состоится вовсе, сообществу придется заплатить цену гораздо выше той, которую оно платит сегодня. И здесь нелишне напомнить, что потери в человеческих жизнях за счет только одной социальной эпидемии – распространения наркозависимости – на сегодняшний день сопоставимы с общим числом погибших во Второй Мировой войне.

Все сказанное, с нашей точки зрения, достаточно однозначно свидетельствует о том, что пришло время для критического осмыслиения и реализации всего спектра потенциальных возможностей универсального механизма самоорганизации в качестве инструмента, обеспечивающего форсированное развитие адаптационных возможностей человека в агрессивной среде. Практически это означает, что проблема психического и психологического здоровья из плоскости декларируемого био-психо-социального подхода и метапозиции внешнего локуса контроля («человек – продукт воздействия среды»), из контекста досужих и ни к чему не обязывающих рассуждений о «духовности» должна быть перенесена в область предельно прагматичного и ответственного функционального подхода с метапозицией внутреннего локуса контроля («человек – начало всех вещей»).

Основные характеристики, отражающие суть функционального подхода в сфере индивидуального и социального здоровья, следующие:

- *определение*: функциональный подход представляет собой научно-обоснованную систему теоретических представлений и практических действий, направленных на идентификацию и форсированное развитие психологических свойств индивида или группы, функциональная активность которых в максимальной степени способствует решению задач, выводимых из актуального социального контекста;

- *наиболее актуальными задачами*, обусловленными современным социальным контекстом, соответственно, являются: 1) формирование искомого уровня самоорганизующей активности, обеспечивающего устойчивое развитие адаптационных возможностей индивида или группы в условиях агрессивной среды – информационной, биологической, социальной; 2) обеспечение высокого уровня индивидуальной и групповой устойчивости к вовлечению в основные социальные эпидемии;

- *психологические свойства индивида или группы, со специфической функциональной активностью* в ключе рассматриваемого подхода обозначаются нами как категория психологического здоровья – устойчивости к первичному или повторному вовлечению в основные социальные эпидемии. Детальный анализ данного понятия будет проведен в разделе 4 настоящего сообщения;

- *отличительные особенности рассматриваемого функционального подхода* (в частности, основные

отличия от био-психо-социального подхода) состоят в том, что: 1) опорные понятия, используемые в структуре данного подхода - такие как интегральное, психологическое здоровье и т.д. – имеют четкие антагонистические ориентиры (например, индикаторы повышенного риска вовлечения в социальные эпидемии и др.), соответствующие основным функциональным задачам. На основании чего разрабатываются системы промежуточных индикаторов эффективности названного подхода в социальной и гуманитарной сферах; 2) особый акцент делается на формировании высоких уровней адаптации и устойчивости за счет мобилизации ресурсов психического и психологического здоровья индивида или группы, именно в агрессивной среде, а не на поиске возможностей блокирования или снижения степени агрессивности отдельных травмирующих био-психо-социальных факторов; 3) основные стратегии достижения высоких уровней индивидуальной и социальной адаптации выводятся из контекста метапозиции внутреннего локуса контроля: «человек – начало всех вещей» и приоритетов в сфере психологического здоровья, а не из метапозиции внешнего локуса контроля: «человек – продукт окружающей среды» с приоритетами в сфере биологического здоровья; 4) основной фокус внимания специалистов в сфере достижения высоких уровней интегрального, психического и психологического здоровья сосредоточен в сфере развивающих технологий (психотерапия, психологическое консультирование, социально-психологические тренинги и др.), а не в секторе санитарно-гигиенической и лечебно-диагностической активности; 5) при этом существует возможность конструктивного использования мультисекторальных ресурсов всего социально-гуманитарного поля (при условии реализации соответствующих системных реформ в данной важнейшей сфере), а не только органических ресурсов системы здравоохранения; 6) система индикаторов, оценивающих степень эффективности реализации рассматриваемого подхода, основывается, в первую очередь, на диагностике степени развития навыков самоорганизации и свойств психологического здоровья – устойчивости к первичному или повторному вовлечению в основные социальные эпидемии (система промежуточных индикаторов), а также на оценке уровня распространения основных социальных эпидемий (система конечных индикаторов); и только во вторую очередь на показателях заболеваемости и болезненности по основным нозологическим профилям (система вспомогательных индикаторов), а не наоборот; 7) таким образом общая последовательность основных этапов, реализация которых обеспечивает перспективу устойчивого развития индивида и социума, следующая: первичное формирование (форсированное развитие) свойств психологического здоровья – устойчивости к воздействиям агрессивной среды у существенной части населения → вторичное снижение уровня

агgressivnosti среды за счет осмысленной, экологически выверенной, целенаправленной деятельности основных социальных институтов, реформированных в соответствие с актуальными задачами современности, а не наоборот.

Таким образом, основной контекст, в поле которого актуализируются проблемы психического и психологического здоровья, представлен более чем серьезным перечнем социальных обстоятельств и аргументов в пользу изменения общего статуса данных проблем, а также подходов к их адекватному решению.

### **3. Основные дефиниции категории «здоровье» в контексте функционального подхода**

Итак, в условиях деградации естественных саногенных механизмов категория «здоровье» выступает уже не в качестве состояния, которое необходимо охранять, но как состояние, которого следует достигать с тем, чтобы оно трансформировалось в новые параметры порядка, обеспечивающего приемлемые условия и темпы индивидуального и социального развития.

Следовательно, наиболее адекватным термином по отношению к категории здоровья является «развитие», а не «охрана».

Сущность категории здоровья в современном, функционально понятном значении данного термина предстает в качестве фундаментальной способности человека и общества к самоорганизации, саморазвитию. Соответственно, различные, условно выделяемые аспекты интегрального здоровья: соматическое, психическое, психологическое (взаимообусловленные, взаимозависимые, взаимодополняющие) расшифровываются как самоорганизующие способности со следующими специализированными функциями:

- соматическое здоровье – способность присутствовать и функционировать в реальности как активного биологического объекта, обеспечивающее энергетику психических процессов;

- психическое здоровье – способность к полноценному взаимодействию с реальностью в качестве субъекта;

- психологическое здоровье – способность к критическому осмыслению, усвоению и генерации новой информации, обеспечивающей устойчивость и адекватную адаптацию индивида в агрессивной среде.

Далее нам представляется уместными комментарии некоторых фрагментов известного определения здоровья ВОЗ (1961) с позиции функционального подхода. В частности, «состояние полного душевного благополучия» в данном контексте понимается как высокий уровень развития свойств психологического здоровья (потенциал самоорганизации), обеспечивающий, в конечном итоге, «состояние полного физического благополучия», а в перспективе – «отсутствие болезней и физических дефектов».

«Состояние полного социального благополучия» в контексте функционального подхода понимается не только как соответствующие показатели качества жизни и социального функционирования, но и как высокий уровень развития специфических психологических свойств индивида, обеспечивающих устойчивость к вовлечению в основные социальные эпидемии нового времени.

Таким образом, традиционное определение категории здоровья в контексте функционального подхода, не меняясь по форме, по сути становится более глубоким, функционально дифференцированным и современным.

Из приведенного определения выводится естественный приоритет психической (включая и психологическую) составляющей категории «здоровье». Ценность другой составляющей – соматического здоровья – является опосредованной. Таким образом, современная функциональная трактовка категории « здоровье» объединяет и, фактически, сливает данную категорию с понятием психологической эффективности в сфере самоорганизующей активности человека. Констатация данного факта – ключевое звено презентируемого функционального подхода.

Далее, следует признать, что достижению высоких и стабильных уровней здоровья, в обновленном понимании данной категории, способствует не столько медицинская, сколько развивающая гуманистическая практика, реализуемая как традиционными, так и вновь создаваемыми социальными институтами. В сущности, это означает, что в эволюционном ряду взглядов и подходов к категориям индивидуального и социального здоровья вслед за этапами «лечащей» и «предупредительной» медицины, занимающих весьма скромное место в общем поле научной и практической деятельности человека, активно формируется мультидисциплинарный этап специальных развивающих технологий, мобилизующий весь арсенал интеллектуальных достижений естественно-научного и гуманистического профиля. Основополагающие характеристики данного этапа соответствуют идеологии информационного (постиндустриального) общества, сформулированной Мак-Лиеном, 1969; Д. Беллом, 1973; Е. Масуда, 1983; Дж. Беллингером, 1984; Г. Стоунером, 1986; Дж. Нисбетом, 1991 и другими. В частности – абсолютным ценностям постиндустриального общества, в качестве которых выступают новизна и востребованность производимой информации, обеспечиваемая основным вектором функциональной активности категории психологического здоровья.

#### **4. Идентификация качественных характеристик категории психологического здоровья**

Итак, в соответствие с основными положениями функционального подхода психологическое здоровье представляет собой качественную составляющую категории психологического здоровья, обеспечивающую

возможность адекватной адаптации и свободного развития индивида в агрессивной среде. Таким образом, понятие «психологическое здоровье» отнюдь не сводимо к набору базисных характеристик психических процессов (сознание, память, внимание, мышление, поверхностная рациональность и пр.), обеспечивающих возможность появления субъектности как таковой. В узко-функциональном смысле вышеупомянутые характеристики психической активности представляют первичные свойства категории психического здоровья и поэтому здесь рассматриваются лишь в качестве основы для формирования совокупности свойств следующего порядка. В разработанной нами функциональной классификации психических процессов уровень организации психического, имеющий непосредственное отношение к феномену психологического здоровья, обозначен как индивидуально-пластический (А. Л. Катков, 2004). Данный структурный уровень включает возрастные, индивидуальные и адаптационные различия, представленные определенными характеристиками психических процессов, комбинациями личностных черт и параметров адаптации, с общей функцией формирования уникальных субъектно-объектных отношений. Характеристики данных отношений, в конечном итоге и определяют степень свободы или степень зависимости индивида от агрессивной среды.

Далее, нами проводились исследования генеральной совокупности психологических свойств рассматриваемого уровня с целью определения функционально значимой группы, имеющей прямое отношение к феномену психологического здоровья.

При идентификации названных психологических параметров мы руководствовались следующими критериями: *дифференциации* (каждое из исследуемых психологический свойств имеет четкое определение и учитываемые признаки, по которым назначенное свойство можно отличить от любого другого); *измеряемости* (динамику каждого из исследуемых свойств можно отследить по соответствующим количественным и атрибутивным признакам с использованием репрезентативных диагностических систем – опросников, тестов, специальных диагностических программ и т.д.); *наличия статистически достоверной и явно выраженной антагонистической взаимозависимости с индикативными признаками вовлечения или предрасположения к вовлечению в основные социальные эпидемии* (зависимость от психоактивных веществ, сочувствие террористическим акциям; вовлечение или сочувствие по отношению к деятельности преступных и религиозно-экстремистских группировок; равнодушие или одобрение по отношению к экологически опасной деятельности и другие).

В частности, при поведении масштабных эпидемиологических исследований среди группы населения с возрастом от 15 до 55 лет в 2001 и 2003 г.г. с объемами выборки – 7851 и 10650 респондентов

каждая, нами (А. Л. Катков, 2001; А. Л. Катков, Ю. А. Россинский, 2003) была выявлена достоверная и явная антагонистическая динамика по отношению к индикативным признакам вовлечения или высокой предрасположенности к вовлечению в обозначенные социальные эпидемии в отношение следующих психологических свойств: 1) полноценное завершение личностной идентификации; 2) наличие позитивного (идентификационного) жизненного сценария; 3) сформированность навыков свободного и ответственного выбора; 4) сформированность внутреннего локуса контроля; 5) наличие креативно-пластических ресурсов, необходимых для реализации жизненного сценария; 6) наличие адекватной информированности об агентах, агрессивных и деструктивных по отношению к основным (идентификационным) жизненным сценариям.

С тем, чтобы избежать возможного расхождения в интерпретации названных свойств, представим их более полное описание.

*Личностная идентификация* – одна из основных интегративных личностных характеристик, наиболее подробно описанная Э. Эриксоном. Процесс полноценного формирования данного свойства начинается с младенчества и раннего детства и обретает структурированные формы в возрастном диапазоне 12-18 лет. К 18 годам, по Э. Эриксону, процесс идентификации должен завершаться. С этого времени индивид четко формулирует ответы на вопрос, кто он и чего хочет в жизни. Эти ответы исходят из идентифицированного личностного ядра, осознающего собственную уникальность, а не повторяют навязанные извне сценарии – стереотипы (пусть и социально-позитивные). Перед человеком, полноценно завершившим этап личностной идентификации, появляется завораживающая перспектива собственного жизненного пути, по которой его будет вести энергия желаний, а не только сознание социального долга. Следовательно, в процесс достижения целей включаются более мощные мотивационные ресурсы, обеспечивающие эффективное удовлетворение потребностного цикла. Отсюда – перспективы более высокого качества жизни.

*Конструктивный, идентификационный жизненный сценарий* – данное свойство выделяется нами из совокупных характеристик личности в отдельное по основаниям его принципиальной верифицируемости и самостоятельного значения в качестве одной из основных мишеней в развивающихся технологиях. Структурное оформление конструктивной жизненной идеи происходит в том же возрастном диапазоне, что и процесс идентификации, 12-18 лет. Однако ко времени завершения данного процесса, соответствующий жизненный сценарий может находиться в стадии формирования и окончательно сложиться к возрасту 19-20 лет. К этому времени субъект должен точно знать, что ему нужно делать для исполнения своих «главных», идентификационных желаний. Конструктивный

сценарий жизни – глубинное и устойчивое образование, спаянное с ядром личности. Такой сценарий полярно отличается с намерениями или мимолетными планами, за которыми, обычно, не следуют соответствующие решения и действия (наличие адекватных решений, реализуемых в энергичных, целенаправленных действиях, является основным, отличительным признаком рассматриваемого свойства). Другой отличительный признак – резкое снижение уровня базисной тревоги и поисковой активности, порождаемых неопределенной системой координат. Таким образом, конструктивный жизненный сценарий выполняет важнейшую функцию базисной системы координат, существенно повышающей качество жизни субъекта и снижающей риски вовлечения в какую-либо из поименованных социальных эпидемий. В совокупности с идентифицируемым ядром личности, данное свойство обеспечивает устойчивое продвижение субъекта в реализации намеченных целей и постоянное позитивное подкрепление с чувством деятельностного удовлетворения.

*Навыки ответственного выбора* – рассматриваемое личностное свойство является, в значительной степени, определяющим в формировании устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии. Базовыми свойствами личности, с опорой на которые полноценно развиваются навыки ответственного выбора, являются: автономность и уверенность (нормативный возраст формирования – 2-3 года); инициатива (нормативный возраст формирования – 3-6 лет). Собственно полноценные навыки ответственного выбора формируются к 12-15 годам. Названное свойство отличается от поверхностных предпочтений тем, что содержит в собственной структуре умение отказаться от дивидендов конкурирующих сценариев (предпочтения или мягкие альтернативы псевдовыбора наличия таких характеристик не предусматривают), дезавуировать их внешнюю привлекательность. Индивид, обладающий сформированными навыками ответственного выбора, может утверждать, что, во-первых, способен принимать твердые, однозначные решения в неопределенной ситуации (наличие, хотя бы, одной или нескольких равно-привлекательных альтернатив). Во-вторых, держаться избранного, не смотря ни на что. Ответственный выбор, реализованный в отношении конструктивного жизненного сценария, существенно повышает вероятность его адекватной и своевременной реализации. Данная, своевременно предпринятая акция обеспечивает безопасность прохождения собственного жизненного пути, «отбивая» внешне привлекательные, но конфронтационные и агрессивные по сути, альтернативные сценарные планы (например, предложения по употреблению психоактивных веществ с целью получения эйфорических, стимулирующих или релаксационных эффектов). Подлинной наградой – позитивным подкреплением акции по реализации ответственного выбора – является деятельностьное удовлетворение от

воплощения этого плана, в пользу которого было принято ответственное решение. «Я сделал свой выбор, твердо стоял на своем и, в результате, оказался прав» – вот комплекс мыслей и переживаний победителя, получающего позитивное подкрепление принятого решения.

*Качество внутреннего локуса-контроля* – данное свойство личности (интернальности – экстернальности) было исследовано и подробно описано Джюлианом Роттером (1947). Характеристики локуса контроля являются крайне важной составляющей самоорганизующей активности личности. Собственно, решение о необходимости такого рода активности и последующая деятельность в данном направлении, первоначально, исходит от личностной метапозиции с качеством внутреннего локуса-контроля. Данное качество структурно оформляется в возрасте 12-18 лет. Ему предшествует формирование таких свойств личности как автономность (2-3 года), инициатива (3-6 лет), ответственность (5-12 лет). Индивид, с развитым качеством внутреннего локуса контроля, на вопрос, кто несет ответственность за то, что происходит с ним в жизни, отвечает: «Я сам несу ответственность за то, что происходит со мною в жизни». Данная, оформленная позиция оставляет шансы на существенное повышение качества жизни индивида, если его не устраивают существующие кондиции. Изменить себя, или что-либо в себе (например, получить более широкий доступ к глубинным ресурсам психического), хотя бы признать необходимость данных изменений – уже существенный шаг в сторону развития. У индивида с характеристиками интернальности этот шаг абсолютно реален и является прелюдией к поиску и принятию профессиональной или какой-либо другой помощи и поддержки. Качество внутреннего локуса-контроля – своего рода гарантия ресурсного разворота личности. Индивиду, обладающему данным качеством, при необходимости, можно эффективно помочь. Для того чтобы помочь человеку с характеристиками внешнего локуса-контроля (за все, что с ним происходит, несут ответственность внешние агенты) следует изменить мир вокруг него – что невозможно – или, для начала, переформировать личностную метапозицию. Данный тезис является одной из основных стратегических установок в современных развивающих технологиях.

*Наличие креативно-пластических личностных ресурсов* – рассматриваемое психологическое свойство имеет тесную взаимосвязь с базисной синергетической стратегией поведения индивида, которая, собственно, и обуславливает возможность доступа к группе креативно-пластических ресурсов. По своим характеристикам названная группа существенно отличается от биологических и стереотипных психологических ресурсов – атрибутов конфронтационной стратегии поведения индивида. Соответственно, различаются и результаты часто неосознаваемых стратегических жизненных установок:

высокое качество жизни с возможностью усваивать и генерировать новую, адаптирующую информацию (высокая степень креативности и пластичности индивида); или, наоборот, низкое качество жизни, сложности в адаптации, высокая вероятность утраты личной свободы и вовлечения в социальные эпидемии (низкая степень креативности и пластичности индивида). Вопросы расширения ресурсного доступа и переформирования базисных стратегий поведения индивида занимают центральное место в наших исследованиях, в частности, в разработанной нами функциональной концепции психических процессов и модели интегративно-развивающей психотерапии (А. Л. Катков, 2003; А. Л. Катков, Т. В. Пак, Ю. А. Россинский, В. В. Титова, 2004). Ввиду исключительной важности данной темы мы еще вернемся к ее детальному обсуждению в соответствующих разделах статьи. Здесь лишь укажем, что рассматриваемое свойство формируется на протяжении всей жизни индивида. Однако наиболее активная, структурированная фаза имеет место в возрасте 12-25 лет.

Как показали наши исследования, другие свойства и характеристики, приписываемые феномену психологического здоровья различными авторами (Meninger, Becker, Jhoda и др.) не имеют прямого отношения к факторам высокой степени адаптации и устойчивости в агрессивной среде, и, к тому же, трудно поддаются измерению. Идентифицированные нами свойства – слагаемые категории психологического здоровья – 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 Ж. Ш. Амановой, А. Л. Катковым, Т. В. Пак, Ю. А. Россинским, О. Г. Юсоповым).

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 также должно учитываться в соответствующих терапевтических и профилактических стратегиях.

В другой серии экспериментальных исследований, проводимой сотрудниками Центра (А. А. Марашева, 2004-2005) в аспекте идентификации свойств психологической устойчивости к вовлечению в зависимость от психоактивных веществ у детей младшего школьного возраста, было выявлено, что

конкретными (частными) отличиями определенных свойств – составляющих феномена психологической устойчивости в младшем школьном возрасте от их более дифференцированных и зрелых прототипов являются следующие:

- свойство завершенной личностной идентификации представлено у детей конструктивной Я-концепцией с акцентом на следующие особенности личности: самооценка, уровень притязаний, степень развития самоосознания, адекватность целеполагания и выбора средств для достижения цели;

- свойство конструктивного жизненного сценария в раннем школьном возрасте представлено ценностно-смысловыми доминантами, вписанными в образ мира ребенка, на основании которых он действует и выстраивает оценочные суждения. При этом основной акцент делается на таких личностных качествах, как трудолюбие, ориентация на позитивные ценности и личностные свойства значимых других лиц;

- свойства навыка ответственного выбора и внутреннего локуса контроля у детей младшего школьного возраста не дифференцируются и представлены качеством внутренней ответственности. При этом имеют значение такие личностные свойства, как самостоятельность, умение планировать и организовывать свою деятельность, сформированность волевых усилий (усидчивость), критичность;

- свойство достаточности личностных ресурсов, необходимых для реализации идентификационных сценариев в младшем школьном возрасте, представлено, так называемой, «силой Эго», определяемой как эмоциональная устойчивость и уверенность, а также «силой сверх-Я», с акцентом на такие личностные качества как обязательность, добросовестность, ответственность;

- в аспектах информированности о негативных последствиях употребления психоактивных веществ, препятствующих реализации основных жизненных сценариев, у детей младшего школьного возраста имеют значение факты передачи такого рода информации от значимых других лиц, пользующихся особым авторитетом и доверием (обычно, родителей), правильные, тщательно продуманные контекст и направленность данной информации, определяющие когнитивные, эмоциональные и поведенческие компоненты последующих изменений.

Таким образом, идентифицированные нами свойства являются универсальными качественными характеристиками феномена психического здоровья, адекватными для всех наиболее значимых возрастных групп.

В ходе многоуровневого исследования 2001-2003 годов нами (А. Л. Катков, Б. Б. Джарбусынова, 2004) были показаны максимальные степени позитивной взаимозависимости высоких уровней развития идентифицированных свойств психологического здоровья и 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 среднего 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 среднего и 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, препятствуют вовлечению индивида в орбиту агрессивно-деструктивных 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 учебного процесса, 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 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 психического 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 психологического здоровья (45,4% - среднюю; 4% - низкую степень психологического здоровья).

Полученные сведения, помимо всего прочего, свидетельствуют также и о том, что сам по себе факт высшего образования не обеспечивает полноценного ресурсного статуса индивида, измеряемого соответствующими уровнями соматического и психического (в смысле отсутствия психопатологических симптомов) комфорта. Следовательно, 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. А именно к тем инстанциям, которые обеспечивают искомый уровень физического и душевного комфорта. Таким образом, институализированные способы формирования 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.).

На основании всего сказанного, можно констатировать, что наиболее сложной и неоднозначной позицией в перечне свойств, обеспечивающих устойчивость к агрессивным воздействиям внешней среды и требующей к себе особого внимания, является свойство ресурсной достаточности индивида (пятая позиция), понимаемое, в первую очередь, и как облегченный доступ к суперресурсным креативно-пластическим инстанциям психического, а не только как высокие кондиции в овладевание стереотипными знаниями – умениями – навыками.

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

Резюмируя данный раздел специальных эпидемиологических, социально-психологических и клинических исследований позволим себе отметить, что в результате были получены четкие представления о совокупности психологических свойств, представляющих феномен психологического здоровья в современном, функционально-понятном смысле данного термина.

Данные исследования способствовали разработке массива развивающих технологий (консультативных, психотерапевтических, тренинговых, реабилитационных, ресоциализационных), где в качестве основных мишеней воздействия и измерения эффективности достигнутого результата (промежуточные индикаторы) выступает уровень развития идентифицированных нами свойств.

Результаты терапевтического использования данных технологий, на наш взгляд, позволяют еще раз убедиться в действенности функционального подхода.

Наши исследования в направлении поиска и разработки эффективных механизмов

форсированного развития свойств психологического здоровья - устойчивости к вовлечению в основные социальные эпидемии (А. Л. Катков, 2003, 2004, А. Л. Катков, Ю. А. Россинский, 2005) было установлено, что эффективность эволюционного (естественного) и специально-технологического способа формирования 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, ассертивные 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 описываемого 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, в том числе, от степени выраженности дефицита свойств, составляющих комплекс психологической устойчивости.

В рамках клинического эксперимента, проводимого на базе Республиканского научно-практического Центра медико-социальных проблем наркомании (учитывались данные статико-математического анализа 6750 базисных исследовательских карт, заполненных на пациентов, зависимых от психоактивных веществ) выявилось, что форсированное развитие идентифицированных личностных свойств в режиме психотерапевтического прессинга (специальная реабилитационная программа) 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 (Ю. А. Россинский, 2004-2005; Т. В. Пак. 2004; В. В. Титова, 2004).

В ходе реализации экспериментальных программ профилактического направления 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 (А. З. Нургазина, 2005-2006).

Таким образом, в результате использования функционального подхода мы получаем возможности значительного расширения профиля развивающих, диагностических, профилактических и лечебно-реабилитационных технологий, с одновременным повышением их эффективности.

(продолжение следует)

#### IV ВСЕМИРНЫЙ КОНГРЕСС ПО ПСИХОТЕРАПИИ

д.м.н., проф. В. В. Макаров, к.и.н., А. М Кантор, И. К. Чобану

В Латинской Америке, в Буэнос-Айресе (Аргентина) 25 августа - 3 сентября 2005 года, под девизом «Мост между культурами» состоялся IV Всемирный конгресс по психотерапии. В конгрессе участвовало более 4500 профессионалов со всех континентов. Делегация Профессиональной психотерапевтической лиги состояла из 18 человек. На конгрессе были заявлены доклады, симпозиумы, короткие тренинги, из 44 стран мира. Латинская Америка представила 2174 доклада (из них Аргентина 1367), Северная Америка - 50, Европа - 240, Азия - 38, Австралия с

Океанией - 2, Африка - 2. По странам количество представленных докладов было следующее: Австралия представила 44 доклада, Германия - 25, Англия - 14, Аргентина - 1367, Бельгия - 2, Боливия - 11, Бразилия - 430, Венесуэла - 17, Голландия - 1, Грузия - 1, Гонконг - 1, Доминиканская Республика - 1, Израиль - 9, Индия - 13, Ирак - 1, Иран - 1, Ирландия - 1, Испания - 92, Италия - 46, Камбоджи - 1, Канада - 2, Китай - 2, Колумбия - 25, Куба - 1, Люксембург - 1, Марокко - 2, Мексика - 46, Нигерия - 1, Перу - 10, Португалия - 10, Россия - 19, Румыния - 1, Судан - 14,

США - 48, Турция - 1, Узбекистан - 1, Уругвай - 50, Франция - 8, Чили - 207, Эквадор - 10, Югославия - 2, и Япония представила на Всемирный конгресс - 5 докладов. Всего было представлено 2523 доклада.

Современная психотерапия уверенно становится важной частью культуры современного общества и даже мировоззрения современного культурного человека, что неудивительно для времени чрезвычайных стрессовых, в том числе, информационных нагрузок, нарастающей скорости жизненных изменений и даже разрушений понятий и ценностей. Меняется характер семейных, дружеских и других связей, подвергается изменениям и связь между поколениями. Человек становится, в чем-то, более свободен, но также одинок и, одновременно, еще более зависим от калейдоскопического мира, его постоянно «размывает».

Потому психотерапия далеко вышла из берегов медицины и даже психологии. Она превратилась в зонтичную дисциплину для многих теорий, методов и технологий культуры и общества (философия, менеджмент, педагогика, социология, искусство и пр.), имеющих отношение к содержанию и качеству душевной жизни человека, что, по словам знаменитого русского физиолога И. П. Павлова, и есть для него самое главное, а именно, к исцелению, коррекции, адаптации и совершенствованию психических процессов - не только больных, но и здоровых людей, желающих быть более эффективными. В этом смысле, психотерапия может и, наверное, должна состояться как род постсовременной синтезирующей дисциплины о психике человека и общества.

Официальное признание психотерапии в нашей стране как отдельной медицинской специальности - дело сравнительно недавнее, перестроечной эпохи. Но её российская история весьма насыщена, еще с XIX столетия, со времени тесных контактов с европейской наукой. В то время Петербург и Москва стали новыми центрами психотерапии, наряду с Веной Зигмунда Фрейда.

До сих пор мировые конгрессы по психотерапии, являясь, в определенном смысле, высшим собранием ее профессионалов и собирающие представителей едва ли не всех ее версий, включая народные и древние практики исцеления, вплоть до шаманов из Сибири и йогов из Индии, собирались в Вене (1996, 1999, 2002) (1-12). На этот раз местом встречи профессионалов мировой психотерапии стал Буэнос-Айрес. Город, по словам Президента Мирового Совета Психотерапии, профессора Альфреда Притца, бывший всегда плавильным котлом разных людей и культур, прибывших со всех частей света в поисках лучшей жизни. И сам конгресс дает возможность познать богатство исследований и клиники психических расстройств через доклады, демонстрации, мастерские, круглые столы, симпозиумы, тренинги. Общее число активных участников и гостей конгресса приближалось к 5 тысячам человек. Официальным языком конгресса был

испанский, языком перевода -английский. И, если на предыдущих конгрессах русский язык был одним из официальных, то на данном конгрессе языковых ограничений у нас было значительно больше.

В современных условиях психотерапия всё больше становится формой светского, духовного гуманизма. Она стремится заполнить нишу так называемых «больших идеологий»: равно «левых» и «правых», политических, философских и иных учений, ориентированных на поиски абсолютных смыслов. В этом смысле, психотерапия есть демократическая, по сути, больше общественная, чем государственная область культуры. Она объявляет человека и семью главными ценностями мироздания.

На IV конгрессе был представлен широчайший спектр специалистов: в области теории, организации, образования, модальностей (методов), клинических подходов и форм патологий клиентов. Психическое здоровье занимает одно из первых мест в политическом расписании Аргентины.

Однако очевиден, согласно заявленной теме, культуральный «крен» мирового форума - вопросы, имеющие, социо-клиническое звучание. Так, немало презентаций (докладов и пр.) затрагивали психотерапевтическую проблематику труда (реабилитация инвалидов, психологический террор на работе; страхи, связанные с субординацией и коллегиальными отношениями и пр.), ранней беременности и суррогатного материнства, детоубийства, сексуальных перверсий (гей, лесбиянки, свингеры), психических нарушений у студенчества, уличных тинейджеров, спортсменов, иммигрантов, больных диабетом и онкологическими заболеваниями. Особое рассмотрение получили различные виды травматических расстройств (военные конфликты, террор и т.д.). Нашлось место и собственно гуманитарным, прикладным аспектам психотерапии. Обсуждались клинические интуиции классиков мировой литературы - Кафки, Маркеса и, конечно же, Борхеса - великого земляка аргентинцев.

Кстати, как уже было отмечено выше, аргентинцы и, вообще, латиноамериканцы доминировали по количеству выступлений - сказывалась отдаленность места проведения форума. Делегации европейских психотерапевтов, в частности, российских, немецких, английских, французских и др., были меньше, нежели на прежних конгрессах. Однако это не мешало хозяевам быть не просто гостеприимными - но радушными. Заседания проходили в крупнейшем отеле континента «Панамерикано», сочетающем роскошь «колониального» стиля и современные удобства конференц-залов и training-rooms, расположенным в центре столицы, у знаменитого памятника независимости Аргентины - Обелиска, а также в театре «Колисео» (там состоялось открытие Конгресса и читались пленарные лекции). Кроме того, конгресс занимал помещения в Университете экономических и социальных наук, в отеле «Колон». А чего стоят названия аудиторий: «Салон Дон Хуан»,

Зал «Амазонас», Фойе «Санта Мария»... А музыкальные паузы Конгресса - в коридоре появлялись то арфист, то кларнетист или пианистка, и публика (среди которой немало студенческой молодежи) начинала подпевать и даже танцевать под знакомые мелодии танго и старинных песен. Мы часто чувствовали, что попали в мир популярных на нашем телевидении латиноамериканских сериалов. Разумеется, участникам предлагалась обширная культурная программа: театры танго, вертолетные туры, фольклорные экскурсии и многое другое.

Сам город и его жители также демократичны и дружелюбны в быту. На улицах охотно объясняли, как найти дорогу и даже могли сопроводить, в магазинах изо всех сил пытались понять - без знания какого-либо иностранного языка - что вам нужно... Архитектура, наверное, всех возможных стилей (французский, итальянский, колониальный испанский и др., включая район давнего поселения русских эмигрантов), но как-то без крикливости и развязности, во всем - стремление сочетать разнообразное. Множество старых автомобилей, но город оправдывает свое название «хорошего ( buenos ) воздуха (aires)». Дешевые овощи-фрукты и уличный Интернет. Немало скромно, по российским меркам, неярко, но чисто и аккуратно одетых людей, нередко на французский манер с шарфиком через плечо. Светлокожие европеоиды, темноглазые мулаты, скучластые аборигены и афролатиноамериканцы. Солидные синьоры и прогульщики собак (раньше мы не знал о такой профессии) иногда с десятком поводков. Обилие парков с мощной, экзотической расительностью и изваянными обстоятельно, с множеством деталей, бюстами и статуями тамошних знаменитостей и прочими монументами. И, конечно, кафе, это замечательное культурно-терапевтическое изобретение Европы, удивительно сочетающее личную автономность и близость человеческого общения, внешнее и внутреннее. Не берусь точно определить аргентинский акцент кафе, но есть что-то сходное с нашими кавказцами: приходят семьями, с детьми, соседями. Ещё встречали там людей, работающих с ноутбуками и просто - уютно сидящих отдельных граждан.

Возвращаясь к Конгрессу, важно отметить почти всенародный интерес аргентинцев к психотерапии. Во многих популярных газетных изданий в киосках города, посвященных психологии стрессов и травм, делового и жизненного успеха и т.п. Психотерапевтов в Аргентине, в пересчёте на душу населения, больше чем в любой другой стране. А квартал психоаналитиков, где проживают и практикуют психотерапевты, является достопримечательностью города. Он обращает на себя внимание своим благоустройством, достатком и комфортом.

И еще немного о выступлениях отечественных психотерапевтов. В целом, они были обращены к тяжелым личностным расстройствам. И. К. Чобану представила оригинальную версию кинезиологической

психотерапии, сочетающей телесно и духовно-ориентированные подходы в работе с травматическими пациентами. Она также явилась соавтором интереснейшего доклада с Ю. В. Валентик и Н. Епифановой, посвященного дифференцированной психотерапии с так называемыми аутоагрессивными (в т.ч., суициальными) пациентами. В. Малкин и Л. Рогалева касались не менее болезненной для нашего общества темы высокой психической тревожности и эмоциональной нестабильности среди молодого поколения и тренинговой работы с этими нарушениями. Выступление А. Захаревича, посвященное бисенсорной терапии, связанной с коррекцией органов восприятия, подчеркивало практическое значение материально-энергетических (электромагнитных, химических, гравитационных и др.) факторов психики, влияющих на оценку реальности. А. М. Кантор и Ю. Аутеншлюс доложили собственную версию связи наркотической, алкогольной зависимости и экстремального поведения россиян с травматическими расстройствами. Специальное внимание уделялось проблематике, так называемого, «чеченского синдрома» (военных неврозов участников конфликта, терактофобий гражданского населения).

На конгрессе были широко представлены работы латиноамериканских психотерапевтов. Luis Tapia Villanueva из Чили в докладе «Модели и метамодели супружеской терапии: интервенции, основанные на эмпирической очевидности и специфичности» отметил, что 15% супружеских пар обращаются к специалисту из-за насилия в семье и 76% пар из-за аффективных проблем. Он предложил в качестве помощи терапию, центрированную на эмоциях. При этом особое внимание уделялось регулированию эмоций и заботе. Любовь рассматривалась как «фрактальная эстетика», как постоянное взаимодействие и изменение.

По наблюдениям за 677 супружескими парами в течение 15 лет эта терапия обеспечивала более двух лет ремиссии. Её следствием было улучшение взаимодействия вне конфликта, снижение негативизма и увеличение позитивного настроя во время конфликта. Пары, прошедшие эту терапию, легче восстанавливали отношения после конфликтов. Как отмечали пациенты, они начинали жить на другой волне и открывались новому опыту.

На первом этапе исследования каждый день в течение 15 минут проводили видеозапись взаимодействий в супружеской паре, при этом уделялось особое внимание аффектам. Одновременно у пациентов измеряли физиологические показатели стресса: частоту сердечных сокращений, артериальное давление, и показатели иммунитета. Отдельной частью работы стало изучение выражения лица. Исследователи обращали внимание на то, как партнеры реагировали друг на друга, слышал ли один партнер, что и как говорил другой. Сравнивали выражение глаз и рта - наблюдалась ли соответствие. Например, было обнаружено, что количество улыбок матери,

обращённых к дочери, определяло результат лечения анорексии у дочери. Было отмечено, что сниженный риск развода отмечался в парах, где жена говорила больше, чем муж, и где во время конфликта было больше позитива, чем негатива. Риск развода увеличивался в парах, где партнеры говорили одновременно, где наблюдалось много негатива.

В парах, в которых не было развода, отмечено несколько особенностей. Они начинали дискуссию без раздражения, не слишком быстро. Муж принимал влияние жены. В этих парах не было критики, защиты, презрения или безразличия. Партнеры позитивно воспринимали контекст (например, неожиданный подарок). Этим парам было свойственно чувство юмора и способность восстанавливать отношения после конфликта. Чем быстрее восстанавливались отношения, тем лучше это для супружеской пары. В счастливых парах 69% разногласий были не решены. Оказалось, что важно уметь различать, что можно решить, что нет, и максимально позитивно относиться к тому, что решить невозможно. Для этих пар жизненно важным было проявлять максимум позитива во время скандала и быстро восстанавливаться после него.

Под регуляцией эмоций автор понимает умение различать свои эмоции и чужие, восстанавливать негативные проявления и поддерживать позитивный климат. Он считает, что онтогенетически самое главное в развитии регуляции эмоций - это контакт лица матери и младенца. Через синхронизацию этого контакта мать и младенец достигают синтонности. Это помогает ребенку научиться различать собственные эмоции. Из-за недостатка регуляции ребенку сложно пройти через разрыв и восстановление, в результате у него может пострадать чувство привязанности.

Современные исследования связывают привязанность с функцией лимбической системы и орбитофронтальной коры, а также с окситоцином. Отмечается, что небезопасно привязанные люди находят таких же для создания супружеских пар, безопасно привязанные также создают пары с себе подобными. Если же пара состоит из партнера, безопасно привязанного и небезопасно привязанного, то в ней будет наблюдаться меньше страданий и пара сохранится дольше.

Основные измерения конфликтов в паре автор связывает с интимностью, любовной страстью, властью и заботой, привязанностью, собственной идентичностью. Процесс отношения, по его мнению, определяется паузами в отношениях и значимыми другими лицами.

На что следует направить психотерапию для восстановления функций семьи? Важно научить регулировать близость, идентичность и самого себя, переместить фокус на процесс отношений, а не на содержание. Необходимо обратить внимание, как пара входит в конфликт, как выходит, как восстанавливается, как они общаются. Выражаясь физиологическим

языком, надо стимулировать развитие психофизиологической адаптации коры.

Если подвести итог, то метамодель психотерапии супружеской пары будет выглядеть следующим образом: особое внимание уделяется процессу, а не содержанию, соблюдение пауз, регулирование власти в семье, особое внимание эмоциям.

Доклад аргентинских психотерапевтов «Семейная психотерапия среднего класса в Буэнос-Айресе» состоял из нескольких частей. Alicia Beramendi рассказала о семейной терапии семей с усыновленными детьми. Она отметила, что в последние годы количество семей, желающих взять детей на усыновление, остается стабильным. Сложность ситуации заключается в неясности, с чего начинать терапию. Она предлагает вначале обсудить следующие вопросы: «Что вы думали, когда брали ребенка на усыновление? Какие образы были связаны с ребенком, которого отдали на усыновление?» В обществе доминируют взгляды на единокровную семью как идеальную. Важно узаконить и другую позицию: дети с другой генетикой как часть единокровной семьи. Биология в этом случае становится сильнее генетики. Не все гены активизируются. Адаптивная семья становится биологической матрицей ребенка. Место отца и матери строится вокруг ребенка. В последующем такие дети очень хотят узнать о своих настоящих родителях, чтобы все части их жизни встали на свои места. Часто дети не хотят встречаться с родителями, но желают узнать, откуда они родом. Важно не препятствовать этому.

Другой доклад аргентинского психотерапевта Lino Guevara был посвящен теме насилия в семье. Автор считает, что семейная жизнь постоянно связана с симптоматическим насилием. Он выделил несколько типов такого насилия. Первый вариант - это институциональное насилие. Создание семьи подразумевает насильтвенную децентрализацию от самого себя из-за иллюзии влюбленности. Создание «мы» происходит в насильтвенном климате через иллюзию совместного влияния. Скандалы между парой также всегда насильтвенны. Эта институциональная часть продолжается в течение всех отношений. Второй вариант - это структурное насилие, колебание между иллюзией и разрушением иллюзий. В близких стабильных отношениях партнеры относятся друг к другу плохо, насильтвенно, иррационально, этого нет в других связях. Иллюзия семьи связана с разрушением иллюзий. Каждое разрушение иллюзий приводит к эмоциональным потрясениям, и это эмоционально так же сильно, как и сама иллюзия. «Другой» становится упрямым, и партнер может колебаться между желанием отказаться от него, как от незнакомца, и желанием уничтожить чувства. В общем, так как всегда надо преодолевать различия, то постоянно будет насилие до аннигиляции хотя бы своих чувств.

Как жить с такими различиями? Если это отличия, то лучше принять разнообразие. Если это

противоположности, то воспринимать и принимать конфликты. Если это противоречия, то воспринимать конфликт, но из него не будет выхода. Если это непереносимые различия, то лучше вообще не позволять им быть.

Семейной терапии повторных браков был посвящен доклад Guillermo Seigner. Кризис и перемены в семье являются не обратимым процессом, они приводят к новым конфигурациям, увеличивают количество консультаций. На психотерапии важно помнить, что это особые семьи. Существует мнение, что нормальная семья - это семья среднего класса, с белым цветом кожи, христиане, гетеросексуальной ориентации, с привилегиями мужчин. Надо избегать подобного этноцентризма, иначе он приведет к гипердиагностике. Согласно некоторым данным, примерно 60% повторных браков заканчиваются разводом. Можно выделить несколько факторов, действующих в таких семьях. Первый фактор - появление ребенка до повторного брака. В такой ситуации ребенок будет переживать утрату первого брака. Уже будет существовать микрокультура взаимоотношения ребенка и родителя. Это может привести к эффекту мультикультурализма. Многие связи будут находиться вне второй семьи. Может появиться конфликт лояльности. Немаловажны аспекты экономические, так как надо будет делить доходы между различными семьями.

Другой фактор - выраженные изменения в жизни одного из супружеских. Важно не забывать о кровных связях. Нередко может наблюдаться идеализация биологических связей. В такой ситуации особенно важна эмоциональная теплота взрослых членов семьи. Если человек приходит в семью, где уже есть дети, ему надо быть готовым стать родителем.

Третий фактор - это динамика семейного очага. При повторных браках ситуация подобна двойному гражданству: ее члены участвуют в жизни обеих семей, вследствие этого появляется чувство инвазии у того, кто входит в новую семью. Деньги и время приходится делить. Близкие отношения будто выставляются на всеобщее обозрение. В таких семьях будет ограниченный суверенитет. Новая семья должна пройти через это.

При появлении повторного брака резко возрастает количество связей. Я, ты, мои дети, твои дети, наши дети, мой бывший, твоя бывшая, его нынешняя, ее нынешний, твои родители, мои родители, мои бывшие свекры, твои бывшие тестя с тещей, и т.д. И это тоже усложняет отношения. Также необходимо помнить, что мать - это не отец, а отец - это не мать. Существуют женские и мужские стили воспитания детей, и не надо их путать.

При наличии двух семей помогает тактика сотрудничающих отношений. Это не альтруизм, а единственная возможность жить после развода. При этом стоит относиться к другой семье, как к другому государству: уважать соглашения, чужую территорию, подавать прошения, показывать дружественный

пример. Это поможет преодолеть многие трудности, возникающие в повторных браках.

Maria Allende и ее коллеги из Аргентины представили доклад «Психодиагностика, междисциплинарный подход, телесно-ориентированные неконвенциональные техники и гештальт в стационаре»

Они отметили следующие мишени в психотерапии таких пациентов:

1. Увеличить подвижность, сняв страх перед движением;
2. Оживить тело, а не только больное место;
3. Перейти от пассивности к активности;
4. Облегчить взаимодействие с партнером в паре;
5. Проработать горе по поводу утраты функций тела из-за болезни;
6. Опять получить удовольствие через раскрытие ресурсов.

На психотерапевтических занятиях пациентов обучали концентрироваться на контакте, поддержке себя, собственных ресурсах и потенциале. В конце лечения пациенты отмечали, что они могли делать движения, которые считали, что уже не сделают. Они вновь получали удовольствие. Чувствовали защиту группы. Переставали уделять чрезмерное внимание больному месту. Реальнее воспринимали свое тело. Расширяли диапазон движений в ежедневной жизни. В результате отмечали увеличение жизнеспособности и удовольствия от жизни.

Много работ было посвящено психотерапии ВИЧ-инфицированных пациентов.

В исследовании под названием «Психологический взгляд на проблему лояльности при лечении ВИЧ-инфицированных», проделанном Maria Iglesias из Сантьяго де Чили, Чили, было уделено особое внимание био-психо-социальным аспектам лояльности по отношению к таким больным. Кроме физико-биологического разрушения эти пациенты противостоят социальным проблемам: страх перед отвержением, неопределенность на работе, страх быть брошенным своими супругами, близкими и друзьями, страх перед сексуальными отношениями, противостояние гомосексуальности, зависимостям и другим рискованным формам поведения, страх стигмы, дискриминации.

В частности была предложена следующая модель интервенции.

1. *Фаза информации.* Важно говорить с пациентом так, чтобы он чувствовал безопасность, конфиденциальность, контейнирование. Затем расширить пространство и дать информацию по болезни: пути передачи, лекарства, вирус, этапы заболевания, профилактика. Ответить на все вопросы.

2. *Фаза выслушивания.* Когда пациент начинает говорить, не надо его перебивать. Пусть выразит тревогу и грусть, ему нужно психологическое пространство, чтобы он мог высказать все.

3. *Фаза фокального анализа.* Надо найти ядро конфликта, исследовать его, проработать специфические проблемы пациента, работать в контексте, принять болезнь, обсудить проблемы тела. Работа с утратой.

**4. Фаза закрытия.** После проработки конфликта закрытие и прощание. Пациент должен знать, что может к вам обратиться.

Много споров вызвал другой доклад Jorge Raices из Аргентины, посвященный психотерапии ВИЧ-инфицированных лиц. Автор особое внимание уделил конфиденциальности. По закону в Аргентине результаты анализов сообщаются пациенту, и далее он сам решает, кому говорить об этом. Ему рекомендуют сказать супругу и сходить к инфекционисту. Если инфицирован подросток, то по закону нельзя сообщать его родителям о результатах анализа, так как это будет нарушением конфиденциальности. Докладчик выделил синдром «ничего», который нередко наблюдается у этой категории пациентов. На все вопросы они отвечают «ничего». Что ты чувствуешь? - Ничего. Пациент подобен морю ничего. Это психологический шок, который может длиться до одного года. Таким пациентам необходима помощь.

Коллективная работа аргентинских и испанских психотерапевтов была посвящена ятрогениям, вызванным посещением психотерапевта. Обычно ятрогенное воздействие может быть оказано следующими путями:

- Контроль через сдерживание информации о пациенте;
  - Отказ отвечать на разумные вопросы о психотерапевте и психотерапии;
  - Отказ понять ситуацию пациента, навешивая ярлык;
  - Обвинение пациента за чрезмерную реакцию на слова психотерапевта;
  - Неподходящие шутки по поводу поведения пациента;
  - Отказ обсуждать с пациентом то, что для него важно;
  - Обвинение пациента в провоцирующем поведении;
  - Угроза окончанием психотерапии;
  - Интерпретации, направленные на удержание пациента на терапии, особенно когда он хочет уйти;
  - Незаметное убеждение пациента, что он не достоин любви и всего хорошего вне терапии;
  - Опоздание на сессию, терапевт мысленно отсутствует на сессии;
  - Отрицание сказанного или сделанного;
  - Эмоциональная непредсказуемость и противоречивость;
  - Двойственные отношения с пациентом, контакт вне сессий, использование сессий в своих интересах;
  - Неподходящее сексуальное поведение;
- Авторы выделили ятрогенные психотерапевтические стили;
- Стереотип - пытается вписать пациента в свой стереотип;
  - Редукционизм и деконтекстуализация;
  - Ригидность - нет теплоты, не может уделить внимание, считает свое мнение единственным верным;

- Чрезмерные интерпретации;
- Синдром демона.

Mercedes Mazzulla и Veronica Rial из Аргентины анализировали психотерапию пациентов с расстройствами личности. Авторы выделили несколько основных возможностей изменений у этой категории больных 1. Самоконтроль: регуляция эмоций, регуляция агрессии, сознательный контроль, переносимость фрустрации. 2. Интеграция идентичности: самоуважение, стабильный образ самого себя, рефлексия, удовольствие, определенность. 3. Ответственность: ответственность на работе, возможность доверять. 4. Отношения: интимность, длительные отношения, признание. 5. Социальные отношения: сотрудничество, уважение.

Американский ученый Michael Lambert из университета Бригхэм в своем докладе «Доказательные методы в профилактике неудач в лечении: сигналы тревоги, поддерживающие клинические инструменты, обратная связь между пациентом и терапевтом» подчеркнул необходимость объективизации психотерапии. Он отметил, что по данным исследования более 5 тысяч пациентов, обратившихся за психотерапевтической помощью, после лечения 75% пациентов испытали улучшение, 18% прошли без изменений и у 7% наблюдались ухудшения после психотерапии. Такие данные внушают оптимизм. Автор считает, что важно использовать в работе инструменты, чувствительные к изменениям пациента, проводить повторную оценку состояния пациента на каждой сессии. Было бы хорошо графически изобразить изменения пациента и откалибровать типичные профили. На сессии необходимо получать немедленную обратную связь о состоянии пациента. В начале нужно определить надежный индекс изменений пациента, то есть, что должно произойти, чтобы можно было считать, что пациенту стало лучше. Важно разработать критерии успешной и неуспешной психотерапии, клинически значимые изменения. В этих целях можно собрать самоотчет, состоящий из следующих пунктов: изменения в симптомах, межличностные проблемы, социальное функционирование, качество жизни. Делая выводы, автор подчеркнул, что специалисты должны использовать доказательные практики и сочетать их с лечением, сфокусированным на пациенте, которое заключается в гибкости и разнообразных подходах психотерапевта и немедленном ответе пациента.

Одним из вариантов подобного подхода прозвучал семинар, проведенный и подготовленный российскими специалистами Валентиком Ю. В., Чобану И. К., Епифановой Н. М. на тему «Дифференцированная психотерапия аутоагgressивных пациентов». Он был посвящен работе, проведенной на базе соматопсихиатрического отделения для хирургических больных НИИ СП им. Н. В. Склифосовского, по изучению клинического и личностного статуса у больных с хирургической патологией, совершивших

аутоагрессивные действия. Для проведения диагностики и психотерапии использовалась психогенетическая модель личности. В результате исследования был разработан специальный тест для личностной диагностики и его компьютерная версия. Было показано, что обследованным пациентам свойственны определенные личностные особенности, которые отражались в результатах теста и подтверждались данными объективного анамнеза. У пациентов наблюдались проблемы в раскрытии и реализации основных нормативных структур личности - личностных статусов. По результатам исследования было выделено несколько групп профилей: инфантильный профиль (17%), напряжённый профиль (17%), патологический профиль (10%) и др. Эти данные служили показаниями к применению специфической психотерапевтической тактики. На основании полученных данных была разработана система дифференцированной психотерапевтической помощи в рамках краткосрочной континуальной психотерапии, эффективность которой подтверждается результатами катамнестического обследования.

В выступлении на пленарном заседании президента Общероссийской Профессиональной психотерапевтической лиги, вице-президента Всемирного совета по психотерапии, профессора В. В. Макарова «Миссия психотерапии» сообщалось о приближении общества к эре «интрапсихических» технологий, способных обеспечить дальнейшее выживание и совершенствование человека. И на сегодняшний день таковую роль выполняет психотерапия, разрабатывающая, собирающая из других областей ментальной практики и развивающая психологические технологии. К ним относятся воздействие на психику человека и психологическое состояние групп и масс населения; эффективные стратегии поведения и мышления, самопознания и самореализации; умения изыскивать и реализовать ресурсные состояния активности, энтузиазма, оптимизма, психической энергетики и здоровья. При этом - минимальными средствами стимулировать развитие максимальных изменений.

В настоящий момент психотерапия начинает, прежде всего, с лечения, а уж затем переходит к профилактике и развитию личности. Между тем, её будущее, связано с обратным: совершенствование и предупреждение призваны опередить формирование психических расстройств. От психотерапии как новейшей специальности - к психотерапии как сверхновой профессии.

Большой интерес представляют работы в области интегративной психотерапии в Латинской Америке. Первая встреча психотерапевтов России и Чили состоялась через несколько дней после завершения конгресса в Сантьяго, столице этой латиноамериканской страны. Наша делегация посетила институт интегративной психотерапии. Руководитель, он же и основатель института, Роберто О. Кастро.

Это учреждение расположено в небольшом двухэтажном здании в жилом микрорайоне Сантьяго. В нём 16 кабинетов психологического консультирования и психотерапии, два зала со специальными зеркалами для супервизии - одностороннее зеркало камеры Гезелла. Руководитель консультативного центра - Вероника Боглади подробно рассказала о работе института, познакомила с сотрудниками. Затем была проведена встреча психотерапевтов двух стран. Мы рассказали о развитие психотерапии в Российской Федерации и узнали о состоянии психотерапии в Чили.

По мнению Роберто Опоцо Кастро: «Лучше не выбирать, а добавлять одно к другому. Часто заумные теории не подтверждаются жизнью. Лучше не выбирать, а дополнять. В интегративной терапии у нас всегда есть выбор. И это особенность нашего подхода. Мы очень мобильны и всё время учимся у других подходов. Интегративная психотерапия вторична, она заимствует идеи и технологии у иных направлений, и только накопив большой опыт, сможет создавать на их базе новый продукт, создать свою первичность. В этом интегративная психотерапия поставлена в трудные условия. Она должна создавать то, чего ещё нет, тогда как многие модальности сегодня дублируют друг друга».

На конгрессе решались и организационные вопросы. Избран новый состав президиума Всемирного совета по психотерапии. Президентом вновь избран Hon. Prof. Dr. Alfred Pritz - AUSTRIA Treasurer. Вице-президентами избраны: for Europe Prof. Виктор Викторович Макаров - RUSSIA; for Europe Prof. Dr. med. Cornelia Krause-Girth- GERMANY, for Asia Prof. Yuji Sasaki, MD, PhD - JAPAN; for Asia Qian Mingyi PhD - CHINA; for Asia Prof. Dr. Ganesh Shankar - INDIA; Africa Dr. S. Ntomchukwu Madu - SOUTH AFRICA; for Africa Prof. Dr. Jacques Philippe Tsala Tsala CAMEROUN; for Latin America Alejandra Perez - ARGENTINA; for North America Darlyne Nemeth, PhD - USA; for North America Prof. Dr. Gloria Mulcahy - Alvemaz CANADA; for Australia/New Zealand/Pacific Dr. Anthony Komer - AUSTRALIA; for Australia/New Zealand/Pacific Roy A Bowden - NEW ZEALAND; Arabic speaking countries Prof Kamal Raddaoui - MAROCCO. Утвержден Всемирный сертификат психотерапевта. Следующие Всемирные конгрессы по психотерапии запланированы: 12-15 октября 2008 года в Пекине (Китай); в 2011 году в Сиднее (Австралия); в 2014 году в Кейптауне (ЮАР).

Подводя итог, важно напомнить, что Всемирному совету по психотерапии только 10 лет. Сегодня он уже представлен в Организации Объединённых Наций, как неправительственная организация. Всемирный совет по психотерапии, преодолевая политические и культурные противоречия, считает, что лучшая конкуренция - это сотрудничество. Он уверенно объединяет всех психотерапевтов, в какой стране и на каком континенте они не проживают и к каким направлениям, модальностям психотерапии принадлежат.

---

---

*Литература:*

1. Бурно М. Е. Краткие записи о II Всемирном конгрессе по психотерапии в Вене «Миф, сон, реальность» (4-8 июля 1999 г.). Личные впечатления // Независимый психиатрический журнал. - № 3, 1999. - С. 83-84
2. Бурно М. Е. Краткие записи о II Всемирном конгрессе по психотерапии в Вене (Миф, сон, реальность). Личные впечатления // Научно-практический журнал «Вопросы ментальной медицины и экологии». - Т. 5. - № 4, 1999. - С. 10-12
3. Макаров В. В., Обухов Я. Л. Состояние и перспективы современной психотерапии (материалы II Всемирного конгресса по психотерапии) // Независимый психиатрический журнал. - № 3, 1999. - С. 26-33
4. Макаров В. В., Обухов Я. Л Психотерапия - важная часть культуры и новейшая гуманистическая профессия / Материалы II Всемирного конгресса по психотерапии) // Научно-практический журнал «Вопросы ментальной медицины и экологии». - Т. 5. - № 4, 1999. - С. 4-10
5. Макаров В. В., Обухов Я. Л. II Всемирный конгресс по психотерапии // Всё об Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиге в 2000 году.-М.: 2000.-С. 137-153
6. Мельников А. В. Впечатления русского психотерапевта или «Мне в Вену, по делу срочно...» // Всё об Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиге в 2000 году. - М.: 2000. - С. 153-160
7. Макаров В. В., Кириллов И. О., Чобану И. К. III Всемирный конгресс по психотерапии // Научно-практический журнал «Вопросы ментальной медицины и экологии». - № 4, 2002. - С.2-20
8. Обухов Я. Л., Пезешкиан Х. Психотерапевты встречаются в Вене// Сообщение о Первом Всемирном конгрессе по психотерапии (30 июня - 4 июля 1996 г.. Вена) // Московский психотерапевтический журнал. - № 3 (13), 1996. -С. 188-191
9. Притц А. Информация о III Всемирном конгрессе по психотерапии // Научно-практический журнал «Вопросы ментальной медицины и экологии». -Т. 6.-№4,2001.-С. 94-97
10. Сосланд А. И. Конгресс-муравейник // Московский психотерапевтический журнал. - № 3 (13), 1996. - С. 193-199
11. III Всемирный конгресс по психотерапии // Профессиональная психотерапевтическая газета. - М.: № 3 (4), август 2002. - С. I
12. Alfred Pritz (Ed.) *Globalized Psychotherapy. Fakultas*, 2002, 852 p.

## ПСИХИАТРИЯ

### КОМПЛЕКСНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОБЩЕЙ ПОДГРУППЫ С КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ СУБКЛИНИЧЕСКОГО УРОВНЯ ПО МАТЕРИАЛАМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 2003 ГОДА

Б. Б. Джарбусынова, А. Л. Катков

Достаточно полно значение эпидемиологических исследований сформулировано в работах Р. V. Lemkau (1955); Е. Д. Красика (1982, 1983, 1985). Эпидемиологические исследования результативны в том случае, если они направлены не только на определения «величины проблемы», но и на анализ данных, позволяющих дать теоретические сведения по наиболее актуальным проблемам психиатрии. Однако, эти сведения, по мнению Е. Д. Красика (1982), следует рассматривать не как самоцель, а как базис для реконструкции существующих форм и методов охраны психического здоровья.

В ходе комплексного исследования состояния и уровней психического здоровья населения Республики Казахстан, реализованного в 2003-2005 г.г. нами было изучено распространение субклинических форм психических и поведенческих расстройств среди населения РК с возрастом 12-55 лет. При этом исследовалась выборка респондентов в г.г. Алматы, Кзылорде и Павлодаре численностью 2216 респондентов. По материалам исследования была сформирована подгруппа с клинико-психопатологическими проявлениями субклинического уровня численностью 249 респондентов, основные характеристики которой приводятся ниже (таблица 1).

Таблица 1

*Социально-демографические характеристики общей подгруппы с психопатологическими проявлениями субклинического уровня (n=249)*

| <i>Общая группа</i>   |            |          |                            |
|-----------------------|------------|----------|----------------------------|
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Мужчины               | 143        | 57,4%    | +/-6,1%                    |
| Женщины               | 106        | 42,6%    | +/-6,1%                    |
| <i>Возраст</i>        |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| 12-16                 | 4          | 1,6%     | 1<>3,9%                    |
| 17-21                 | 23         | 9,2%     | +/-3,6%                    |
| 22-26                 | 15         | 6%       | +/-3%                      |
| 27-35                 | 46         | 18,5%    | +/-4,8%                    |
| 36-47                 | 39         | 15,7%    | +/-4,5%                    |
| 48-55                 | 26         | 10,4%    | +/-3,8%                    |
| <i>Национальность</i> |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Казахская             | 104        | 43,9%    | +/-5,9%                    |
| Украинская            | 6          | 2,5%     | +/-2%                      |
| Русская               | 98         | 41,4%    | +/-4,7%                    |
| Корейская             | 7          | 3%       | +/-2,2%                    |
| Татарская             | 4          | 1,7%     | 1<>4,2%                    |
| Немецкая              | 0          | 0%       | 0<>2,2%                    |
| Узбекская             | 6          | 2,5%     | +/-2%                      |
| Другая национальность | 12         | 4,8%     | +/-3,5%                    |

| <i>Образование</i>                     |            |          |                            |
|--|------------|----------|----------------------------|
| <b>Наименование</b>                    | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Неграмотный<br>(вспомогательная школа) | 3          | 1,3%     | 0,8<>3,8%                  |
| Начальное (неполное<br>среднее)        | 49         | 20,9%    | +/-5,2%                    |
| Среднее (среднее<br>специальное)       | 127        | 54,3%    | +/-6,4%                    |
| Высшее                                 | 53         | 22,6%    | +/-5,4%                    |
| Без образования                        | 0          | 0%       | 0<>2,2%                    |
| Не обучаем /не применимо               | 1          | 0,4%     | 0,3<>2,7%                  |
| Неполное высшее                        | 1          | 0,4%     | 0,3<>2,7%                  |

| <i>Сфера профессиональной деятельности</i> |            |          |                             |
|--|------------|----------|-----------------------------|
| <b>Наименование</b>                        | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал. ср.</b> |
| Промышленность                             | 28         | 12,6%    | +/-4,3%                     |
| Сельское хозяйство                         | 32         | 14,3%    | +/-4,6%                     |
| Бизнес, финансы                            | 14         | 6,3%     | +/-3,2%                     |
| Образование                                | 16         | 7,2%     | +/-3,4%                     |
| Наука и высшая школа                       | 3          | 1,3%     | 0,8<>4%                     |
| Культура                                   | 2          | 0,9%     | 0,5<>3,5%                   |
| Здравоохранение                            | 23         | 10,3%    | +/-4%                       |
| Транспорт                                  | 7          | 3,1%     | +/-2,3%                     |
| Торговля, бытовое<br>обслуживание          | 14         | 6,3%     | +/-3,2%                     |
| Не работает, не учится                     | 68         | 30,5%    | +/-6%                       |
| Учащийся школы (ПТУ)                       | 13         | 5,8%     | +/-3,1%                     |
| Учащийся ВУЗа                              | 0          | 0%       | 0<>2,4%                     |
| Служба в армии                             | 0          | 0%       | 0<>2,4%                     |
| СМИ  | 0          | 0%       | 0<>2,4%                     |
| Социальная служба                          | 0          | 0%       | 0<>2,4%                     |
| Силовые, надзорные,<br>юридические         | 0          | 0%       | 0<>2,4%                     |
| Фонды, партии, движения                    | 0          | 0%       | 0<>2,4%                     |
| Госслужба                                  | 0          | 0%       | 0<>2,4%                     |
| Иная                                       | 2          | 0,9%     | 0,5<>3,5%                   |

| <i>Семейное положение</i>             |            |          |                             |
|---------------------------------------|------------|----------|-----------------------------|
| <b>Наименование</b>                   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал. ср.</b> |
| Женат (замужем)                       | 105        | 45,1%    | +/-6,4%                     |
| Холост (не замужем)                   | 66         | 28,3%    | +/-5,8%                     |
| Разведен(а)                           | 30         | 12,9%    | +/-4,3%                     |
| Вдов(а)                               | 15         | 6,4%     | +/-3,2%                     |
| Незарегистрированный<br>брак          | 4          | 1,7%     | 1<>4,3%                     |
| Женат (замужем), но живут<br>отдельно | 5          | 2,1%     | 1,3<>4,9%                   |
| Разведен(а), но живут<br>вместе       | 1          | 0,4%     | 0,3<>2,8%                   |
| (для детей) живет в полной<br>семье   | 6          | 2,6%     | +/-2%                       |
| (для детей) родители<br>разведены     | 1          | 0,4%     | 0,3<>2,8%                   |
| (для детей) сирота                    | 0          | 0%       | 0<>2,2%                     |
| Неприменимо                           | 0          | 0%       | 0<>2,2%                     |

| Живет с неродным отцом (матерью)  | 0   | 0%    | 0<>2,2%             |
|---|-----|-------|---------------------|
| Живу одна (один) нет близких родственников                                    | 0   | 0%    | 0<>2,2%             |
| -холост (не замужем), один  | 0   | 0%    | 0<>2,2%             |
| <i>Материальная обеспеченность</i>  |     |       |                     |
| Наименование  | абс | %     | Довер. интервал ср. |
| Недостаточно  | 78  | 34,5% | +/-6,2%             |
| Скорее недостаточно   | 48  | 21,2% | +/-5,3%             |
| Скорее достаточно   | 37  | 16,4% | +/-4,8%             |
| Достаточно  | 36  | 15,9% | +/-4,8%             |
| Затрудняюсь с ответом   | 27  | 11,9% | +/-4,2%             |
| <i>Оценка динамики уровня материальной обеспеченности за последние 3 года</i> |     |       |                     |
| Наименование  | абс | %     | Довер. интервал ср. |
| Понизился   | 53  | 23,7% | +/-5,6%             |
| Скорее понизился  | 48  | 21,4% | +/-5,4%             |
| Скорее повысился  | 23  | 10,3% | +/-4%               |
| Повысился   | 19  | 8,5%  | +/-3,6%             |
| Остался таким же  | 53  | 23,7% | +/-5,6%             |
| Затрудняюсь ответить  | 28  | 12,5% | +/-4,3%             |

Для нас здесь наиболее важным обстоятельством является факт сопоставимости приведенных социально-демографических данных с группой низкого уровня психического здоровья, идентифицированной в других фрагментах проводимого комплексного исследования, что позволяет утверждать принадлежность респондентов данной общей подгруппы к лицам с низким уровнем психического здоровья.

#### *Клинико-статистические характеристики общей подгруппы респондентов с психопатологическими проявлениями*

Основной нозологический спектр рассматриваемой подгруппы (n=249) представлен следующими классами состояний, соответствующих рубрикации МКБ-10:

- органические психические расстройства (F00 – F09) – 70 респондентов;
- шизофрения, шизотипические и бредовые состояния (F20 – F29) – 11 респондентов;
- аффективные расстройства (F30 – F39) – 49 респондентов;
- расстройства личности и поведения (F60 – F69) – 25 респондентов;
- невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (F40 – F48) – 56 респондентов;
- прочие психические и поведенческие расстройства (F5; F8; F99) – 39 респондентов.

При этом по классу органических психических расстройств оказалась возможной дальнейшая дифференциация психических и поведенческих расстройств, проводимая с учётом диагностических критериев МКБ-10:

- органическое эмоционально-лабильное расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга (F06.61) – 22 респондента;
- легкое когнитивное расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга (F06.71) – 17 респондентов;
- непсихотическое депрессивное расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга (F06.361) – 10 респондентов;
- органическое эмоционально-лабильное расстройство в связи с травмой головного мозга (F06.60) – 7 респондентов;
- легкое когнитивное расстройство в связи с травмой головного мозга (F06.70) – 6 респондентов;
- органическое тревожное расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга (F06.41) – 4 респондента;
- субклинические психопатологические проявления органического круга, которые, в связи с недостаточностью информации и степенью соответствия диагностическим критериям МКБ-10 затруднительно было отнести к какой-либо определенной диагностической рубрике данного раздела (в основном, это нестабильные и клинически неоформленные астенические, неврозоподобные, аффективные и пароксизимальные (по типу вегето-сосудистых кризов) синдромы) были определены как: неуточненные психические расстройства в связи со смешанными заболеваниями (F06.998) – 4 респондента.

По классу эндогенных психических и поведенческих расстройств (шизофрения, шизотипические и бредовые состояния) было установлено соответствие

выявленных клинико-психопатологических проявлений следующим диагнозам:

- ипохондрическая шизофрения с непрерывным течением и отсутствием ремиссии (F20.8061) – 4 респондента;
- сенестопатическая шизофрения с непрерывным течением и отсутствием ремиссии (F20.8062) – 2 респондента;
- латентная шизофрения (F21.1) – 2 респондента;
- псевдоневротическая шизофрения (F21.3) – 1 респондент;
- остаточная шизофрения с дефектом (F20.5) – 1 респондент;
- постшизофреническая депрессия (F20.4) – 1 респондент.

По классу аффективных расстройств было установлено соответствие следующим диагнозам:

- легкий депрессивный эпизод (F32.0) – 22 респондента;
- дистимия (F34.1) – 15 респондентов;
- умеренный депрессивный эпизод (F32.1) – 8 респондентов;
- циклотимия (F34.0) – 3 респондента;
- биполярное аффективное расстройство без соматизации (F31.30) – 1 респондент.

По классу расстройств личности и поведения было установлено соответствие следующим диагнозам:

- тревожное (уклоняющееся, избегающее) расстройство личности (F60.6(1-3)) – 5 респондентов;
- смешанное расстройство личности (F61.0(1-3)) – 5 респондентов;
- расстройство типа зависимой личности (F60.7(1-3)) – 4 респондента;
- патологическое влечение к азартным играм (F63.03) – 4 респондента;
- стойкие изменения личности после пережитого стресса (катастроф) (F62.0(1-3)) – 2 респондента;
- анастинтоное расстройство личности (F60.53) – 2 респондента;
- шизоидное расстройство личности (F60.11) – 1 респондент;
- расстройство психосексуального созревания (развития) (F66.03) – 1 респондент;
- параноидное развитие личности (F60.03) – 1 респондент.

По классу невротических, связанных со стрессом, и соматизированных расстройств было установлено соответствие следующим диагнозам:

- кратковременная депрессивная реакция на ситуацию (F43.20) – 17 респондентов;
- расстройство адаптации с преобладанием других эмоций (F43.23) – 10 респондентов;
- пролонгированная депрессивная реакция на ситуацию (F43.21) – 6 респондентов;
- смешанное тревожно-депрессивное расстройство (F41.2) – 5 респондентов;
- посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1) – 4 респондента;

- соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы (F45.3) – 3 респондента;

- недифференцированное соматизированное расстройство (F45.1) – 3 респондента;
- ипохондрическое расстройство (F45.2) – 3 респондента;
- неврастения (F48.0) – 3 респондента;
- генерализованное тревожное расстройство (F41.1) – 1 респондент.

По классу прочих психических и поведенческих расстройств критерии диагностического соответствия были установлены для следующих нозологических единиц:

- бессонница неорганической этиологии (F51.0) – 16 респондентов;
- нервная булимия (F50.1) – 4 респондента;
- снохождение (сомнамбулизм) (F51.3) – 4 респондента;
- сексуальная дисфункция (потеря сексуально-го влечения) (F52.0) – 3 респондента;
- расстройство поведения, ограниченное рамками семьи (F91) – 2 респондента;
- несоциализированное расстройство поведения (у подростков) (F91) – 2 респондента.

Для других случаев, входящих в данную клиническую подгруппу, оказалась возможной диагностика лишь на синдромальном уровне без дальнейшей дифференциации по нозологической принадлежности. Таким образом, были идентифицированы следующие психопатологические синдромы:

- синдром деперсонализации – дереализации (3 респондента);
- психовегетативный синдром с вегетативными кризами, возникающими по типу неочерченных пароксизмов (3 респондента);
- дистимический синдром (с неустойчивыми и кратковременными состояниями, которые можно квалифицировать как дистимия) (2 респондента).

Полученные по настоящему исследовательскому фрагменту результаты подтверждают тот факт, что собственно аффективные расстройства субклинического уровня, как и аффективные нарушения, в рамках других нозологических классов, являются преобладающими в структуре основных клинико-психопатологических проявлений психических и поведенческих расстройств субклинического уровня. Таким образом, основное внимание врачей интернистов и специалистов, действующих в первичных звеньях здравоохранения, а также специалистов в области психологического консультирования (куда лица с такого рода проявлениями обращаются в первую очередь) должно быть направлено на дифференцированную оценку и диагностику аффективных нарушений.

*Социально-психологические характеристики общей подгруппы с клинико-психопатологическими проявлениями субклинического уровня (n=249)*

Основные социально-психологические характеристики общей подгруппы с клинико-психопатологическими характеристиками субклинического уровня приведены в таблице 2.

Таблица 2

*Социально-психологические характеристики общей подгруппы с субклиническими психопатологическими проявлениями (n=249) по результатам эпидемиологического исследования 2003 года (объем выборки 2216 респондентов)*

| <i>Вероисповедание</i>                     |            |          |                            |
|--|------------|----------|----------------------------|
| <b>Наименование</b>                        | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Ислам                                      | 94         | 43,5%    | +/-4,5%                    |
| Православное                               | 74         | 32,5%    | +/-9,8%                    |
| Католицизм                                 | 2          | 0,9%     | 0,5<>3,5%                  |
| Буддизм                                    | 2          | 0,9%     | 0,5<>3,5%                  |
| Традиционные (языческие) культуры          | 2          | 0,9%     | 0,5<>3,5%                  |
| Секты                                      | 0          | 0%       | 0<>2,4%                    |
| Прочее                                     | 0          | 0%       | 0<>2,4%                    |
| Не верующий                                | 46         | 20,9%    | +/-5,4%                    |
| Лютеране                                   | 0          | 0%       | 0<>2,4%                    |
| Баптизм                                    | 0          | 0%       | 0<>2,4%                    |
| Англиканство                               | 0          | 0%       | 0<>2,4%                    |
| <i>Взаимоотношения в собственной семье</i> |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>                        | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Доброжелательные, ровные                   | 129        | 62,3%    | +/-6,6%                    |
| Формальные                                 | 22         | 10,6%    | +/-4,2%                    |
| Конфликтные со всеми членами семьи         | 9          | 4,3%     | +/-2,8%                    |
| Конфликтные с супругом (супругой)          | 15         | 7,2%     | +/-3,5%                    |
| Конфликтные с матерью                      | 6          | 2,9%     | +/-2,3%                    |
| Конфликтные с отцом                        | 2          | 1%       | 0,6<>3,8%                  |
| Конфликтные с братом (сестрой)             | 4          | 1,9%     | 1,1<>5%                    |
| Конфликтные с детьми                       | 2          | 1%       | 0,6<>3,8%                  |
| Нет собственной семьи                      | 21         | 10,1%    | +/-4,1%                    |
| <i>Приоритетные ценности</i>               |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>                        | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Семья и брак                               | 140        | 68%      | +/-6,4%                    |
| Образование и профессия                    | 105        | 51%      | +/-6,8%                    |
| Материальное благополучие                  | 134        | 65%      | +/-6,5%                    |
| Общественное признание                     | 31         | 15%      | +/-4,9%                    |
| <i>Предпочитаемые методы лечения</i>       |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>                        | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Официальная медицина                       | 175        | 82,5%    | +/-5,1%                    |
| Народная медицина                          | 59         | 27,8%    | +/-6%                      |
| Религиозные методы                         | 8          | 3,8%     | +/-2,6%                    |
| Современное "целительство"                 | 22         | 10,4%    | +/-4,1%                    |
| Неопределенное                             | 11         | 5,2%     | +/-3%                      |

*Оценка динамики социального статуса (положение в учебном заведении или на работе) за последние 3 года*

| <b>Наименование</b>                  | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
|--------------------------------------|------------|----------|----------------------------|
| Понизился                            | 42         | 18,6%    | +/-5,1%                    |
| Скорее понизился                     | 37         | 16,4%    | +/-4,8%                    |
| Остался без изменений                | 53         | 23,5%    | +/-5,5%                    |
| Скорее повысился                     | 11         | 4,9%     | +/-2,8%                    |
| Повысился                            | 7          | 3,1%     | +/-2,3%                    |
| Затрудняюсь с ответом                | 25         | 11,1%    | +/-4,1%                    |
| В данное время не работаю и не учусь | 51         | 22,6%    | +/-5,5%                    |

*Вектор зависимости жизненных успехов и неудач:  
от случая, судьбы/пророчества*

| <b>Наименование</b>               | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
|-----------------------------------|------------|----------|----------------------------|
| От случая, судьбы/<br>пророчества | 52         | 23,4%    | +/-5,6%                    |

*Вектор зависимости жизненных успехов и неудач:  
от усилий других людей*

| <b>Наименование</b>    | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
|------------------------|------------|----------|----------------------------|
| От усилий других людей | 20         | 9%       | +/-3,8%                    |

*Вектор зависимости жизненных успехов и неудач:  
от моих собственных усилий*

| <b>Наименование</b>           | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
|-------------------------------|------------|----------|----------------------------|
| От моих собственных<br>усилий | 80         | 36%      | +/-6,3%                    |

*Вектор зависимости жизненных успехов и неудач:  
не знаю/затрудняюсь с ответом*

| <b>Наименование</b>               | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
|-----------------------------------|------------|----------|----------------------------|
| Не знаю/ затрудняюсь с<br>ответом | 74         | 33,3%    | +/-6,2%                    |

*Оценка способов повышения личного уровня здоровья:  
от усилий врачей*

| <b>Наименование</b> | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
|---------------------|------------|----------|----------------------------|
| От усилий врачей    | 75         | 32,8%    | +/-6,1%                    |

*Оценка способов повышения личного уровня здоровья:  
от иррациональных (непонятных, необъяснимых) факторов*

| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
|---|------------|----------|----------------------------|
| От иррациональных<br>(непонятных,<br>необъяснимых) факторов | 8          | 3,5%     | +/-2,4%                    |

*Оценка способов повышения личного уровня здоровья:  
от природных сил организма*

| <b>Наименование</b>           | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
|-------------------------------|------------|----------|----------------------------|
| От природных сил<br>организма | 49         | 21,4%    | +/-5,3%                    |

| <i>Оценка способов повышения личного уровня здоровья:<br/>от собственных усилий по достижению здоровья</i> |     |       |                     |
|--|-----|-------|---------------------|
| Наименование   | абс | %     | Довер. интервал ср. |
| От собственных усилий по достижению здоровья   | 66  | 28,8% | +/-5,9%             |
| <i>Оценка способов повышения личного уровня здоровья:<br/>затрудняюсь с ответом</i>                        |     |       |                     |
| Наименование   | абс | %     | Довер. интервал ср. |
| Затрудняюсь с ответом  | 54  | 23,6% | +/-5,5%             |
| <i>Частота жизненных кризисов</i>  |     |       |                     |
| Наименование   | абс | %     | Довер. интервал ср. |
| Редко  | 38  | 16,8% | +/-4,9%             |
| Скорее редко   | 39  | 17,3% | +/-4,9%             |
| Скорее часто   | 55  | 24,3% | +/-5,6%             |
| Часто  | 24  | 10,6% | +/-4%               |
| Затрудняюсь с ответом  | 70  | 31%   | +/-6%               |
| <i>Оценка способности разрешения трудных жизненных ситуаций</i>  |     |       |                     |
| Наименование   | абс | %     | Довер. интервал ср. |
| Легко  | 21  | 9,3%  | +/-3,8%             |
| Скорее легко   | 21  | 9,3%  | +/-3,8%             |
| Скорее трудно  | 63  | 28%   | +/-5,9%             |
| Трудно   | 46  | 20,4% | +/-5,3%             |
| Затрудняюсь с ответом  | 74  | 32,9% | +/-6,1%             |
| <i>Способность к новому решению любой проблемы</i>   |     |       |                     |
| Наименование   | абс | %     | Довер. интервал ср. |
| Невозможно   | 22  | 10,3% | +/-4,1%             |
| Трудно   | 62  | 29,1% | +/-6,1%             |
| Скорее трудно  | 90  | 42,3% | +/-6,6%             |
| Скорее легко   | 29  | 13,6% | +/-4,6%             |
| Легко  | 10  | 4,7%  | +/-2,8%             |
| <i>Отношение к собственному здоровью</i>   |     |       |                     |
| Наименование   | абс | %     | Довер. интервал ср. |
| С равнодушием  | 18  | 8,1%  | +/-3,6%             |
| Иногда думаю об этом   | 65  | 29,1% | +/-6%               |
| Время от времени что-либо предпринимаю для улучшения собственного здоровья                                 | 87  | 39%   | +/-6,4%             |
| Уделяю этому вопросу много времени и внимания  | 38  | 17%   | +/-4,9%             |
| Неукоснительно соблюдаю все требования здорового образа жизни  | 15  | 6,7%  | +/-3,3%             |
| <i>Оценка необходимости личного здоровья: чувствовать себя комфортно</i>                                   |     |       |                     |
| Наименование   | абс | %     | Довер. интервал ср. |
| Чувствовать себя комфортно   | 90  | 40,9% | +/-6,5%             |

|  |   |            |          |                            |
|--|---|------------|----------|----------------------------|
|  | <i>Оценка необходимости личного здоровья: дольше прожить</i>  |            |          |                            |
|  | <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
|  | Дольше прожить  | 75         | 34,1%    | +/-6,3%                    |
|  | <i>Оценка необходимости личного здоровья:<br/>лучше справляться с работой, больше зарабатывать</i>            |            |          |                            |
|  | <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
|  | Лучше справляться с работой, больше зарабатывать  | 75         | 34,1%    | +/-6,3%                    |
|  | <i>Оценка необходимости личного здоровья: достичь своих жизненных целей</i>                                   |            |          |                            |
|  | <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
|  | Достичь своих жизненных целей   | 65         | 29,5%    | +/-6%                      |
|  | <i>Оценка необходимости личного здоровья: хорошо выглядеть</i>  |            |          |                            |
|  | <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
|  | Хорошо выглядеть  | 49         | 22,3%    | +/-5,5%                    |
|  | <i>Оценка необходимости личного здоровья: другое</i>  |            |          |                            |
|  | <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
|  | Другое  | 14         | 6,4%     | +/-3,2%                    |
|  | <i>Оценка необходимости личного здоровья: затрудняюсь с ответом</i>   |            |          |                            |
|  | <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
|  | Затрудняюсь с ответом   | 6          | 2,7%     | +/-2,2%                    |
|  | <i>Определение здорового образа жизни: воздержание от вредных привычек<br/>(курение, алкоголь, наркотики)</i> |            |          |                            |
|  | <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
|  | Воздержание от вредных привычек (курение, алкоголь, наркотики)  | 126        | 57,8%    | +/-6,6%                    |
|  | <i>Определение здорового образа жизни:<br/>правильный режим труда и отдыха</i>                                |            |          |                            |
|  | <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
|  | Правильный режим труда и отдыха   | 104        | 47,7%    | +/-6,6%                    |
|  | <i>Определение здорового образа жизни: физическая нагрузка, спорт</i>   |            |          |                            |
|  | <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
|  | Физическая нагрузка, спорт  | 63         | 28,9%    | +/-6%                      |
|  | <i>Определение здорового образа жизни:<br/>гармония в семье и на работе (учебе)</i>                           |            |          |                            |
|  | <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
|  | Гармония в семье и на работе (учебе)  | 68         | 31,2%    | +/-6,1%                    |

| <i>Определение здорового образа жизни: наличие значимых целей, умение их достигать и получать от этого удовольствие</i> |     |       |                     |
|---|-----|-------|---------------------|
| Наименование  | абс | %     | Довер. интервал ср. |
| Наличие значимых жизненных целей, умение их достигать и получать от этого удовольствие                                  | 35  | 16,1% | +/-4,9%             |
| <i>Определение здорового образа жизни: другое</i>   |     |       |                     |
| Наименование  | абс | %     | Довер. интервал ср. |
| Другое  | 19  | 8,7%  | +/-3,7%             |

При анализе социально-психологических характеристик рассматриваемой общей подгруппы установлена их, практически, полная сопоставимость с идентичными параметрами группы с низким уровнем психического здоровья.

Некоторые отличия были выявлены при сопоставлении с общей клинической группой по следующим позициям.

В исследуемой подгруппе выявляется существенно меньший процент лиц, не вовлеченных в религиозную практику (20,9%) против 39,3% в общей клинической группе ( $p<0,01$ ). Таким же образом различаются показатели по оценке взаимоотношений в собственной семье. В рассматриваемой подгруппе доброжелательные и равные отношения отмечаются в 62,3% случаях. В общей клинической группе – в 40,1% ( $p<0,01$ ).

Далее обращает на себя внимание тот факт, что в системе приоритетных ценностей в исследуемой подгруппе на первом месте стоят семья и брак (68%), а материальное благополучие – на втором (65%). В то время как в общей клинической группе на первом месте материальное благополучие (78,2%),  $p<0,05$ . Каких-либо расхождений в отношении предпочтаемых методов лечения и степени доверия к основным агентам, действующим в сфере здравоохранения между респондентами общей клинической группы и рассматриваемой подгруппы не прослеживается: 82,5% лиц в исследуемой подгруппе предпочитают официальную медицину. 27,8% - методы народной медицины.

Существенная разница в показателях обнаруживается по следующему анализируемому параметру – оценке динамики социального статуса. В исследуемой подгруппе показатели стабильного социального статуса (23,5%) существенно ниже, чем в общей группе (39,9%), при  $p<0,01$ . Показатели отрицательной динамики (18,6% и 16,4%) существенно превышают аналогичные показатели общей клинической группы (10% и 12,5%), при  $p<0,05$ , а также

показатели положительной динамики исследуемой подгруппы (4,9% и 3,1%) при  $p<0,01$ .

Достоверные отличия прослеживаются при оценке локуса контроля. В исследуемой подгруппе вектор контроля, в основном, внутренний (показатель внешнего локуса контроля – 23,4%, а внутреннего – 36%), в то время как в общей клинической группе фиксируется преобладание позиции внешнего локуса контроля (37,7% и 24,7% соответственно),  $p<0,01$ .

Обращает на себя внимание существенно более высокая степень доверия к официальной медицине в отношении оценки способностей к повышению уровня индивидуального здоровья у респондентов исследуемой подгруппы (32,8%). В общей клинической группе данный показатель составил 22,4% ( $p<0,05$ ).

В отношении следующих параметров, оценивавших в основном адаптационные возможности, выявленные различия между респондентами общей клинической группы и рассматриваемой подгруппы перекрываются значениями доверительных интервалов с одной и другой стороны, и характеризуются как недостоверные.

В целом в исследуемой подгруппе следует отметить наличие частых жизненных кризисов (24,3% и 10,6%). Трудности в разрешении сложных ситуаций (28% и 20,4%). Трудности в нахождении каких-либо нестандартных решений жизненных проблем (42,3% и 13,6%).

По отношению к собственному здоровья респонденты исследуемой подгруппы занимают достаточно пассивную позицию – лишь 17% уделяют данному вопросу достаточно времени и внимания. Основные приоритеты в сфере здорового образа жизни – это воздержание от вредных привычек (57,8%) и правильный режим труда и отдыха (47,7%).

Полученные результаты свидетельствуют о наличие достаточно сложных проблем в социальной адаптации у лиц с субклиническими проявлениями психических и поведенческих расстройств (низким уровнем психического здоровья).

---

---

**Литература:**

1. Красик Е. Д. Клинико-эпидемиологический аспект охраны психического здоровья населения в Сибирском и Дальневосточном регионах // Акт. вопр. психиатрии. - Томск: Изд. Том. ун-та, 1983. - Вып. 1. - С. 37-38
2. Красик Е. Д. Эпидемиологические исследования в программах охраны психического здоровья // Эпидемиолог. исследования в неврологии и психиатрии. - М., 1982. - С. 28-30
3. Красик Е. Д. Сравнительная эпидемиологическая характеристика психических расстройств в Сибири и на Дальнем Востоке // Акт. вопр. психиатрии. - Томск, 1985. - Вып. 2. - С. 26-28
4. Lemkau P. V. The epidemiological study of mental illness and mental health // Amer. j. psychiat., 1955. - Vol.3. - P. 801-809

## КОМПЛЕКСНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОДГРУППЫ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПО МАТЕРИАЛАМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 2003 ГОДА

Б. Б. Джарбусынова

В последние годы в Республике Казахстан сравнительно более интенсивно изучался вопрос о распространенности органических психических расстройств. В частности, Б. Н. Айтбембетом, Н. И. Распоповой, А. А. Меркуловой (2004) установлено, что темп прироста заболеваемости органическими психическими расстройствами по Жамбылской области в 2002 году в сравнение с 1997 годом составил 372,1%. Такая же динамика, но несколько менее интенсивная была характерна для Южного региона Республики Казахстан в целом (Г. Х. Айбасова, Р. Г. Иleshева, Н. И. Распопова, Р. Х. Музрафов, 2003). В работах М. Б. Едигеновой, Р. К. Сандыбаевой было показано, что среди сотрудников МВД по Костонайской области, при сплошном исследовании наличие органических психических расстройств той или иной степени выраженности в структуре общих расстройств пограничного уровня составила 34% (М. Б. Едигенова, Р. К. Сандыбаева, 2005). В исследованиях Б.С.Владимирова было показано, что доля органических психических расстройств возрастает в экологически

неблагоприятных районах, прилегающих к Семипалатинскому ядерному полигону (Б. С. Владимиров, 2004).

В то же время исследований с определением эпидемиологических показателей распространения органических психических расстройств по Республике Казахстан в целом до настоящего времени не проводилась.

В ходе комплексного исследования состояния и уровней психического здоровья населения Республики Казахстан, реализованного в 2003-2005 г.г. нами было изучено распространение органических психических расстройств среди населения РК с возрастом 12-55 лет. При этом исследовалась выборка респондентов в г. Алматы, Кзылорде и Павлодаре численностью 2216 респондентов. По материалам исследования была сформирована подгруппа с органическими психическими и поведенческими расстройствами численностью 70 респондентов, основные характеристики которой приводятся ниже (таблица 1).

Таблица 1

### *Социально-демографические характеристики подгруппы с психопатологическими проявлениями органического регистра (n=70)*

| <i>Общая группа</i> |            |          |                            |
|---------------------|------------|----------|----------------------------|
| <b>Наименование</b> | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Мужчины             | 48         | 68,6%    | +/-10,9%                   |
| Женщины             | 22         | 31,4%    | +/-10,9%                   |

| <i>Возраст</i>                             |            |          |                            |
|--|------------|----------|----------------------------|
| <b>Наименование</b>                        | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| 12-16                                      | 2          | 2,9%     | 1,1<>10%                   |
| 17-21                                      | 13         | 18,6%    | +/-9,1%                    |
| 22-26                                      | 4          | 5,7%     | 2,2<>14,1%                 |
| 27-35                                      | 15         | 21,4%    | +/-9,6%                    |
| 36-47                                      | 17         | 24,3%    | +/-10%                     |
| 47-55                                      | 8          | 11,4%    | +/-7,5%                    |
| <i>Национальность</i>                      |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>                        | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Казахская                                  | 33         | 49,2%    | +/-10,8%                   |
| Украинская                                 | 0          | 0%       | 0<>6%                      |
| Русская                                    | 28         | 41,8%    | +/-9,5%                    |
| Корейская                                  | 3          | 4,5%     | 1,6<>12,5%                 |
| Татарская                                  | 0          | 0%       | 0<>6%                      |
| Немецкая                                   | 0          | 0%       | 0<>6%                      |
| Узбекская                                  | 1          | 1,5%     | 0,5<>8,2%                  |
| Другие национальности                      | 2          | 3%       | +/-5,9%                    |
| <i>Образование</i>                         |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>                        | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Неграмотный<br>(вспомогательная школа)     | 0          | 0%       | 0<>6,3%                    |
| Начальное (неполное<br>среднее)            | 14         | 22,6%    | +/-10,4%                   |
| Среднее (среднее<br>специальное)           | 39         | 62,9%    | +/-12%                     |
| Высшее                                     | 7          | 11,3%    | +/-7,9%                    |
| Без образования                            | 0          | 0%       | 0<>6,3%                    |
| Не обучаем / не применимо                  | 1          | 1,6%     | 0,6<>8,7%                  |
| Неполное высшее                            | 1          | 1,6%     | 0,6<>8,7%                  |
| <i>Сфера профессиональной деятельности</i> |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>                        | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Промышленность                             | 8          | 13,6%    | +/-8,7%                    |
| Сельское хозяйство                         | 6          | 10,2%    | +/-7,7%                    |
| Бизнес, финансы                            | 2          | 3,4%     | 1,1<>11,5%                 |
| Образование                                | 2          | 3,4%     | 1,1<>11,5%                 |
| Наука и высшая школа                       | 1          | 1,7%     | 0,6<>9%                    |
| Культура                                   | 1          | 1,7%     | 0,6<>9%                    |
| Здравоохранение                            | 3          | 5,1%     | 1,7<>14%                   |
| Транспорт                                  | 1          | 1,7%     | 0,6<>9%                    |
| Торговля, бытовое<br>обслуживание          | 2          | 3,4%     | 1,1<>11,5%                 |
| Не работает, не учится                     | 25         | 42,4%    | +/-12,6%                   |
| Учащийся школы (ПТУ)                       | 5          | 8,5%     | 2,8<>19%                   |
| Учащийся ВУЗа                              | 0          | 0%       | 0<>6,5%                    |
| Служба в армии                             | 0          | 0%       | 0<>6,5%                    |
| СМИ  | 0          | 0%       | 0<>6,5%                    |
| Социальная служба                          | 0          | 0%       | 0<>6,5%                    |
| Силовые, надзорные,<br>юридические         | 0          | 0%       | 0<>6,5%                    |
| Фонды, партии, движения                    | 0          | 0%       | 0<>6,5%                    |
| Госслужба                                  | 0          | 0%       | 0<>6,5%                    |
| Иная                                       | 2          | 3,4%     | 1,1<>11,5%                 |

| <i>Семейное положение</i>   |            |          |                            |
|---|------------|----------|----------------------------|
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Женат (замужем)   | 25         | 40,3%    | +/-12,2%                   |
| Холост (не замужем)   | 21         | 33,9%    | +/-11,8%                   |
| Разведен(а)   | 6          | 9,7%     | +/-7,4%                    |
| Вдов(а)   | 4          | 6,5%     | 2,2<>15,8%                 |
| Незарегистрированный брак   | 1          | 1,6%     | 0,6<>8,7%                  |
| Женат (замужем), но живут отдельно  | 1          | 1,6%     | 0,6<>8,7%                  |
| Разведен(а), но живут вместе  | 1          | 1,6%     | 0,6<>8,7%                  |
| (для детей) живет в полной семье  | 2          | 3,2%     | 1,1<>11%                   |
| (для детей) родители разведены  | 1          | 1,6%     | 0,6<>8,7%                  |
| (для детей) сирота  | 0          | 0%       | 0<>6,3%                    |
| Неприменимо   | 0          | 0%       | 0<>6,3%                    |
| Живет с неродным отцом (матерью)  | 0          | 0%       | 0<>6,3%                    |
| Живу одна (один) нет близких родственников                                    | 0          | 0%       | 0<>6,3%                    |
| -холост (не замужем), один  | 0          | 0%       | 0<>6,3%                    |
| <i>Материальная обеспеченность</i>  |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Недостаточно  | 19         | 31,1%    | +/-11,6%                   |
| Скорее недостаточно   | 13         | 21,3%    | +/-10,3%                   |
| Скорее достаточно   | 13         | 21,3%    | +/-10,3%                   |
| Достаточно  | 11         | 18%      | +/-9,6%                    |
| Затрудняюсь с ответом   | 5          | 8,2%     | 2,8<>18,5%                 |
| <i>Оценка динамики уровня материальной обеспеченности за последние 3 года</i> |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Понизился   | 18         | 30%      | +/-11,6%                   |
| Скорее понизился  | 12         | 20%      | +/-10,1%                   |
| Скорее повысился  | 4          | 6,7%     | 2,3<>16,3%                 |
| Повысился   | 0          | 0%       | 0<>6,4%                    |
| Остался таким же  | 19         | 31,7%    | +/-11,8%                   |
| Затрудняюсь ответить  | 7          | 11,7%    | +/-8,1%                    |
| <i>Социальный статус</i>  |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Устраивает  | 10         | 16,4%    | +/-9,3%                    |
| Скорее устраивает   | 10         | 16,4%    | +/-9,3%                    |
| Скорее не устраивает  | 14         | 23%      | +/-10,6%                   |
| Не устраивает   | 9          | 14,8%    | +/-8,9%                    |
| Затрудняюсь с ответом   | 7          | 11,5%    | +/-8%                      |
| В данное время не работаю и не учусь  | 11         | 18%      | +/-9,6%                    |

Достоверные отличия социально-демографических показателей относительно других нозологических

подгрупп, идентифицированных в рамках проводимого эпидемиологического исследования следующие.

В отношении подгруппы с психическими и поведенческими расстройствами эндогенного регистра ( $n=11$ ) выявленные отличия полностью перекрывались значениями доверительного интервала и поэтому мы их здесь не анализируем.

В отношении подгруппы аффективных расстройств ( $n=49$ ) выявились следующие достоверные различия, не перекрываемые значениями доверительного интервала. В плане гендерного распределения – органические расстройства достоверно чаще отмечаются у лиц мужского пола (68,6%, против 40,8%,  $p<0,01$ ). Аффективные расстройства – у лиц женского пола (59,2% против 31,4%,  $p<0,01$ ). В отношении параметра образования, достоверные различия были выявлены по признаку высшего образования (30,4% - аффективная патология; 11,3% - органические расстройства,  $p<0,05$ ). По параметру материальной обеспеченности – повышение уровня у лиц с аффективной патологией отмечается в 9,3%, а в случаях органических расстройств повышение уровня материальной обеспеченности не отмечается вообще (0%),  $p<0,05$ .

В отношении подгруппы с расстройствами личности и поведения достоверные отличия по социальному-демографическому профилю, не перекрываемые значениями доверительного интервала, прослеживались по признаку оценки уровня материальной обеспеченности. В подгруппе с расстройствами личности и поведения повышения уровня отмечалось в 22,7% (0% у лиц с органическими расстройствами),  $p<0,01$ . В отношении подгруппы с невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами достоверные различия были установлены по гендерному признаку. Мужчины преобладали в подгруппе органических расстройств (69,9% против 34,5% при  $p<0,01$ ). Женщины – в подгруппе с невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами (65,5% против 30,4%, при  $p<0,01$ ). Следующее достоверное отличие фиксируется по параметру национальной принадлежности - среди сравниваемой подгруппы 7,5% относятся к графе «другие» (наименее распространенные в РК) национальности. В то время как в подгруппе органических расстройств таких респондентов не оказалось (0%),  $p<0,01$ . По параметру образования – в сравниваемой подгруппе достоверно чаще фиксировалось высшее образование (33,3% против 11,3%, при  $p<0,01$ ). В подгруппе органических расстройств чаще фиксировалось среднее образование (62,9% против 42,6%, при  $p<0,05$ ). По параметру семейного положения среди сравниваемой подгруппы достоверно больше тех, кто женат (замужем) – 68,5% против 40,3% при  $p<0,01$ . Среди подгруппы с органическими расстройствами – тех, кто холост (не замужем) – 39,9% против 13%, при  $p<0,05$ . Уровень материальной обеспеченности за последние 3 года в подгруппе органических расстройств понизился в существенно

большей степени, чем в сравниваемой подгруппе (30% против 9,3%, при  $p<0,01$ ). Повышение уровня материальной обеспеченности отмечается в сравниваемой подгруппе в 11,1% (в анализируемой – 0%),  $p<0,01$ .

В отношении подгруппы с прочими психическими и поведенческими расстройствами субклинического уровня достоверные различия, не перекрываемые значениями доверительного интервала, отмечались в оценке социального статуса. Собственный социальный статус не устраивал респондентов анализируемой подгруппы в 23% случаях, а респондентов сравниваемой подгруппы – в 5,3% случаев, при  $p<0,05$ .

Полученные по данному фрагменту результаты свидетельствуют об относительно менее успешной социальной адаптации лиц с субклиническими органическими расстройствами в сравнение с другими анализируемыми подгруппами.

*Основные клинико-психопатологические характеристики подгруппы с органическими психическими расстройствами ( $n=70$ )*

Основные клинико-психопатологические характеристики рассматриваемой подгруппы приводятся нами в соответствие с диагностическими критериями МКБ-10.

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F06.61 (Органическое эмоционально-лабильное расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга) выражались в постоянной эмоциональной несдержанности, лабильности, продолжающейся свыше полугода; физической и психической утомляемости, препятствующей выполнению работы, требующей высоких и постоянных нагрузок; часто отмечались головные боли, головокружение, а также неприятные ощущения по типу «вегетативной волны». При этом имели значения сведения о повышении артериального давления, в также данные инструментального обследования, свидетельствующие о склеротическом поражении сосудистой системы.

Соответствие диагностическим критериям вышеуказанной рубрике (F06.61) было установлено для 22 респондентов. Для которых длительность выявленного расстройства определялась от 0,5 года до 4-х лет (то есть, относительно небольшие сроки). При этом диагноз психического заболевания респондентам данной, клинической подгруппы, в соответствие с условиями эксперимента, официально не выставлялся. Респонденты, обратившиеся в клиническую группу эксперимента, получали: дополнительное диагностическое обследование при необходимости; консультацию в отношении имеющихся у них расстройств; рекомендации по лечению и профилактике обострений.

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F06.71 (Легкое когнитивное расстройство в связи с сосудистым заболеванием

головного мозга), выражались: в жалобах и объективных признаках снижения оперативной памяти и скорости процессов запоминания; трудности в усвоении новой информации, в частности, в обучении; в снижении способности концентрации на актуальных задачах на длительное время; ощущении психологической усталости при попытках решения умственных задач; субъективном ощущении трудностей, возникающих при обучении какому-либо новому процессу. При этом также имели значения: сведения о повышении артериального давления и проявлениях атеросклероза в течение достаточно длительного времени; данные объективного (инструментального) обследования, свидетельствующие о заинтересованности сосудистой системы. А также сама по себе стабильность и длительность отмечаемых расстройств (свыше 0,5 года). Стандартная процедура в отношении отказа от официальной регистрации диагноза, консультирования и обоснованных рекомендаций выдерживались и в отношение данной категории респондентов. Соответствие диагностическим критериям вышеуказанной рубрики (F06.71) было установлено для 17 респондентов. Сроки длительности имеющихся расстройств по данной нозологической группе определялись от 0,5 года до 5 лет.

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F06.361 (Непсихотическое депрессивное расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга) выражались, в основном, в достаточно очерченных эпизодах сниженного настроения; утрате интересов и способности получать удовольствие от тех занятий и вещей, которые ранее такое удовольствие доставляли; повышенной утомляемости. Следует отметить, что принималась во внимание продолжительность такого рода эпизодов от 3-х недель и выше. В квалификации данного состояния под соответствующей рубрикой сосудистого заболевания мозга имели значения: сведения о предшествующем сосудистом неблагополучии – транзиторной или стойкой гипертензии, атеросклерозе, соответствующие объективные, инструментальные данные и т.д. Диагностические критерии по вышеуказанной рубрике (F06.361) были установлены для 10 респондентов. Сроки длительности фиксируемых расстройств колебались от 0,5 до 3-х лет. Стандартная процедура обследования, консультирования и выдачи рекомендаций выдерживались полностью.

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F06.70 (Легкое когнитивное расстройство в связи с травмой головного мозга), выражались: в нерезком снижении оперативной памяти и процессов запоминания на фоне эпизодических (или более стойких) головных болей; трудностях в учебе и овладевании новыми навыками, трудностях в умственной концентрации на достаточно длительное время; чувстве психологической усталости при

умственной работе. Имели значения: сведения о полученных однократных или многократных черепно-мозговых травмах; данные объективного и инструментального исследования, подтверждающие наличие микроочаговой неврологической симптоматики. Соответствие диагностическим критериям по рубрике F06.70 были установлены для 6 респондентов. Сроки длительности предшествующих расстройств колебались от 0,5 до 4 лет. Стандартная процедура обследования, консультирования и выдачи рекомендаций соблюдалась в полном объеме.

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F06.60 (Органическое эмоционально-лабильное расстройство в связи с травмой головного мозга) выражались в достаточно стойких (свыше 0,5 года) изменениях в аффективной сфере: выраженной эмоциональной несдержанности и лабильности; повышенной утомляемости, фиксируемой как субъективно, так и объективно; часто возникающих головных болях, головокружениях, состояниях общего дискомфорта. Имели значения сведения о полученных черепно-мозговых травмах (однократных или многократных). А также данные объективного и инструментального исследования. Соответствие диагностическим критериям по рубрике F 06.60 было установлено для 7 респондентов. Длительность имеющихся субклинических проявлений составляла от 0,5 до 3 лет. Стандартная процедура диагностики, консультирования и выдачи рекомендации для данной нозологической группы выдерживалась в полном объеме.

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F06.41 (Органическое тревожное расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга) выражались: в эпизодических головных болях, головокружении; вегетативной симптоматики – потливости, тахикардии, сухости во рту; выраженных опасениях и чувстве тревоги за свое состояние, перспективы, за состояние близких людей; моторном напряжении, суетливости. Здесь также имели значения анамнестические сведения о сосудистых заболеваниях – гипертонической болезни, атеросклерозе, данные инструментальных исследований, свидетельствующие о гипертензии и патологических изменениях в сосудистой системе. Соответствие диагностическим критериям по рубрике F06.41 было установлено для 4 респондентов, в отношении которых выдерживалась стандартная процедура прохождения в клинической группе проекта. Длительность отмеченных субклинических проявлений варьировалась в значениях от 0,5 до 1,5 года.

Иллюстративный клинический пример: пенсионер, женщина, 1939 г.р.

Из анамнеза: наследственность нервно-психическими заболеваниями не отягощена. Раннее развитие без особенностей. По характеру всегда была мягкой, покладистой, доброжелательной. Работать начала рано. Замужем с 23 лет. В браке имеет двоих

дочерей. Муж злоупотреблял алкоголем. В июне 1998г. была сделана операция удаления фибромиомы матки, «удаление всей детородной функции», под общим наркозом. Хотя операция прошла успешно, но появились мысли, что что-то не доделили, возможно, будут тяжёлые последствия. Стал нарушаться сон, появилось беспокойство, эпизодические головные боли, головокружение, потливость, сухость во рту, раздражительность, стала плаксивой. В периоды волнения отмечались колебания АД, что сопровождалось сердцебиениями, страхом за здоровье, снизилась трудоспособность, появилось подавленное настроение, думала о материальных трудностях дочери, которая в тот период осталась без работы. Была обследована у терапевтов, получала кардиотропное, общеукрепляющее лечение. Периодически состояние становилось лучше, исчезало сердцебиение, настроение улучшалось. Проживая вместе с семьей дочери, продолжала помогать «воспитывать внуков». Состояние постепенно ухудшилось около года назад, весной 2005г. Вновь появилось состояние тревоги, внутренней дрожи, страхов, что что-то случится. Обследована у кардиологов. Обратилась за помощью к невропатологу, где получила массивную сосудистую терапию – кавинтон, актовегин, трентал, витамины .Несмотря на проводимое лечение состояние не улучшалось. Стал поверхностным и тревожным сон, похудела, исчез аппетит. В связи с перечисленными жалобами обратилась в клиническую группу эксперимента.

При поступлении жалобы: Периодически возникающую тревогу, дрожь в теле, в области сердца – неприятное ощущение, слабость похудание, отсутствие аппетита, нарушение сна (раннее тревожное пробуждение), раздражительность, плаксивость, колебания АД., эпизодические головные боли.

Соматически: нормостенического телосложения. Кожные покровы чистые, тургор кожи снижен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В лёгких дыхание везикулярное. Сог-тоны ритмичные. АД 120/80 мм. рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул и диурез в норме. Аппетит снижен.

Неврологически: чмн в норме. Парезов, параличей нет. Лёгкий тремор кончиков пальцев. В позе Ромберга с пошатыванием.

Психический статус: внешне несколько неухожена. Громко охает, охотно предъявляет жалобы. Все виды ориентировки сохранены. Выражение лица страдальческое. При предъявлении жалоб показывает на область груди, обеспокоена внутренней дрожью, тревожится за своё здоровье. Настроение охарактеризовала как подавленное. с желанием лежать, к вечеру с тревогой. Эмоционально лабильна. Мышление в обычном темпе, фиксирована на своих ощущениях. Критика имеется. Память снижена на текущие события. Чувствует себя больной, желает лечиться.

Диагноз - Органическое тревожное расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга F06.41

Клинико-психопатологические проявления, смешанного характера: (нестабильные и неочерченные астенические неврозоподобные, аффективные синдромы с признаками вегетативного дисбаланса (потливости, тахикардии) на фоне головокружения, головных болей; трудности концентрации внимания, сложности усвоения нового материала), в совокупности с данными о наличии в прошлом травм, сосудистой патологии, перенесенных тяжелых инфекциях, были отмечены у 4-х респондентов. При этом диагностическое соответствие устанавливалось по рубрике F06.998 (Неуточненные психические расстройства в связи со смешанными заболеваниями). Средняя длительность данных состояний варьировалась в пределах 0,5-2,5 года. Респонденты данной нозологической группы проходили стандартную процедуру диагностики, консультирования и выдачи рекомендаций.

Практически все пациенты исследуемой клинической подгруппы обращались по поводу имеющихся у них расстройств к врачам терапевтам и другим специалистам общесоматического профиля. А также (до 25% по данной подгруппе) к народным целителям. Получали однократные или двукратные кратковременные курсы медикаментозной терапии, после чего, обычно, отмечалось кратковременное улучшение состояния (от 0,5 до 1,5 месяцев). При этом ни от пациентов, ни от врачей интернистов какой-либо инициативы по поводу лечения у специалистов-психиатров не исходило.

Полученные результаты показывают, что начальные и субклинические проявления органических психических расстройств чаще всего фиксируются в эмоциональной и когнитивно-мнестической сферах, дифференцированная оценка которых требует специального навыка и подготовки.

Пациенты с начальными и компенсированными проявлениями органических психических расстройств предпочитают получать квалифицированную врачебную помощь на уровне первичного поликлинического звена.

*Социально-психологические характеристики клинической подгруппы с органическими расстройствами (n = 70)*

Основные социально-психологические характеристики клинической подгруппы с органическими расстройствами субклинического уровня представлены в таблице 2.

При сравнительном анализе социально-психологических характеристик подгруппы субклинических проявлений органических расстройств с аналогичными данными по другим анализируемым клиническим подгруппам выявляется следующее.

Сравнительный анализ рассматриваемой подгруппы с клинической подгруппой эндогенных

Таблица 2

*Социально-психологические характеристики клинической подгруппы с органическими расстройствами (n=70) по результатам эпидемиологического исследования 2003 года  
(объем выборки 2216 респондентов)*

| <i>Вероисповедание</i>                     |            |          |                            |
|--|------------|----------|----------------------------|
| <b>Наименование</b>                        | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Ислам                                      | 31         | 31,7%    | +/-12,6%                   |
| Православное                               | 11         | 28,3%    | +/-9,8%                    |
| Католицизм                                 | 0          | 0%       | 0<>6,4%                    |
| Буддизм                                    | 1          | 1,7%     | 0,6<>8,9%                  |
| Традиционные (языческие) культуры          | 0          | 0%       | 0<>6,4%                    |
| Секты                                      | 0          | 0%       | 0<>6,4%                    |
| Прочее                                     | 0          | 0%       | 0<>6,4%                    |
| Не верующий                                | 17         | 28,3%    | +/-11,4%                   |
| Лютеране                                   | 0          | 0%       | 0<>6,4%                    |
| Баптизм                                    | 0          | 0%       | 0<>6,4%                    |
| Англиканство                               | 0          | 0%       | 0<>6,4%                    |
| <i>Взаимоотношения в собственной семье</i> |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>                        | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Доброжелательные, ровные                   | 33         | 63,5%    | +/-13,1%                   |
| Формальные                                 | 8          | 15,4%    | +/-9,8%                    |
| Конфликтные со всеми членами семьи         | 2          | 3,8%     | 1,2<>12,6%                 |
| Конфликтные с супругом (супругой)          | 1          | 1,9%     | 0,6<>9,8%                  |
| Конфликтные с матерью                      | 2          | 3,8%     | 1,2<>12,6%                 |
| Конфликтные с отцом                        | 1          | 1,9%     | 0,6<>9,8%                  |
| Конфликтные с братом (сестрой)             | 1          | 1,9%     | 0,6<>9,8%                  |
| Конфликтные с детьми                       | 0          | 0%       | 0<>6,9%                    |
| Нет собственной семьи                      | 5          | 9,6%     | 3<>21,3%                   |
| <i>Приоритетные ценности</i>               |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>                        | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Семья и брак                               | 37         | 67,3%    | +/-12,4%                   |
| Образование и профессия                    | 26         | 47,3%    | +/-13,2%                   |
| Материальное благополучие                  | 31         | 56,4%    | +/-13,1%                   |
| Общественное признание                     | 10         | 18,2%    | +/-10,2%                   |
| <i>Предпочитаемые методы лечения</i>       |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>                        | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Официальная медицина                       | 45         | 80,4%    | +/-10,4%                   |
| Народная медицина                          | 16         | 28,6%    | +/-11,8%                   |
| Религиозные методы                         | 3          | 5,4%     | 1,7<>14,6%                 |
| Современное "целительство"                 | 3          | 5,4%     | 1,7<>14,6%                 |
| Неопределенное                             | 4          | 7,1%     | 2,3<>17,3%                 |

| <i>Оценка динамики социального статуса (положение в учебном заведении или на работе) за последние 3 года</i>        |            |          |                            |
|---|------------|----------|----------------------------|
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Понизился   | 15         | 24,6%    | +/-10,8%                   |
| Скорее понизился  | 9          | 14,8%    | +/-8,9%                    |
| Остался без изменений   | 12         | 19,7%    | +/-10%                     |
| Скорее повысился  | 1          | 1,6%     | 0,6<>8,8%                  |
| Повысился   | 0          | 0%       | 0<>6,3%                    |
| Затрудняюсь с ответом   | 11         | 18%      | +/-9,6%                    |
| В данное время не работаю и не учусь  | 13         | 21,3%    | +/-10,3%                   |
| <i>Вектор зависимости жизненных успехов и неудач:<br/>от случая, судьбы/пророчества</i>                             |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| От случая, судьбы/<br>пророчества   | 8          | 13,6%    | +/-8,7%                    |
| <i>Вектор зависимости жизненных успехов и неудач: от усилий других людей</i>  |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| От усилий других людей  | 3          | 5,1%     | 1,7<>14%                   |
| <i>Вектор зависимости жизненных успехов и неудач:<br/>от моих собственных усилий</i>                                |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| От моих собственных<br>усилий   | 20         | 33,9%    | +/-12,1%                   |
| <i>Вектор зависимости жизненных успехов и неудач:<br/>не знаю/затрудняюсь с ответом</i>                             |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Не знаю/ затрудняюсь с<br>ответом   | 29         | 49,2%    | +/-12,8%                   |
| <i>Оценка способов повышения личного уровня здоровья: от усилий врачей</i>  |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| От усилий врачей  | 23         | 37,1%    | +/-12%                     |
| <i>Оценка способов повышения личного уровня здоровья:<br/>от иррациональных (непонятных, необъяснимых) факторов</i> |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| От иррациональных<br>(непонятных,<br>необъяснимых) факторов   | 2          | 3,2%     | 1,1<>11%                   |
| <i>Оценка способов повышения личного уровня здоровья:<br/>от природных сил организма</i>                            |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| От природных сил<br>организма   | 8          | 12,9%    | +/-8,3%                    |

| <i>Оценка способов повышения личного уровня здоровья:<br/>от собственных усилий по достижению здоровья</i> |            |          |                            |
|--|------------|----------|----------------------------|
| <b>Наименование</b>  | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| От собственных усилий по достижению здоровья   | 14         | 22,6%    | +/-10,4%                   |
| <i>Оценка способов повышения личного уровня здоровья:<br/>затрудняюсь с ответом</i>                        |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>  | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Затрудняюсь с ответом  | 21         | 33,9%    | +/-11,8%                   |
| <i>Частота жизненных кризисов</i>  |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>  | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Редко  | 7          | 11,3%    | +/-7,9%                    |
| Скорее редко   | 9          | 14,5%    | +/-8,8%                    |
| Скорее часто   | 8          | 12,9%    | +/-8,3%                    |
| Часто  | 7          | 11,3%    | +/-7,9%                    |
| Затрудняюсь с ответом  | 31         | 50%      | +/-12,4%                   |
| <i>Оценка способности разрешения трудных жизненных ситуаций</i>  |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>  | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Легко  | 4          | 6,6%     | 2,3<>16%                   |
| Скорее легко   | 4          | 6,6%     | 2,3<>16%                   |
| Скорее трудно  | 11         | 18%      | +/-9,6%                    |
| Трудно   | 11         | 18%      | +/-9,6%                    |
| Затрудняюсь с ответом  | 31         | 50,8%    | +/-12,5%                   |
| <i>Способность к новому решению любой проблемы</i>   |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>  | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Невозможно   | 4          | 7%       | 2,3<>17%                   |
| Трудно   | 13         | 22,8%    | +/-10,9%                   |
| Скорее трудно  | 30         | 52,6%    | +/-13%                     |
| Скорее легко   | 9          | 15,8%    | +/-9,5%                    |
| Легко  | 1          | 1,8%     | 0,6<>9,2%                  |
| <i>Отношение к собственному здоровью</i>   |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>  | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| С равнодушием  | 4          | 6,8%     | 2,3<>16,5%                 |
| Иногда думаю об этом   | 21         | 35,6%    | +/-12,2%                   |
| Время от времени что-либо предпринимаю для улучшения собственного здоровья                                 | 21         | 35,6%    | +/-12,2%                   |
| Уделяю этому вопросу много времени и внимания  | 7          | 11,9%    | +/-8,3%                    |
| Неукоснительно соблюдаю все требования здорового образа жизни  | 6          | 10,2%    | +/-7,7%                    |
| <i>Оценка необходимости личного здоровья: чувствовать себя комфортно</i>                                   |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>  | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Чувствовать себя комфортно   | 14         | 24,1%    | +/-11%                     |

|   |            |          |                            |
|---|------------|----------|----------------------------|
| <i>Оценка необходимости личного здоровья: дальше прожить</i>  |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Дальше прожить  | 25         | 43,1%    | +/-12,7%                   |
| <i>Оценка необходимости личного здоровья:<br/>лучше справляться с работой, больше зарабатывать</i>        |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Лучше справляться с работой, больше зарабатывать  | 12         | 20,7%    | +/-10,4%                   |
| <i>Оценка необходимости личного здоровья: достичь своих жизненных целей</i>                               |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Достичь своих жизненных целей   | 11         | 19%      | +/-10,1%                   |
| <i>Оценка необходимости личного здоровья: хорошо выглядеть</i>  |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Хорошо выглядеть  | 16         | 27,6%    | +/-11,5%                   |
| <i>Оценка необходимости личного здоровья: другое</i>  |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Другое  | 3          | 5,2%     | 1,7<>14,2%                 |
| <i>Оценка необходимости личного здоровья: затрудняюсь с ответом</i>                                       |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Затрудняюсь с ответом   | 0          | 0%       | 0<>6,5%                    |
| <i>Определение здорового образа жизни: воздержание от вредных привычек (курение, алкоголь, наркотики)</i> |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Воздержание от вредных привычек (курение, алкоголь, наркотики)  | 39         | 68,4%    | +/-12,1%                   |
| <i>Определение здорового образа жизни: правильный режим труда и отдыха</i>                                |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Правильный режим труда и отдыха   | 20         | 35,1%    | +/-12,4%                   |
| <i>Определение здорового образа жизни: физическая нагрузка, спорт</i>                                     |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Физическая нагрузка, спорт  | 16         | 28,1%    | +/-11,7%                   |
| <i>Определение здорового образа жизни:<br/>гармония в семье и на работе (учебе)</i>                       |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Гармония в семье и на работе (учебе)  | 6          | 10,5%    | +/-8%                      |

| <p style="text-align: center;"><i>Определение здорового образа жизни: наличие значимых жизненных целей,<br/>умение их достигать и получать<br/>от этого удовольствие</i></p> |     |      |                     |
|--|-----|------|---------------------|
| Наименование   | абс | %    | Довер. интервал ср. |
| Наличие значимых жизненных целей, умение их достигать и получать от этого удовольствие   | 4   | 7%   | 2,3<>17%            |
| <p style="text-align: center;"><i>Определение здорового образа жизни: другое</i></p>   |     |      |                     |
| Наименование   | абс | %    | Довер. интервал ср. |
| Другое   | 5   | 8,8% | 2,9<>19,6%          |

расстройств (шизофрении, шизотипических и бредовых состояний) был затруднен, поскольку выявленные различия полностью перекрывались значениями доверительных интервалов с обеих сторон. Тем не менее, отметим наиболее достоверные тенденции в различии рассматриваемых подгрупп. По параметру определения доминирующего локуса контроля подгруппа с органическими субклиническими проявлениями в 49,2% случаев не определилась в этом вопросе. В то время как респонденты с эндогенными расстройствами в 30% случаев обнаруживали позицию внешнего локуса контроля (данный показатель в рассматриваемой группе составил 5%). Существенная разница обнаруживалась и в отношении к собственному здоровью. В исследуемой подгруппе лишь 11,9% респондентов были готовы уделять этому вопросу много времени и внимания (в сравнительной подгруппе – 40%). Стремление чувствовать себя комфортно, как основной мотив в достижении личного здоровья, в исследуемой подгруппе отмечало 24,1% респондентов (в сравниваемой – 60%). Наконец, здоровый образ жизни, как установление гармонических отношений в семье и на работе в сравниваемой подгруппе отмечают 40% респондентов (в анализируемой – 10,5%).

Сравнительный анализ рассматриваемой подгруппы с подгруппой аффективных расстройств выявил отличия по параметру частоты жизненных кризисов. Частые жизненные кризисы в сравниваемой подгруппе отмечались в 43,2% случаев, а в исследуемой – в 12,9%, при  $p < 0,01$ . В тоже время значительно большее число респондентов исследуемой подгруппы не смогли определиться в данном вопросе (50% против 15,9%, в сравниваемой подгруппе,  $p < 0,01$ ). Примерно та же картина прослеживается в параметрах, оценивающих уровень адаптации. Трудности в разрешении сложных жизненных ситуаций испытывают 42,2% респондентов подгруппы аффективных расстройств (против 18% исследуемой подгруппы, при  $p < 0,05$ ). Однако 50,8% респондентов последней подгруппы затрудняются определиться в данном вопросе

(против 22,2% в сравниваемой подгруппе,  $p < 0,01$ ). Наконец, существенно большая часть респондентов сравниваемой подгруппы считает, что здоровый образ жизни является сочетанием правильного режима труда и отдыха (60,5%) с гармоническими отношениями в семье и на работе (39,5%), против 35% и 10,5% в рассматриваемой подгруппе, соответственно, при  $p < 0,05$ .

Сравнительный анализ с подгруппой расстройств личности и поведения показывает, что достоверные отличия, не перекрываемые значениями доверительных интервалов, прослеживаются по параметру предпочтения методов современного целительства – 22,7% в сравниваемой подгруппе и 5,4% в исследуемой,  $p < 0,05$ . Респонденты сравниваемой подгруппы обнаруживают умеренную религиозность в 39,1% случаев. В исследуемой подгруппе данный показатель составляет 14,5%, при  $p < 0,05$ . В исследуемой подгруппе существенно больше тех, кто не определился с локусом контроля (49,2% против 21,7% в сравниваемой подгруппе,  $p < 0,05$ ). В сравниваемой подгруппе существенно большая часть респондентов связывает успехи в достижении высоких уровней личного здоровья с собственными усилиями 47,8%, но не усилиями врачей – 13%. В рассматриваемой подгруппе данное соотношение обратное (22,6% и 37,1% соответственно), при  $p < 0,05$ . Существенные различия выявляются в отношении мотивов по достижению здоровья. Мотивы комфортного самочувствия и высокой работоспособности лидируют в сравниваемой подгруппе (59,1% и 54,5%, соответственно). В подгруппе органических расстройств основной мотив – больше прожить (43,1%). Понимание здорового образа жизни также существенно рознится. В подгруппе с расстройствами личности и поведения здоровый образ жизни понимается как правильный режим труда и отдыха в 63,4% (в исследуемой – 35%,  $p < 0,05$ ); как гармония в семье и на работе – в 36,4% (в исследуемой – 10,5%,  $p < 0,05$ ).

Сравнительный анализ с подгруппой невротических состояний, связанных со стрессом, и

соматоформных расстройств показывает, что статистически значимые отличия между рассматриваемыми подгруппами (не перекрываемые значениями доверительного интервала) прослеживаются по параметру религиозности. Сравнительно высокая степень религиозности - 16,1% против 3,8% - прослеживается в рассматриваемой подгруппе ( $p<0,05$ ). Умеренная религиозность более характерна для сравниваемой подгруппы 35,8% против 14,3% ( $p<0,05$ ). Неопределенность позиции по отношению к локусу контроля сравнительно менее выражена в сравниваемой подгруппе (27,5% против 49,2%,  $p<0,05$ ). Природные силы организма как способ повышения личного уровня здоровья в большей степени предполагают респонденты сравниваемой подгруппы (33,3% против 12,9%). Далее следует отметить более определенную позицию респондентов сравниваемой подгруппы в отношение частоты жизненных кризисов (затруднились с ответом здесь 18,9% против 50% в исследуемой подгруппе,  $p<0,01$ ), а также в оценке своих способностей по разрешению трудных жизненных ситуаций (в исследуемой группе по данной позиции испытывали затруднения с ответом 50,8% против 28,3% в сравниваемой подгруппе), при значениях  $p<0,01$  и  $p<0,05$  соответственно. Такой мотив достижения личного здоровья, как желание комфортного самочувствия чаще отмечался в сравниваемой подгруппе (52% против 24,1%,  $p<0,01$ ). Также существенно чаще в сравниваемой подгруппе отмечались такие интерпретации здорового образа жизни, как гармония в семье и на работе (54% против 10,5%,  $p<0,01$ ), а также – наличие значимых жизненных целей, умение их достигать и получать от этого удовольствие (24% против 7%,  $p<0,05$ ).

Сравнительный анализ с подгруппой прочих психических и поведенческих расстройств показывает следующее. Значимые (достоверные) отличия, не

перекрываемые перекрестными значениями доверительных интервалов, прослеживались по параметру удовлетворенности социальным статусом. В рассматриваемой подгруппе степень неудовлетворенности по данному параметру составила 23% против 5,3% в сравниваемой подгруппе,  $p<0,05$ . По параметру адаптации к окружающей обстановке, сравнительно большие трудности испытывали респонденты сравниваемой подгруппы (31,7% против 9,1%, при  $p<0,05$ ). В то же время существенно большая часть респондентов сравниваемой подгруппы затруднилась с ответом по данному параметру (36,4% против 10%, при  $p<0,01$ ). В общей сложности 75,4% респондентов сравниваемой подгруппы испытывали сложности по поводу нахождения новых путей к решению каких-либо актуальных проблем. В сравниваемой подгруппе данный показатель составил 66,8%. Имеются различия в отношение распределения мотивов для достижения высоких уровней личного здоровья. По мотиву увеличения продолжительности жизни преимущество имеет рассматриваемая подгруппа (43,1% против 15,8%, при  $p<0,05$ ). В отношение мотива повышения работоспособности и увеличения заработка – сравниваемая группа (50% против 20,7%).

Полученные результаты показывают, в целом, более низкий уровень адаптационных возможностей у лиц с органическими расстройствами (даные по подгруппе с эндогенными расстройствами в связи с их низкой достоверностью здесь не учитывались). Достаточно важным представляется также и то обстоятельство, что лица с органическими нарушениями субклинического уровня чаще обнаруживают метапозицию внешнего локуса контроля и стремление опираться на апробированные стереотипы. Что указывает на сравнительно более высокую вовлеченность в патологический процесс когнитивной сферы.

#### Литература:

1. Айбасова Г.Х., Илешева Р.Г., Распопова Н.И., Музрафаров Р.Х. К вопросу о динамике показателей заболеваемости и болезненности органическими психическими расстройствами среди детей и подростков в Южном регионе Республики Казахстан // Психиатрия, психотерапия и наркология. - № 1, октябрь 2003. – С. 60-62
2. Айтбембет Б.Н., Распопова Н.И., Меиркулова А.А. Социально-демографические, этнические и клинические особенности у лиц с органическими психическими расстройствами у населения Жамбылской области, и г. Тараз Республики Казахстан // Материалы II съезда психиатров, наркологов и психотерапевтов РК. – Павлодар, 2004. – С. 21-24
3. Владимиров Б. С. Клиническая структура пограничных психических расстройств населения Семипалатинского региона // Материалы II съезда психиатров, наркологов и психотерапевтов РК. – Павлодар, 2004. – С. 38-39
4. Едигенова М.Б., Сандыбаева Р.К. Анализ структуры органических психических расстройств у сотрудников системы МВД // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар. - Т. 11. - № 3, 2005. – С. 11-14

---

## **ОКАЗАНИЕ УСЛУГ В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ (ПМСП). ПРОБЛЕМЫ, ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ.**

---

Н. Т. Измаилова, Т. С. Букашов, Б. А. Шахметов

В Декларации о ментальном здоровье (Хельсинки, Финляндия, 2005 г.) ВОЗ признала в своей деятельности приоритетным направлением решение проблем, связанных с психическим здоровьем, и подтвердила, что отчёт по прогрессу внедрения будет обсужден на межправительственном совещании до 2010 года.

Членами ВОЗ признаётся центральная роль врачей общей практики в решении проблем психического здоровья. Подчеркивается необходимость включения вопросов психического здоровья в программу обучения всех медицинских работников, а также необходимость разработки продолженного профессионального образования и создания тренинговых программ по психическому здоровью. Отмечается необходимость обеспечения позитивного ментального благополучия и проблем психического здоровья с проведением мониторинга внедрения.

Очевидным является тот факт, что понятие полного здоровья невозможно без ментального здоровья. Для реализации программ, направленных на решение проблем здоровья, в том числе и психического, должно быть обеспечено справедливое и адекватное финансирование.

На современном этапе развития медицинской науки и практического здравоохранения в Республике Казахстан с целью повышения их уровня, а также с целью улучшения качества и эффективности медицинской помощи требуется переосмысление ее организации.

Вопрос о важности учета психологического аспекта врачебной деятельности в системе подготовки специалистов различного профиля у нас поднимался более четверти века назад (Г. В. Морозов, 1977). С тех пор всё более необходимым становится углубление программ подготовки врачей в области медицинской психологии, психотерапии, деонтологии, психогигиены и психопрофилактики в медицинских ВУЗах и в процессе последипломного обучения.

Изучение медицинской психологии касается, прежде всего, личности больного человека (структуры, системы отношений, потребностей, установок и мотиваций), межличностных отношений, психосоматических принципов в медицине, а также вопросов психогигиены, психопрофилактики и психотерапии.

Психотерапевтический подход должен быть освоен врачом любой специальности. Особое значение психологическая подготовка имеет для врачей общей практики, к которым в первую очередь обращаются больные с психосоматическими расстройствами.

Для решения этой проблемы целесообразно организовать в медицинских ВУЗах самостоятельные кафедры (курсы) медицинской (клинической)

психологии и психотерапии, значительно увеличить число учебных часов в рамках вузовского и послевузовского образования, ввести практические занятия по овладению элементами психотерапевтических методик.

Общеизвестным является понятие о том, что кадры решают все. В этой связи надо изменить технологию подготовки медицинских кадров. Врач любой лечебной специальности должен исходить из того, что имеет дело, прежде всего, с человеком – личностью со всеми его индивидуальными особенностями. В целостном понятии больного человека врачу помогут знания по психиатрии и медицинской психологии.

В подготовке врачей психолого-психиатрического профиля также необходимо ввести существенные корректизы. Для этого потребуется изменить планы и программы их подготовки, что вызовет необходимость реорганизации додипломного и последипломного обучения, а сказанное, в свою очередь, приведет к необходимости финансовых вложений. В этом плане вселяет надежду Государственная программа реформирования и развития здравоохранения в РК на 2005 – 2010 годы, основанная на известном Послании к народу Казахстана Президента Н. А. Назарбаева.

На кафедре психиатрии, психотерапии и наркологии Алматинского государственного института усовершенствования врачей уже более 10 лет проводятся циклы усовершенствования по медицинской психологии и психотерапии для врачей психиатров, психотерапевтов, наркологов и медицинских психологов. Помимо сказанного, силами сотрудников кафедры на некоторых кафедрах АГИУВ (семейной медицины, профилактики и укрепления здоровья, организации здравоохранения) были прочитаны и будут читаться лекции по основам медицинской психологии, психогигиены и психопрофилактики. Сотрудниками кафедры в отдельных районных поликлиниках и стационарах соматического профиля некоторых городов республики для практических врачей разного профиля были прочитаны лекции по диагностике наиболее часто встречаемых в практике любого врача психических расстройств (например, депрессий). Однако указанные образовательные лекции имели эпизодический характер, т.к. выполнялись сотрудниками помимо их основной нагрузки. Огромный интерес аудитории свидетельствовал о потребности практических врачей в психолого-психиатрических знаниях.

В заключении следует отметить, что необходим количественный и качественный рост медицинских кадров ментальной медицины (психиатров взрослых, детских и подростковых, психотерапевтов взрослых,

---

---

детских и подростковых, наркологов взрослых и подростковых, судебных психиатров экспертов, судебных наркологов экспертов, медицинских психологов и социальных работников). Кроме того, необходим более тесный контакт специалистов ментальной медицины со специалистами общемедицинского профиля с целью внедрения в теорию и клиническую практику психосоматического подхода в

---

---

понимании человека вообще и больного, в частности. Требуется изменение программ дипломной и последипломной подготовки специалистов по вопросам ментальной медицины в плане увеличения учебных часов, открытия курсов и кафедр медицинской психологии и психотерапии и увеличением объема информации по вопросам социальной психиатрии и наркологии.

---

## ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

---

### АНТИДЕПРЕССАНТЫ ПРИ КУПИРОВАНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА

М. М. Ахметов, В. И. Шушкевич

Проблема хронической боли, при которой часты развития пограничных психических расстройств таких, как депрессии, астении, ипохондрии актуальна в наши дни. Формирование психопатологических расстройств в таких случаях объясняют «психологической реакцией» пациента на болевые ощущения (Pilowske J., 1995). С другой стороны существует ряд болевых расстройств, имеющих психопатологическое происхождение. При алгопатиях (Violon A., 1987) источник боли может полностью отсутствовать или играть роль только пускового фактора.

Если среди психических заболеваний с хроническими алгиями ранее описывалась только шизофрения с преобладанием нарушений телесной сферы (Bleuler E., 1920 et all), то позже описания хронических алгий – при эндогенной депрессии (соматизированных или маскированных её формах), в рамках истерии (Briguet P., 1859; Charcot J., 1888 et all), ипохондрии (Jolly P., 1978 et all), динамики психопатии (Лакосина Н. Д. и др. 1981) и неврастении (Andersson H. H. et all., 1993). Начиная с 1980 года для кодирования психических расстройств, имитирующих своими проявлениями органическую патологию, используется диагностическая категория «соматоформные расстройства».

Хронический болевой синдром (ХБС) является наиболее частой причиной нетрудоспособности, а в ряде случаев – и инвалидности. В США общие потери национальной экономики от ХБС оцениваются в 85-90 млрд. долларов в год. В бывшем СССР количество больных только с поясничными болями исчислялись многими миллионами (Петровский Б. В. и др., 1980), что позволяет рассматривать проблему хронической боли как с медицинской, так и с экономической точки зрения.

В ряде исследований отмечены общие биологические патогенетические механизмы возникновения ХБС и депрессии. Так, нарушение индоламиновой нейротрансмиссии (V. Knoring, 1975) является характерным нарушением общих расстройств, а P. Z. Lindsay (1981) отметили, что эти изменения могут вызывать нарушения в обмене энкефалина. Исходя из общих патогенетических механизмов формирования ХБС и депрессии. J. J. Lopes (1972 et all) рассматривают ХБС как вариант «маскированной депрессии».

R. Paol (1963) впервые использовал антидепрессанты в терапии хронической боли. В ряде исследований показано, что хроническая боль у пациентов без депрессии облегчается при применении

антидепрессантов, что позволило высказать гипотезу о собственно аналгезирующем действии антидепрессантов, связанным с влиянием на метаболизм эндорфинов и эндогенных опиатов, вовлечённых в механизм формирования болевых ощущений.

Таким образом, аналгетический эффект антидепрессантов объясняется тремя причинами:

1. уменьшение депрессионной симптоматики при использовании антидепрессантов косвенно ведёт к редукции неаффективных расстройств, в том числе боли;

2. обезболивающий эффект антидепрессантов связан с воздействием на метаболизм эндорфинов и эндогенных опиатов, которые вовлечены в механизм формирования болевых ощущений;

3. антидепрессанты влияют на серотонинergicкую передачу (в патогенезе соматоформного болевого расстройства и соматогенных болей отмечена прямая связь с дефицитом серотонина (Van Kempen G.M. et all. 1992), который способствует высвобождению в-эндорфинов из клеток передней доли гипофиза.

В клинической практике наряду с трициклическими антидепрессантами широко используются так называемые новые антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) – флуоксамин, флуоксетин, сертрапин, пароксетин, циталопрам. Их применение соответствует гипотезе о недостаточности серотонинergicкой системы при болевой симптоматике (снижение содержания серотонина приводит к ослаблению аналгетического эффекта, понижению болевого порога).

Эффективность антидепрессантов при хроническом болевом синдроме подтверждают многочисленные исследования в общесоматической практике: при вертебральных болях (Porter R. et all, 1994), фибромиалгии (Алексеев В. В. и соавторы, 2001), нейропатических болях (Panerai A. E. et all, 1990), центральной постинсультной боли (Подушкина Н. Р. и соавторы, 1996), диабетических нейропатиях (Max M. B. et all, 1987), невралгии тройничного и лицевого нервов (Carrasco R. L., 1976), постгерпетической невралгии (Max M. B., 1994), язвенных болях (Wetterhus S. et all, 1977), артритах (Frank R. G. et all, 1988), мигрени (Вейн А. М. и соавторы, 1998), головных болях напряжения (Вейн А. М., 1988), канцерогенных болях.

На базе ГККП «Городская поликлиника г. Рудного» Костанайской области в 2005 г. проведено сравнительное исследование эффективности антидепрессантов

у больных с соматофармным болевым расстройством (СБР), проходивших лечение в психотерапевтическом кабинете. Отбор в исследуемую группу проходил с учётом дифференциации на психогенные и идиопатические боли по классификации Смулевича А. Б. (1992).

Психогенные боли (70%) отмечались диффузным характером, множественной локализацией, зависимостью интенсивности боли от эмоционального фона больных, а также от окружающих эмоциогенных факторов. Для идиопатических болей (30%) были характерны строго очерченная локализация в одной части тела, персистирующий характер боли и независимость от внешних факторов.

Из исследования исключались больные с эндогенными заболеваниями (большой депрессивный эпизод, биполярное аффективное расстройство, шизофрения), органическим поражением ЦНС, тяжёлой соматической патологией.

Все пациенты, соответствующие критериям включения в исследование, были рандомизированы на 2 группы: 1-я группа – получающие СИОЗ (продеп – 20 мг; зосерп (сертралин) – 50 мг); 2-я группа – контрольная, которой проводилась комплексная традиционная терапия аналгетиками, нестероидными противовоспалительными, миорелаксантами, мануальная терапия. Длительность периода наблюдения и курсовой терапии антidepressантами составила 6 недель.

В исследование боли включены 100 человек (90 женщин и 10 мужчин, в возрасте от 24 до 60 лет ( $38,6 \pm 9,2$ ) с СБР различной локализации, включаяющей боли в спине (75%), головные боли (15%), лицевые боли (4%), стоматологи (2%), глосалгии (2%), абдоминальные (2%).

Отмечена у больных с ПБ коморбидность с расстройствами аффективного, тревожно-фобического, обсессивно-компульсивного и личностного регистров; а у больных с ИБ коморбидность с аффективной и личностной патологией.

При анализе общей эффективности терапии антidepressантами (75%) СБР установлено статистически значимое улучшение состояния этих больных ( $p < 0,005$ ) по сравнению с группой контроля (25%). Эффективность терапии антidepressантами составила для зосерпа (сертралина) – 76% и для продепа

(флуоксетина) – 70%. Зосерп и продеп практически одинаково эффективно воздействовали на коморбидную депрессивную, тревожную, обсессивно-компульсивную симптоматику. В среднем, по времени аналгетический эффект антidepressантов опережал их собственно антидепрессивное действие и проявлялся уже на 1-й недели терапии. Характерно, что в конце курсового лечения антidepressантами пациенты описывали боль, используя меньшее количество слов – определений, что свидетельствует о снижении выраженности эмоционального компонента болевого синдрома.

При этом характер ответа на лекарственную терапию имел отличия между психогенными болями и идиопатическими болями. Более благоприятными в плане терапевтического прогноза оказались психогенные боли. Эффективность антidepressантов при терапии психогенных болей составила 90%. В большей степени идиопатические боли были резистентны к терапии антidepressантами (отсутствие динамики алгий при редукции депрессивной и другой коморбидной патологии наблюдалось в 32% случаев), что достоверно связано с наличием у таких больных в преморбиде свойств ригидности и шизоидности.

По мнению большинства исследователей, антidepressанты при хроническом болевом синдроме следует использовать в дозах ниже среднетерапевтических (флуоксетин – 20 мг, сертралин – 50 мг) (Burrows G. et all, 1992; Sindrup S. H., 1993).

Таким образом, при лечении пациентов с хроническим болевым синдроме необходимо использование междисциплинарного подхода, объединяющего усилия интернистов и психиатров. Такой подход расширяет диагностические и терапевтические возможности ведения пациентов с соматическими жалобами. Применение антidepressантов в комплексной терапии хронической боли различного происхождения значительно облегчает переживание боли, уменьшает аффективную реакцию, повышает качество жизни и работоспособность больных, улучшает адаптацию и способствует успешному преодолению боли, антidepressанты не только воздействуют на одно из основных звеньев в патогенезе хронического болевого синдрома, разрывая порочный круг депрессия – боль, но и обладают собственной антиноцептивной активностью.

#### Литература:

1. Вейн А. М., Вознесенская Т. Г. и др. Депрессии в неврологической практике. – М., 1998. – С. 56-72
2. Лакосина Н. Д., Трунова М. М. VII Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров: Тезисы докладов. – М, 1981. - Т. 3. – С. 469-471
3. Подушкина Н. Р., Яхно Н. Н. // Журнал неврологии и психиатрии, 1996. - Т. 96. - № 5. – С. 108-112
4. Смулевич А. Б., Фильц А. О., Лебедева М. О. Ипохондрия и саматоформные расстройства. Под.ред. А. Б. Смулевича. – М, 1992. – С. 40-59
5. Чахаева К. О., Аведисова А. С., Ерикова Е. М. Антidepressанты при хроническом болевом синдроме // Российский психиатрический журнал – 2.2.2004. - С. 61-67
6. Andersson H. P. et all // Clin.J.Pain, 1993. - Vol. 9. - P. 174-182
7. Blener E. Lehrbuch der Psychiatrie. – III AuFL, Berlin, 1920

- 
- 
- 
8. Briguet P. *Traite clinic et therapeutique de l'hysterie*, Paris, 1859
  9. Burrows G. et al Clinical V. *Management of Chronin and the Role of Maserin – Villebranche – Sur – Mer*, 1992. – P. 16-17
  10. Carrasco R. L. *ent. J. Neurosci*, 1976. - Vol. 9. - P. 191-194
  11. Charcot J. - M. *Lecon du Mardi à la Salpêtrière*, Paris, 1988

## КОМПЛЕКСНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОБЩЕЙ ГРУППЫ СУБКЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ГИПЕРТРОФИРОВАННЫХ РЕАКЦИЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ПО МАТЕРИАЛАМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 2003 ГОДА

А. Л. Катков, Б. Б. Джарбусынова

Ценность эпидемиологического изучения психических расстройств в целом и в рамках отдельных нозологических форм не требует специальной аргументации (М. Kramer, 1976; В. Г. Ротштейн, 1985.). Они позволяют выявить факторы, способствующие формированию психических нарушений, что крайне важно как для клинической, так и для социальной и организационной психиатрии (С. В. Запускалов, Б. С. Плотников, 1991; Ю. А. Александровский, 1996). Эпидемиологические методы позволяют получить основные представления о частоте психических расстройств и численности больных, о популяционных закономерностях течения болезней, и о клинико-демографической структуре контингентов, нуждающихся в том или ином виде психиатрической помощи. Таким образом,

формируется та база, на которой основывается планирование научных исследований и организационных мероприятий (А. А. Чуркин, 1990).

В ходе комплексного исследования состояния и уровней психического здоровья населения Республики Казахстан, реализованного в 2003-2005 г.г. нами было изучено распространение субклинических форм психических и поведенческих расстройств, а также гипертрофированных реакций психологической адаптации среди населения РК с возрастом 12-55 лет. При этом исследовалась выборка респондентов в г.г. Алматы, Кзылорде и Павлодаре численностью 2216 респондентов. По материалам исследования была сформирована общая клиническая группа численностью 637 респондентов, основные характеристики которой приводятся ниже (таблица 1).

Таблица 1

*Социально-демографические характеристики общей клинической группы (n=637)*

| <i>Социально-демографические характеристики общей клинической группы<br/>(n=637)</i> |            |          |                            |
|--|------------|----------|----------------------------|
| <b>Наименование</b>  | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Мужчины  | 276        | 43,4%    | +/-3,9%                    |
| Женщины  | 360        | 56,6%    | +/-3,9%                    |
| <i>Возраст</i>   |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>  | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| 12-16  | 30         | 4,7%     | +/-1,6%                    |
| 17-21  | 56         | 8,8%     | +/-2,2%                    |
| 22-26  | 85         | 13,4%    | +/-2,6%                    |
| 27-35  | 156        | 24,5%    | +/-3,3%                    |
| 36-47  | 94         | 14,8%    | +/-2,8%                    |
| 48-55  | 86         | 13,5%    | +/-2,7%                    |

| <i>Национальность</i>                      |            |          |                            |
|--|------------|----------|----------------------------|
| <b>Наименование</b>                        | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Казахская                                  | 279        | 46,5%    | +/-3,3%                    |
| Украинская                                 | 11         | 1,8%     | +/-1%                      |
| Русская                                    | 248        | 38,5%    | +/-3,3%                    |
| Корейская                                  | 14         | 2,2%     | +/-1,2%                    |
| Татарская                                  | 23         | 3,7%     | +/-1,5%                    |
| Немецкая                                   | 5          | 0,8%     | 0,5<>1,9%                  |
| Узбекская                                  | 20         | 3,2%     | +/-1,4%                    |
| Другая национальность                      | 33         | 4,2%     | +/-1,9%                    |
| <i>Образование</i>                         |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>                        | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Неграмотный<br>(вспомогательная школа)     | 3          | 0,5%     | 0,3<>1,6%                  |
| Начальное (неполное среднее)               | 82         | 13,2%    | +/-2,7%                    |
| Среднее (среднее<br>специальное)           | 237        | 38,3%    | +/-3,8%                    |
| Высшее                                     | 295        | 47,7%    | +/-3,9%                    |
| Без образования                            | 0          | 0%       | 0<>1%                      |
| Не обучаем / не применимо                  | 1          | 0,2%     | 0,1<>1,2%                  |
| Неполное высшее                            | 1          | 0,2%     | 0,1<>1,2%                  |
| <i>Сфера профессиональной деятельности</i> |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>                        | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Промышленность                             | 67         | 11,1%    | +/-2,5%                    |
| Сельское хозяйство                         | 47         | 7,8%     | +/-2,1%                    |
| Бизнес, финансы                            | 81         | 13,4%    | +/-2,7%                    |
| Образование                                | 65         | 10,7%    | +/-2,5%                    |
| Наука и высшая школа                       | 17         | 2,8%     | +/-1,3%                    |
| Культура                                   | 22         | 3,6%     | +/-1,5%                    |
| Здравоохранение                            | 67         | 11,1%    | +/-2,5%                    |
| Транспорт                                  | 11         | 1,8%     | +/-1,1%                    |
| Торговля, бытовое<br>обслуживание          | 44         | 7,3%     | +/-2,1%                    |
| Не работает, не учится                     | 138        | 22,8%    | +/-3,3%                    |
| Учащийся школы (ПТУ)                       | 40         | 6,6%     | +/-2%                      |
| Учащийся ВУЗа                              | 2          | 0,3%     | 0,2<>1,4%                  |
| Служба в армии                             | 0          | 0%       | 0<>1,1%                    |
| СМИ  | 0          | 0%       | 0<>1,1%                    |
| Социальная служба                          | 0          | 0%       | 0<>1,1%                    |
| Силовые, надзорные,<br>юридические         | 0          | 0%       | 0<>1,1%                    |
| Фонды, партии, движения                    | 0          | 0%       | 0<>1,1%                    |
| Госслужба                                  | 0          | 0%       | 0<>1,1%                    |
| Иная                                       | 4          | 0,7%     | 0,4<>1,8%                  |
| <i>Семейное положение</i>                  |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>                        | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Женат (замужем)                            | 235        | 38,1%    | +/-3,8%                    |
| Холост (не замужем)                        | 165        | 26,8%    | +/-3,5%                    |
| Разведен(а)                                | 123        | 20%      | +/-3,2%                    |
| Вдов(а)                                    | 30         | 4,9%     | +/-1,7%                    |
| Незарегистрированный брак                  | 13         | 2,1%     | +/-1,1%                    |

|   |    |      |           |
|---|----|------|-----------|
| Женат (замужем), но живут отдельно                            | 18 | 2,9% | +/-1,3%   |
| Разведен(а), но живут вместе (для детей) живет в полной семье | 2  | 0,3% | 0,2<>1,4% |
| (для детей) родители разведены                                | 7  | 1,1% | +/-0,8%   |
| (для детей) сирота  | 23 | 3,7% | +/-1,5%   |
| Живет с неродным отцом (матерью)                              | 0  | 0%   | 0<>1%     |
| Живу одна (один) нет близких родственников                    | 0  | 0%   | 0<>1%     |
| Холост (не замужем), один                                     | 0  | 0%   | 0<>1%     |

#### *Материальная обеспеченность*

| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
|-----------------------|------------|----------|----------------------------|
| Недостаточно          | 323        | 53%      | +/-4%                      |
| Скорее недостаточно   | 119        | 19,5%    | +/-3,1%                    |
| Скорее достаточно     | 77         | 12,6%    | +/-2,6%                    |
| Достаточно            | 53         | 8,7%     | +/-2,2%                    |
| Затрудняюсь с ответом | 38         | 6,2%     | +/-1,9%                    |

#### *Оценка динамики уровня материальной обеспеченности за последние 3 года*

| <b>Наименование</b>  | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
|----------------------|------------|----------|----------------------------|
| Понизился            | 113        | 18,6%    | +/-3,1%                    |
| Скорее понизился     | 103        | 16,9%    | +/-3%                      |
| Скорее повысился     | 102        | 16,8%    | +/-3%                      |
| Повысился            | 69         | 11,3%    | +/-2,5%                    |
| Остался таким же     | 164        | 27%      | +/-3,5%                    |
| Затрудняюсь ответить | 57         | 9,4%     | +/-2,3%                    |

#### *Клинико-статистические характеристики общей клинической группы*

Общее количество респондентов, обратившихся в клиническую группу исследовательского проекта в связи с имеющимися у них психопатологическими проявлениями (начальными, компенсированными и субклинического уровня), а также состояниями психологического дискомфорта, составило 28,74% от выборки по данным регионам.

Общая клиническая группа, в соответствие с задачами исследования была распределена на две основные подгруппы – подгруппу респондентов с фиксируемыми клинико-психопатологическими проявлениями психических и поведенческих расстройств с возможностью их квалификации по МКБ-10 (n=249). А также на подгруппу состояний психологического дискомфорта, оценка которых в клинико-психопатологическом регистре была затруднительной (n=387). Подгруппа психических и поведенческих расстройств составила 11,24% от общей выборки. Подгруппа резидентов с психологическим дискомфортом – 17,5% от общей выборки. Эти данные интересно сравнить, во-первых, с официальными статистическими сведениями о

распространенности психических и поведенческих расстройств по Республике Казахстан, а во-вторых, с данными о представленности среди населения РК низких уровней психического и психологического здоровья.

По первой позиции следует отметить, что эпидемиологический показатель интенсивности распространения психических и поведенческих расстройств субклинического уровня, не попадающих в поле активности действующей психиатрической службы (11,24%), превышает аналогичный официальный статистический показатель (2,0%) в 5,62 раза ( $p<0,01$ ). В то же время данный показатель примерно соответствует значению распространения низкого уровня психического здоровья среди исследуемой группы населения РК (9,9%) – соотношение 1,13.

По второй позиции, также следует отметить близкие значения показателя распространенности состояния психологического дискомфорта (17,5%) с низким уровнем психологического здоровья (13,9%) – соотношение 1,25.

Полученные по данному исследовательскому фрагменту результаты свидетельствуют о значительной

распространенности психических и поведенческих расстройствах субклинического уровня, а также нарушений психологической адаптации (также требующих профессиональной помощи) среди населения РК. Дополнительное подтверждение получает тот факт, что действующие в Республике службы психического здоровья ориентированы, в основном, на выявление лиц с явной клинической (психотической) патологией.

#### *Дифференциально-нозологический аспект*

Значительный интерес представляют полученные эпидемиологические данные о распростране-

нии отдельных классов психических и поведенческих расстройств в сравнение с аналогичными показателями официальной статистики.

В таблице 2 приведены данные о распространении основных классов психических и поведенческих расстройств, не учитываемых в официальных статистических отчетах.

Дальнейший анализ полученных эпидемиологических данных о распространенности отдельных классов психических и поведенческих расстройств в РК следует проводить с учётом значений доверительного интервала, показанных в таблице 2.

Таблица 2

*Данные эпидемиологического исследования о распределении психических и поведенческих расстройств (не учитываемых в официальных статистических отчетах) по Республике Казахстан в 2003 году (выборка n = 2216)*

| № группы | Обозначение исследуемых групп   | Абсолютные значения | % распределения | Значения доверительного интервала |
|----------|---|---------------------|-----------------|-----------------------------------|
| 1        | Общая клиническая группа  | 637                 | 28,74%          | ±3,5%                             |
| 2        | Общая подгруппа с клинико-психопатологическими проявлениями субклинического уровня            | 249                 | 11,24%          | ±3,9%                             |
| 3        | Подгруппа с проявлениями органического регистра   | 70                  | 3,16%           | 1<>9%                             |
| 4        | Подгруппа с проявлениями эндогенного регистра (шизофрения, шизотипические бредовые состояния) | 11                  | 0,49%           | 0<>29%                            |
| 5        | Подгруппа с проявлениями аффективного регистра  | 49                  | 2,21%           | 0<>10%                            |
| 6        | Подгруппа с расстройствами личности и поведения   | 25                  | 1,13%           | 0<>15%                            |
| 7        | Подгруппа с невротическими, связанными со стрессами и соматоформными проявлениями             | 56                  | 2,53%           | 0<>11%                            |
| 8        | Подгруппа с прочими клинико-психопатологическими проявлениями                                 | 39                  | 1,76%           | 0<>12%                            |
| 9        | Подгруппа с психологическим дискомфортом  | 388                 | 17,5%           | ±3,7%                             |

По профилю психических и поведенческих расстройств органического генеза получены следующие данные. Эпидемиологический показатель распространенности по данной нозологической группе (3,16%) существенно превышает показатель официальной статистики (0,61%) – соотношение 5,15 ( $p<0,01$ ).

По профилю шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств получены следующие данные. Эпидемиологический показатель (0,49%)

превышает официально зарегистрированный (0,28%) в 1,41 ( $p<0,01$ ).

По профилю аффективных расстройств – эпидемиологический показатель распространенности (2,21%) превышает официальный (0,026%) в 85,66 ( $p<0,01$ ).

По профилю расстройств личности и поведения эпидемиологический показатель (1,13%) превышает официальный статистический показатель (0,066%) в 17,17.

По профилю невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств эпидемиологический показатель (2,53%) превышает официальный статистический (0,13%) в 19,32.

По профилю прочих психических и поведенческих расстройств эпидемиологический показатель (1,76%) превышает официальный статистический, высчитываемый без учета умственной отсталости (0,15%) в 11,73.

Полученные по настоящему исследовательскому фрагменту результаты показывают, что наиболее распространенными классами психических и поведенческих расстройств по данным эпидемиологического исследования являются компенсированные субклинические формы психических и поведенческих расстройств органического регистра. На втором месте идут невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства. На третьем – аффективные расстройства. И на четвертом – расстройства личности и поведения. Группа психических расстройств эндогенного регистра (шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства) занимают пятое место. В то же время показатель соотношения полученных эпидемиологических данных и данных официальной статистики по анализируемым нозологическим группам демонстрируют, что наиболее сложной и неочевидной диагностической активностью служб

психического здоровья в РК является группа аффективных расстройств (дифферент – 85,66). Далее – группа невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств (дифферент – 19,31), а также группа расстройств личности и поведения (дифферент – 17,17). Следом идет класс прочих психических расстройств с дифферентом 11,73. Соответственно, класс органических расстройств здесь занимает пятое место (дифферент – 5,15). А класс шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств – соответственно шестое место с дифферентом 1,412.

Такое расхождение в показателях истинной распространенности и потенциала выявляемости среди отдельных классов психических и поведенческих расстройств указывает на то, что наиболее сложными в плане ранней и дифференцированной диагностики являются субклинические проявления аффективных (депрессивных) и невротических расстройств. А также на то, что общемедицинская сеть, куда такого рода пациенты обращаются в первую очередь, не готова к адекватной оценке их психического статуса.

*Социально-психологические характеристики общей клинической группы*

Основные социально-психологические характеристики общей клинической группы приведены в таблице 3.

Таблица 3

*Социально-психологические характеристики общей клинической группы (n=637) по материалам результатов эпидемиологического исследования 2003 года (объем выборки 2216)*

| Вероисповедание                   |     |       |                     |
|-----------------------------------|-----|-------|---------------------|
| Наименование                      | абс | %     | Довер. интервал сп. |
| Ислам                             | 216 | 27,2% | +/-2,5%             |
| Православное                      | 132 | 19,6% | +/-2%               |
| Католицизм                        | 3   | 0,5%  | 0,3<>1,6%           |
| Буддизм                           | 3   | 0,5%  | 0,3<>1,6%           |
| Традиционные (языческие) культуры | 2   | 0,3%  | 0,2<>1,4%           |
| Секты                             | 17  | 2,8%  | +/-1,3%             |
| Прочее                            | 3   | 0,5%  | 0,3<>1,6%           |
| Не верующий                       | 237 | 39,3% | +/-3,9%             |
| Лютеране                          | 0   | 0%    | 0<>1,1%             |
| Баптизм                           | 0   | 0%    | 0<>1,1%             |
| Англиканство                      | 0   | 0%    | 0<>1,1%             |

| Взаимоотношения в собственной семье |     |       |                     |
|-------------------------------------|-----|-------|---------------------|
| Наименование                        | абс | %     | Довер. интервал сп. |
| Доброжелательные, ровные            | 234 | 40,1% | +/-4%               |
| Формальные                          | 78  | 13,4% | +/-2,8%             |
| Конфликтные со всеми членами семьи  | 30  | 5,1%  | +/-1,8%             |

|                                      |     |       |         |
|--------------------------------------|-----|-------|---------|
| Конфликтные с супругом<br>(супругой) | 53  | 9,1%  | +/-2,3% |
| Конфликтные с матерью                | 21  | 3,6%  | +/-1,5% |
| Конфликтные с отцом                  | 8   | 1,4%  | +/-0,9% |
| Конфликтные с братом<br>(сестрой)    | 9   | 1,5%  | +/-1%   |
| Конфликтные с детьми                 | 7   | 1,2%  | +/-0,9% |
| Нет собственной семьи                | 149 | 25,6% | +/-3,5% |

*Приоритетные ценности*

| Наименование              | абс | %     | Довер. интервал ср. |
|---------------------------|-----|-------|---------------------|
| Семья и брак              | 337 | 58,7% | +/-4%               |
| Образование и профессия   | 255 | 44,4% | +/-4,1%             |
| Материальное благополучие | 449 | 78,2% | +/-3,4%             |
| Общественное признание    | 49  | 8,6%  | +/-2,3%             |

*Предпочитаемые методы лечения*

| Наименование               | абс | %     | Довер. интервал ср. |
|----------------------------|-----|-------|---------------------|
| Официальная медицина       | 516 | 88,7% | +/-2,6%             |
| Народная медицина          | 168 | 28,9% | +/-3,7%             |
| Религиозные методы         | 28  | 4,8%  | +/-1,7%             |
| Современное "целительство" | 49  | 8,4%  | +/-2,3%             |
| Неопределенное             | 15  | 2,6%  | +/-1,3%             |

*Оценка динамики социального статуса (положение в учебном заведении или на работе) за последние 3 года*

| Наименование                         | абс | %     | Довер. интервал ср. |
|--------------------------------------|-----|-------|---------------------|
| Понизился                            | 61  | 10%   | +/-2,4%             |
| Скорее понизился                     | 76  | 12,5% | +/-2,6%             |
| Остался без изменений                | 243 | 39,9% | +/-3,9%             |
| Скорее повысился                     | 46  | 7,6%  | +/-2,1%             |
| Повысился                            | 46  | 7,6%  | +/-2,1%             |
| Затрудняюсь с ответом                | 33  | 5,4%  | +/-1,8%             |
| В данное время не работаю и не учусь | 104 | 17,1% | +/-3%               |

*Вектор зависимости жизненных успехов и неудач:  
от случая, судьбы/пророчества*

| Наименование                      | абс | %     | Довер. интервал ср. |
|-----------------------------------|-----|-------|---------------------|
| От случая, судьбы/<br>пророчества | 228 | 37,7% | +/-3,9%             |

*Вектор зависимости жизненных успехов и неудач:  
от усилий других людей*

| Наименование           | абс | %   | Довер. интервал ср. |
|------------------------|-----|-----|---------------------|
| От усилий других людей | 139 | 23% | +/-3,4%             |

*Вектор зависимости жизненных успехов и неудач:  
от моих собственных усилий*

| Наименование               | абс | %     | Довер. интервал ср. |
|----------------------------|-----|-------|---------------------|
| От моих собственных усилий | 149 | 24,7% | +/-3,4%             |

| <i>Вектор зависимости жизненных успехов и неудач:<br/>не знаю/затрудняюсь с ответом</i>                             |            |          |                            |
|---|------------|----------|----------------------------|
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Не знаю/ затрудняюсь с ответом  | 92         | 15,2%    | +/-2,9%                    |
| <i>Оценка способов повышения личного уровня здоровья:<br/>от усилий врачей</i>                                      |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| От усилий врачей  | 137        | 22,4%    | +/-3,3%                    |
| <i>Оценка способов повышения личного уровня здоровья:<br/>от иррациональных (непонятных, необъяснимых) факторов</i> |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| От иррациональных (непонятных, необъяснимых) факторов   | 63         | 10,3%    | +/-2,4%                    |
| <i>Оценка способов повышения личного уровня здоровья:<br/>от природных сил организма</i>                            |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| От природных сил организма  | 226        | 37%      | +/-3,8%                    |
| <i>Оценка способов повышения личного уровня здоровья:<br/>от собственных усилий по достижению</i>                   |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| От собственных усилий по достижению здоровья  | 156        | 25,5%    | +/-3,5%                    |
| <i>Оценка способов повышения личного уровня здоровья:<br/>затрудняюсь с ответом</i>                                 |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Затрудняюсь с ответом   | 62         | 10,1%    | +/-2,4%                    |
| <i>Частота жизненных кризисов</i>   |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Редко   | 96         | 15,8%    | +/-2,9%                    |
| Скорее редко  | 113        | 18,6%    | +/-3,1%                    |
| Скорее часто  | 202        | 33,2%    | +/-3,7%                    |
| Часто   | 54         | 8,9%     | +/-2,3%                    |
| Затрудняюсь с ответом   | 143        | 23,5%    | +/-3,4%                    |
| <i>Оценка способности разрешения трудных жизненных ситуаций</i>   |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Легко   | 70         | 11,5%    | +/-2,5%                    |
| Скорее легко  | 49         | 8,1%     | +/-2,2%                    |
| Скорее трудно   | 150        | 24,7%    | +/-3,4%                    |
| Трудно  | 224        | 36,9%    | +/-3,8%                    |
| Затрудняюсь с ответом   | 114        | 18,8%    | +/-3,1%                    |

| <i>Способность к новому решению любой проблемы</i>  |            |          |                            |
|---|------------|----------|----------------------------|
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Невозможно  | 153        | 26,2%    | +/-3,6%                    |
| Трудно  | 202        | 34,6%    | +/-3,9%                    |
| Скорее трудно   | 135        | 23,1%    | +/-3,4%                    |
| Скорее легко  | 62         | 10,6%    | +/-2,5%                    |
| Легко   | 32         | 5,5%     | +/-1,8%                    |
| <i>Отношение к собственному здоровью</i>  |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| С равнодушием   | 114        | 18,9%    | +/-3,1%                    |
| Иногда думаю об этом  | 171        | 28,4%    | +/-3,6%                    |
| Время от времени что-либо предпринимаю для улучшения собственного здоровья                      | 187        | 31,1%    | +/-3,7%                    |
| Уделяю этому вопросу много времени и внимания   | 105        | 17,4%    | +/-3%                      |
| Неукоснительно соблюдаю все требования здорового образа жизни                                   | 25         | 4,2%     | +/-1,6%                    |
| <i>Оценка необходимости личного здоровья: чувствовать себя комфортно</i>                        |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Чувствовать себя комфортно  | 406        | 68%      | +/-3,7%                    |
| <i>Оценка необходимости личного здоровья: дольше прожить</i>                                    |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Дольше прожить  | 235        | 39,4%    | +/-3,9%                    |
| <i>Оценка необходимости личного здоровья: лучшие справляться с работой, больше зарабатывать</i> |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Лучше справляться с работой, больше зарабатывать  | 243        | 40,7%    | +/-3,9%                    |
| <i>Оценка необходимости личного здоровья: достичь своих жизненных целей</i>                     |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Достичь своих жизненных целей   | 148        | 24,8%    | +/-3,5%                    |
| <i>Оценка необходимости личного здоровья: хорошо выглядеть</i>                                  |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Хорошо выглядеть  | 216        | 36,2%    | +/-3,9%                    |
| <i>Оценка необходимости личного здоровья: другое</i>  |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Другое  | 14         | 2,3%     | +/-1,2%                    |

| <i>Оценка необходимости личного здоровья:<br/>затрудняюсь с ответом</i>   |     |       |                     |
|---|-----|-------|---------------------|
| Наименование  | абс | %     | Довер. интервал ср. |
| Затрудняюсь с ответом   | 7   | 1,2%  | +/-0,9%             |
| <i>Определение здорового образа жизни: воздержание от вредных привычек<br/>(курение, алкоголь, наркотики)</i>                             |     |       |                     |
| Наименование  | абс | %     | Довер. интервал ср. |
| Воздержание от вредных привычек (курение, алкоголь, наркотики)  | 494 | 83%   | +/-3%               |
| <i>Определение здорового образа жизни:<br/>правильный режим труда и отдыха</i>  |     |       |                     |
| Наименование  | абс | %     | Довер. интервал ср. |
| Правильный режим труда и отдыха   | 335 | 56,3% | +/-4%               |
| <i>Определение здорового образа жизни:<br/>физическая нагрузка, спорт</i>   |     |       |                     |
| Наименование  | абс | %     | Довер. интервал ср. |
| Физическая нагрузка, спорт  | 418 | 70,3% | +/-3,7%             |
| <i>Определение здорового образа жизни:<br/>гармония в семье и на работе (учебе)</i>   |     |       |                     |
| Наименование  | абс | %     | Довер. интервал ср. |
| Гармония в семье и на работе (учебе)  | 76  | 12,8% | +/-2,7%             |
| <i>Определение здорового образа жизни: наличие значимых жизненных целей,<br/>умение их достигать и получать<br/>от этого удовольствие</i> |     |       |                     |
| Наименование  | абс | %     | Довер. интервал ср. |
| Наличие значимых жизненных целей, умение их достигать и получать от этого удовольствие  | 43  | 7,2%  | +/-2,1%             |
| <i>Определение здорового образа жизни: другое</i>   |     |       |                     |
| Наименование  | абс | %     | Довер. интервал ср. |
| Другое  | 20  | 3,4%  | +/-1,4%             |

В анализе социально-психологических характеристик, приведенных в таблице 3, основное внимание уделяется тем факторам, которые, наиболее полно демонстрируют адаптационные способности индивида. То есть, тем обстоятельствам, которые могут способствовать компенсации патологических проявлений на психологическом уровне.

Результаты, показанные в таблице 3, свидетельствуют о том, что такого рода факторами могут быть:

принадлежность к гуманистической конфессии; равные доброжелательные отношения в семье; ориентация на такие ценности как достижение материального благополучия, семейной гармонии, высокого уровня профессионального образования. Обращает на себя внимание факт доверия респондентов общей клинической группы к официальной медицине (что, однозначно, следует использовать в диагностических и терапевтических целях). На втором

месте (28,9%) следуют предпочтения методам народной медицины. Данное обстоятельство также должно приниматься во внимание при организации взаимодействии с народными целителями.

Оценка динамики социального статуса показывает, что по данному параметру, в основном, (39,9%), отмечаются стабильные показатели, что ещё раз свидетельствует о достаточно высоких компенсаторных возможностях у респондентов данной группы. В целом же динамика в сторону снижения (10% и 12,5%) преобладает над динамикой в сторону повышения (7,6%) социального статуса в данной группе. Данное обстоятельство свидетельствует о том, что компенсированный и субклинический уровень психических и поведенческих расстройств, психологический дискомфорт снижают уровень социального функционирования индивида.

Анализ следующих двух параметров показывает преимущество внешнего локуса контроля у респондентов общей клинической группы, что также наблюдается и в общей выборке. Однако следует обратить внимание, что около 85% респондентов данной группы связывают возможности повышения уровня личного здоровья с активизацией природных сил организма (37,0%), собственными усилиями в данном направлении (22,5%), а также с активной деятельностью медицинских служб (22,4%). И только 10,3% связывают возможность повышения уровня здоровья с воздействием малопонятных иррациональных сил. Данное обстоятельство также следует принимать во внимание в соответствующих диагностических и терапевтических стратегиях.

#### Литература:

1. Александровский Ю. А. К вопросу о патогенезе психической травмы // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 1996. - № 2. - С.14-15
2. Запускалов С. В., Плотников Б. С. Новые подходы к динамической оценке психического здоровья // Обоз. психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева, 1991. - № 2. - С. 20-25
3. Ротштейн В. Г., Морозова В. П., Богдан А. Н. и соавт. Объективные факторы выявляемости психически больных. Эпидемиология эндогенных психозов и проблема реабилитации психически больных. - М., 1985. - С. 13-21
4. Чуркин А. А. Динамика показателей учтенной заболеваемости пограничными психическими расстройствами / Актуальные проблемы эпидемиологических исследований в психиатрии // Тез. докладов Всесоюз. конф. - М., 1990. - С. 144-146
5. Kramer M. Problem in psychiatric epidemiology. Proc. Roy. soc. med., 1976. - Vol. 63. - P. 553-562

Анализ следующих трех параметров однозначно свидетельствует о том, что в рассматриваемой группе респондентов существенно больше тех, которые с трудом адаптируются к новым условиям и испытывают частые жизненные кризисы. Мы полагаем, что интерпретация данных фактов должна проводиться с позиции взаимовлияния компенсированного и субкомпенсированного уровня психической патологии на адаптационные возможности индивида. А также, с позиции уязвимости группы населения с низкими адаптационными возможностями (низкого уровня психологического здоровья) в отношении развития у них психических и поведенческих расстройств субклинического уровня.

Наконец, анализ последних двух параметров показывает, что в общей клинической группе существенно больше тех респондентов, которые имеют конструктивную позицию по отношению к собственному здоровью, как наиболее важному ресурсу, обеспечивающему благополучие и высокое качество жизни. Однако их представления о здоровом образе жизни, связаны, в основном, со стереотипными приоритетами в области телесного здоровья. Что также следует иметь в виду при разработке соответствующих профилактических и терапевтических стратегий.

В целом следует отметить, что профиль интенсивности распределения анализируемых признаков по основным социально-психологическим параметрам соответствует группе с низким уровнем психологического здоровья и, в несколько меньшей степени, группе с низким уровнем психического здоровья, идентифицируемыми в других фрагментах проводимого комплексного исследования.

## ОСОБЕННОСТИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ РЕСПОНДЕНТОВ АРАЛЬСКОЙ И КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ЗОН ПО ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМУ УРОВНЮ

Б. С. Сабенов, Ж. Ж. Бултачев

г. Кызылорда

При эпидемиологических исследованиях все обследованные были отобраны случайным образом по обращению в общеклинические амбулаторные

учреждения в течение года. В связи с этим, данные, полученные в первой фазе исследования, мы, прежде всего, проверили на наличие или отсутствие

различий отобранных групп пациентов по многим признакам.

В частности обращает на себя внимание распределения респондентов по сфере профессиональной деятельности. Сравнивая, в целом, данные, представленные в таблице 1, было установлено значимое различие обследованных групп ( $\chi^2=147,77$ ,  $df=8$ ,  $p<0,001$ ). Вместе с тем, задавались эти различия достоверно большим числом работников сельского хозяйства в Аральской группе ( $p<0,05$ ), а также – достоверно большим числом работников торговли и сферы обслуживания в Кызылординской группе ( $p<0,05$ ).

По абсолютному значению (около трети от общего числа наблюдений) в обеих группах преобладали респонденты, занятые в промышленном

производстве. Причем их численность в Кызылординской группе была больше (437 человек или 33,6%), чем в Аральской (372 человек или 29,3%). Однако это достоверность этого количественного различия подтвердить не удалось ( $p=0,13$ )

Весьма примечателен тот факт, что в Аральской группе было почти вдвое большее число работников здравоохранения (135 человек или 10,6% от числа респондентов в группе) против их численности в Кызылординской группе (70 человек или 5,4%). Однако их незначительная доля в обеих группах не позволила с уверенностью утверждать, что этот факт неслучайен ( $p=0,15$ ). Отметим так же, что среди обследованных лиц в Аральской группе не было представителей науки или высшей школы, в то время как в Кызылординской таковых было 39 человек (3,0%).

Таблица 1

*Анализ различий распределения обследованного контингента больных по сфере профессиональной деятельности*

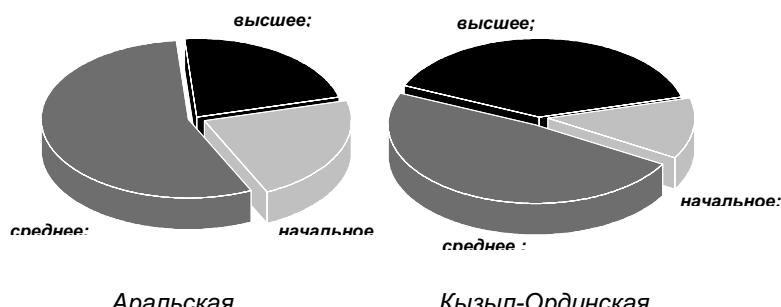
|                                | Аральская зона |      | Кызылординская зона |      | <i>p</i> |
|--------------------------------|----------------|------|---------------------|------|----------|
|                                | <i>абс.</i>    | %    | <i>абс.</i>         | %    |          |
| промышленность                 | 372            | 29,3 | 437                 | 33,6 | 0,13     |
| сельское хозяйство             | 221            | 17,4 | 96                  | 7,4  | 0,02     |
| бизнес, финансы                | 99             | 7,8  | 152                 | 11,7 | 0,31     |
| образование                    | 127            | 10,0 | 101                 | 7,8  | 0,60     |
| наука и высшая школа           | 0              | 0,0  | 39                  | 3,0  | -        |
| культура                       | 11             | 0,9  | 7                   | 0,5  | -        |
| здравоохранение                | 135            | 10,6 | 70                  | 5,4  | 0,15     |
| транспорт                      | 84             | 6,6  | 80                  | 6,1  | 0,72     |
| торговля, бытовое обслуживание | 219            | 17,3 | 320                 | 24,6 | 0,03     |

К выше рассмотренным сведениям о различиях трудовой занятости в изученных группах, следует добавить, что в Кызылординской зоне мы чаще

наблюдали лиц, занятых квалифицированным трудом. Об этом же свидетельствовал анализ их образовательного уровня (рисунок 1).

Рисунок 1

*Долевое соотношение по образовательному уровню в Аральской и Кызылординской группе обследованных больных*



Аральскую группу более чем на три четверти от ее общего числа составляли лица с начальным (281 наблюдение; 22,1%) или средним (707 наблюдений; 55,8%) образованием. В Кызылординской группе эти категории обследованных составили немного менее двух третей, в том числе с начальным образованием или незаконченным средним 163 человека (12,5%), со средним или средним специальным 628 человек (48,2%). Обращает на себя внимание то обстоятельство, что по обеим упомянутым категориям в Аральской группе наблюдений было достоверно больше ( $p<0,005$ ). И напротив, лиц с высшим образованием в Аральской группе (281 человек; 22,1%) было достоверно меньше ( $p=0,02$ ) чем в Кызылординской (512 человек; 39,9%).

Как известно профессиональный и образовательный уровень позволяет более правильно реагировать на информацию любого характера. Информация о том, как себя вести в ситуации экологической катастрофы чаще всего строится на слухах,

предрассудках, поскольку сведения из «официальных» источников порой крайне противоречивы, а зачастую – непонятны большей части пострадавшего населения. Безусловно, с первыми двумя признаками связано *третье обстоятельство, которое обусловлено «осадой» средств массовой информации*. В данном случае, mass media не столько информируют население о характере повреждающих факторов, сколько создают почву для дискуссий и создают общественное мнение. Деятельность большей части журналистов, отслеживающих ситуацию с экологически непрофессиональной точки зрения, излишне драматизируя события, в условиях токсической катастрофы создают картину апокалипсиса, «конца света».

Таким образом, у части населения с более низким образовательным уровнем утверждается мнение не только о том, что произошла «ужасная катастрофа», но в будущем будет еще хуже и они составляют группу риска. (Mazur A., 1981).

*Литература:*

1. Mazur A. *The dynamics of technical controversies*. – Washington, 1981

## О ПРОБЛЕМЕ САМОУБИЙСТВ. К ВОПРОСАМ ТИПОЛОГИЗАЦИИ СУИЦИДООПАСНОЙ ПОПУЛЯЦИИ.

А. Ж. Сабырханов

Проблема оптимизма и пессимизма сегодня перестает быть сюжетом утонченных философскихисканий. Это проблема жизненного тонуса общества и, в конечном итоге, его жизнеспособности.

Парадокс современного человека заключается в том, что он, будучи существом разумным и причастным к научному знанию мира, остается крайне невежественным во всем, что касается его самого. Это ведет к фрагментарности личности, не умеющей отличать то, что хочет она сама, от того, что хотят от неё другие, с искажением понятия Хочу, Могу и Должен. Такой личности недоступна подлинная свобода предполагающая не только выбор, но и ответственность и в первую очередь нравственный: между Добром и Злом.

Нравственный долг – это, прежде всего, требования личности, предъявляемые ею самой себе. Между тем, даже в повседневной жизни многие из нас обычно имеют две причины для своих поступков: настоящая и та, которая хорошо звучит.

«Это я сделал, – говорит моя память, этого я не мог сделать, – говорит моя гордость и остается немолимой, наконец, память уступает»

Ф. Ницше

К тому же наш, так называемый рациональный ум, скован множеством условностей - психологических и социально-культурных, и то, что мы называем рассуждением, часто оказывается всего лишь нашей попыткой оправдать собственные эмоциональные запросы и свое импульсивное поведение детерминированное, как правило, в сторону наиболее сильного побуждения или наименьшего сопротивления.

Мир же, окружающий нас, объективен, сложен и изменчив. Человек, воспринимая этот изменчивый мир, создает представление о мире и о себе в этом мире - так формируется субъективная картина мира. Таким образом, если объективный мир един для всех, то субъективный мир у каждого свой.

Именно об этом говорит древнекитайский афоризм: «Две трети того, что мы видим, находится позади наших глаз».

Сегодня, когда большинство людей погружено в прагматическую повседневность бытия, ценности, к которым они стремятся, ограничиваются порой материальными благами.

Нередко отношения между людьми принимают видимость отношений между вещами. Себя и

других многие воспринимают только с позиции социального статуса, когда личность подменяется визитной карточкой. Мерилом жизненного успеха становится не содержание жизни, а признание - одобрение (форма)...

Жизнь, зачастую, предстает своей обыденно-обезличенной стороной, лишенной духовного, сверхповседневного смысла.

При иллюзии большей свободы выбора и поступков в действительности человек стал более зависим от окружающего его мира. Просто диктат окружения из прямого стал косвенным, но не менее эффективным. Через средства массовой информации и аппарат массовой культуры современному навязывается некий стандарт жизненного успеха, и несоответствие этому стандарту воспринимается им как трагедия.

Снижение морально-этических принципов ведет к эгоцентризму с соответствующим завышенным уровнем притязаний, как правило, не адекватных личностным возможностям и затрудняющим в свою очередь социализацию.

Складывается ситуация, когда повышенную потребность в личной свободе из-за отсутствия конструктивных планов не на что и некуда направить.

Если в развитых странах основу социального статуса составляет три основных взаимосвязанных критерия: профессия, уровень образования и соответствующий доход, то в странах СНГ социально-экономическая специфика состоит в том, что эти критерии между собой не связаны или эти связи искажены.

Эпоха радикальных политических реформ и ужесточения экономической ситуации всегда сопровождается трансформацией всей структуры социальных связей, обеспечивающих буферный эффект при стрессовых расстройствах.

Люди, которые в стабильных социально-экономических условиях были адаптированы и могли достаточно успешно работать, оказались в числе «лишних».

Известно, какое влияние оказывает психическое здоровье на социальную, профессиональную и иные формы адаптации индивида. Не случайно все

шире и дальше за пределами собственно клинической медицины внедряется в практику понятие «психической дезадаптации».

Ведь психика в социальном контексте не только регулятор поведения, она и сама складывается в поведенческих актах. Поведение - это и есть способ, форма существования психики.

Важно то, что поведение как содержание внутреннего мира всегда варьирует в зависимости от конкретных условий и детерминируется потребностями, ценностями, мотивами, эмоцией и волей. Таким образом, психическая стабильность, психологическая устойчивость обеспечивается реагированием на целостную жизненную ситуацию и лишь потом на фоне такого целостного реагирования на какой-то определенный фактор. Именно это свойство целостного реагирования придает человеку ту душевную устойчивость, мощи которой не хватает тем, кто ходом жизни поставлен в «барьерные» экстремальные ситуации, иногда завершающихся социально-психологическим кризисом с исходом в самоубийство.

Таковы некоторые аспекты типологизации суицидоопасной популяции с точки зрения психологических особенностей личности.

В более широком контексте в профилактике такого сложного социально-психологического явления как суицид, помимо чисто медицинского ее аспекта - концепция предболезни, прогнозирования пограничных нервно-психических расстройств, всё же определяющую роль играет, с учетом приоритета психического здоровья, психологическая составляющая образовательных программ на всех этапах становления личности в обществе.

Причем психологические знания о «человеке вообще» должны быть трансформированы в знания «для меня».

Только тогда проблемная жизненная ситуация, даже самая сложная и болезненная, может стать источником нового опыта и личностного роста, что и даст возможность личности проявить себя в обществе без ущерба для своей индивидуальности, не только интегрировав в единое целое такие понятия как Хочу, Могу и Должен, но и наполнив их общественно-ценным и личностно-значимым содержанием.

## ПОГРАНИЧНЫЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА СРЕДИ ЛИЧНОГО СОСТАВА ОВД. КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ.

А. Ж. Сабырханов

Проблемы организации психиатрической помощи и применения всех видов психиатрического лечения (в том числе принудительного) в соответствии с положениями ВОЗ в принципе во всех странах

решаются одинаково - на основе степени социальной опасности психических больных, что с учетом специфики служебной деятельности сотрудников правоохранительных органов предопределяет

раннее и активное выявление не только психических заболеваний, но и пограничных нервно-психических расстройств.

Психическая устойчивость личного состава силовых структур не только оказывает решающее влияние на успешность их профессиональной деятельности, но и определяет возможные самые тяжелые негативные последствия - от профессиональных ошибок до чрезвычайных происшествий и суицидов.

Не случайно все шире и далеко за пределы собственно медицины внедряется в практику понятие «психической дезадаптации».

Понятие психическое здоровье связано не только с индивидуумом (как в соматической медицине), но обязательно включает в себя социальное взаимодействие, более широкое, чем личность и его ближайшее окружение - семья. Последние десятилетия XX века отличаются ростом и распространенностью психических заболеваний во всех странах (по данным ВОЗ), причем уровень пораженного психозами, то есть заболеваниями менее зависимыми от социальных условий, на протяжении многих лет достаточно стабилен и составляет около 20% от общей психической заболеваемости. Рост психической заболеваемости происходит в основном за счет увеличения непсихотических форм болезней (преимущественно пограничных нервно-психических расстройств).

Проблема профилактики психических расстройств среди личного состава ОВД по своему значению и конечному результату является не только медицинской, но и выдвигается в число общих проблем работы с кадрами.

Совершенствование методов психиатрического и психофизиологического отбора в системе психо-профилактических мероприятий медицинской службы ОВД занимает одно из ведущих мест.

Дело в том, что учет психических заболеваний ведется на основании обращаемости больных за медицинской помощью. Однако многие психические заболевания имеют латентный период, в течение длительного времени протекают скрыто, порой незаметно и для самого больного и для лиц его окружающих. Часто на начальных этапах болезни психопатологическая симптоматика воспринимается окружающими как простое изменение характера, как проявление его отрицательных личностных особенностей. Следует также учитывать, что болезненные проявления могут носить эпизодический характер.

Изложенное в сочетании с однократностью психиатрического освидетельствования, отсутствием объективных сведений особенностях поведения, реагирования, переживания кандидата в сотрудник ОВД и ОВВК. Кроме того, все кандидаты, будучи заинтересованными в поступлении на службу в ОВД, стремятся скрыть недостатки здоровья. Таким образом, на службу в ОВД могут поступать и поступают лица с начальными проявлениями психических заболеваний.

Однако совершенно очевидно, что даже самый тщательный отбор не решает проблемы профилактики психических заболеваний среди личного состава ОВД, т.к. психические заболевания могут возникать в любом возрасте, то есть и после поступления на службу, на всех этапах ее прохождения.

В подобных случаях на начальных этапах заболевания психические расстройства могут, как осознанно скрываться, так и быть у части больных неосознаваемы, что, в свою очередь, определяет как степень социальной опасности, так и необходимость раннего и активного выявления психических расстройств и отклонений.

Все вышеизложенное с учетом специфики служебной деятельности личного состава (психофизиологические перегрузки, доступ к табельному оружию, властные полномочия и т.д.) сужают диапазон допустимых отклонений состояния психического здоровья сотрудников до минимума. С учетом специфики служебной деятельности все психические заболевания личного состава ОВД могут быть разделены на две категории: расстройства психотического круга, протекающие с продуктивными (бред, галлюцинации) симптомами или иными грубыми нарушениями психической деятельности, и расстройства непсихотического круга, пограничные нарушения: невротические, неврозоподобные, депрессивные, эмоционально-стрессовые нарушения, состояния психической дезадаптации.

Особенности пограничных нервно-психических расстройств, которые среди гражданского населения вызывают лишь временную утрату нетрудоспособности, в условиях деятельности правоохранительных структур состоят в том, что они могут приводить к тяжелым последствиям. Кроме того, применение психотропных средств в амбулаторных условиях может, при их индивидуальном воздействии, явиться причиной ЧП.

Более того, успешность профессиональной деятельности личного состава ОВД во многом зависит от характерологических особенностей человека, его психологических установок и адаптационного потенциала.

Специфика служебной деятельности в ОВД в том, что отрицательное влияние могут оказывать не только психические заболевания и расстройства, но и кратковременно возникающие состояния психической дезадаптации. Деятельность сотрудников ОВД регламентирована должностными и правовыми нормами и в тоже время в экстремальных условиях требует мгновенной оценки ситуации и быстрого принятия оптимального решения.

Именно поэтому состояния психической дезадаптации с эйфорией или страхом, раздраженностью или ажитацией в экстремальных условиях потенциально опасны - ДТП, неправомерное применение табельного оружия, рукоприкладство и т.д.

Необходимо учесть, что одной из ведущих проблем пограничной психиатрии является совершенствование

---

---

диагностики, что обеспечит как точность прогноза, так и адекватность не только лечения, но и экспертной оценки.

Между тем наибольшее число расхождений отмечено именно в диагнозах пограничных форм психической патологии.

Это объясняется тем, что пограничные нервно-психические расстройства располагаются на границе между нормой управляемой психологическими

законами и патологией движимой психопатологическими закономерностями.

Только клинический подход с применением всего арсенала параклинических исследований (в т.ч. психодиагностических) позволяет объединить феноменологический, статический и динамически принципы психиатрии в установлении диагнозе, вынесения экспертного заключения.

---

## ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА

---

### ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИЦИНСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО БЕДСТВИЯ В ПРИАРАЛЬЕ

С. А. Алтынбеков, Ж. Ж. Бултacheев

Экологическая проблема явилась одной из существенных и тяжелых проблем, оставленных Республике Казахстан с момента распада Советского Союза. Складывались они преимущественно в силу географического положения Казахстана. С одной стороны – наличие большого малозаселенного пространства, которое использовалось для испытаний ракетно-космической техники и ядерного оружия. С другой стороны – нерациональное использование бассейна рек, питающих Аральское море.

К сожалению, последствия экологических бедствий в районах Приаралья не привлекли столь пристального внимания организаторов здравоохранения, психиатров и психологов. Последствия экологической катастрофы в Приаралье изучены еще недостаточно.

В документах Всемирной организации здравоохранения указывается, что длительное воздействие экологических факторов может представлять большую угрозу здоровью человека, чем бедствия, сопровождающиеся значительным одноразовым стрессовым воздействием. В условиях, создающих так называемый «экологический» стресс, приходится жить годами, причем человек практически лишен возможности защититься от воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды (М. Черноушек, 1989). Как отдельный индивидуум, так и сообщество, проживающие в условиях «экологического стресса» вынуждены «включать» механизмы длительной адаптации, что может приводить к истощению адаптационных функций вообще (Короленко Ц. П., 1978). Для определение наиболее значимых медико-психологических и социокультуральных факторов, влияющих на состояние психического здоровья населения Приаралья, для научного обоснования и разработки системного подхода к организации психолого-психиатрических лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий в районах с различной степенью воздействия экологогенных факторов было проведено настоящее исследование, для сравнительного изучения клинических особенностей психических и поведенческих расстройств у представителей изученных групп населения, а также на изучение возможных связей

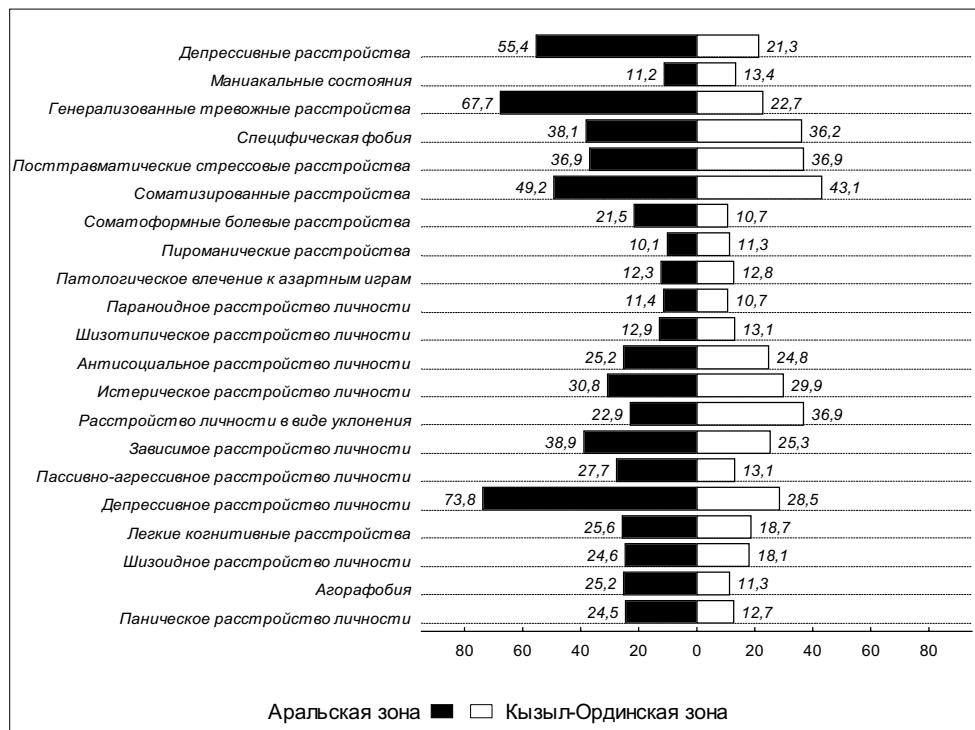
между ними и социально-демографическими, социо-культуральными и социально-психологическими особенностями обследованного контингента больных. С этой целью были углубленно обследованы социально-демографическим, клинико-психопатологическим и экспериментально-психологическим методами 252 жителя зоны экологического бедствия (Приаралье) и 252 жителя зоны повышенного экологического риска (г. Кызыл-Орда и прилежащие к нему территории).

При разработке инструмента исследования в качестве основы была выбрана «Базисная карта для клинико-эпидемиологических исследований», разработанная в ГНЦ социальной и судебной психиатрии имени В. П. Сербского. Сведения, представленные в «Базисной карте...», регистрировались врачом при опросе больных. Кроме того, карта исследования была дополнена опросником для изучения восприятия риска связанного с ситуациями, опасными для здоровья и жизни. В качестве источника диагностических критериев нами применялось «Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии» (Чуркин А. А., Мартюшов А. Н., 2000). Вместе с тем, в качестве основного методического подхода при оценке психического состояния пациентов мы придерживались традиционного клинического анализа анамнестических сведений и оценки психического статуса, не ограничиваясь лишь формализованными сведениями.

Статистическая обработка цифрового материала осуществлялась с помощью пакета прикладных программ «Statistica for Windows» (версия 5.5). В зависимости от поисковых целей и характера анализируемых признаков для проверки гипотез о различиях показателей (распределения, корреляции) использовались как качественные критерии (оценка различий абсолютных частот альтернативных наблюдений показателя в двух сопоставимых группах по критерию хи-квадрат Пирсона), так и количественные (оценка значимости различия количественных показателей в двух выборках по t-критерию Стьюдента, а также выявление корреляционных взаимосвязей между переменными).

Рисунок 1

*Распространенность основных синдромов психических расстройств в Аральской и в Кызылординской зоне (на 1000 населения, данные предварительного исследования)*



Из приведенных на рисунке 1 данных предварительного исследования видно, что в Аральской зоне наблюдалось явное преобладание аффективных (преимущественно в виде депрессии) расстройств. А именно, 73,8 случая на 1000 населения – депрессивные расстройства личности и 55,4 случая на 1000 населения – в рамках иных психических и поведенческих расстройств, а также генерализованных тревожных расстройств (67,7 случая на 1000 населения).

Причем, распространенность депрессивных расстройств личности в Аральской зоне превышала таковую в Кызылординской зоне почти в три раза, распространенность тревожных расстройств – более чем в 2,5 раза, и собственно депрессивных расстройств – более чем в два раза.

Необходимо выделить значительную распространенность соматизированных расстройств в обеих, наблюдавшихся нами, группах населения, 49,2. – в Аральской зоне и 43,1 – Кызылординской зоне.

Кроме того, было обнаружено, что в обеих зонах достаточно часто наблюдаются примерно в равных долях специфические фобии (38,1 – Аральская

зона и 36,2 – Кызылординская зона) и посттравматические стрессовые расстройства.

Примечательно, что данные, полученные в Аральской зоне по депрессивным расстройствам (как в расстройства личности, так и в рамках других психических расстройств) и генерализованной тревоге сопоставимы с результатами популяционного исследования Л. Н. Касимовой (2000), проведенного в Нижнем Новгороде. Иначе говоря, указанные расстройства у жителей преимущественно небольших населенных пунктов и сельской местности Приаралья были также распространены, как у жителей крупного города.

Что же касается соматизированных расстройств, то, как у жителей Аральской и Кызыл-Ординской зоны они, по нашим данным, были более распространены чем в Нижегородском регионе (по данным Л.Н. Касимовой – 18,0 на 1000 человек населения).

Сравнивая, в целом, распространенность психических и поведенческих расстройств различного клинического содержания, отметим, что в Аральской зоне они регистрировались примерно в полтора раза чаще (642,9 случая на 1000 человек населения), чем Кызылординской зоне (451,5 случая на 1000 человек населения).

*Литература:*

1. Жариков Н. М. Эпидемиологические исследования в психиатрии. – М.: Медицина, 1977
2. Касимова Л. Н. Психическое здоровье населения крупного промышленного центра (клинико-эпидемиологические и социокультуральные аспекты) // Автограферат дисс. докт. мед. наук. - М., 2000, 43 с.
3. Короленко Н. П. Психофизиология человека в экстремальных условиях. - Л.: Медицина, 1978, 161 с.

- 
- 
4. Черноушик М. *Распространенность пограничных психических расстройств в условиях хронического экологического стресса // Медико-социальные аспекты охраны психического здоровья.* - Томск, 1989. - С. 206-208
5. Чуркин А. А., Мартюшов А. Н. *Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии,* 2000

## ОСОБЕННОСТИ СТРЕССОВЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ ПРИ ТОКСИЧЕСКИХ КАТАСТРОФАХ

Ж. Ж. Бултачеев

г. Кызылорда

Стрессовое воздействия токсических катастроф на состояние психологической напряженности, как у отдельного индивидуума, так и у пострадавшего сообщества в целом вызывают несколько обстоятельств. *Во-первых, чувство неуверенности*, связанное с тем, что требуется довольно продолжительное время и значительные усилия для выяснения физико-химических свойств биологически поражающих факторов. Кроме того, иногда не представляется возможным точно установить возможное негативное влияние экопатогенных факторов, особенно на детей и даже на будущие поколения. Как отмечалось выше, до тех пор, пока население пребывает в безвестности о нанесении вреда среде обитания, чувство неуверенности никак не проявляется. И напротив, как только появляются первые сообщения и факты катастрофического изменения окружающей среды, реакция людей может быть весьма бурной, вплоть до панических проявлений у некоторых из них.

*Во-вторых, общество на пораженных территориях испытывает своеобразный «культурный пресс»,* иногда взаимоисключающих суждений о том, как приспособливаться ко вновь возникшей ситуации. Большой частью это касается вопросов, связанных с собственным здоровьем и здоровьем близких, что усиливает неуверенность. Информация о том, как себя вести в ситуации экологической катастрофы чаще всего строится на слухах, предрасудках, поскольку сведения из «официальных источников» порой крайне противоречивы, а зачастую – непонятны большей части пострадавшего населения. Безусловно, что с первыми двумя признаками связано *третье обстоятельство, которое обусловлено «осадой» средств массовой информации.* В данном случае, mass media не столько информируют население о характере повреждающих факторов, сколько создают почву для дискуссий, и создают общественное мнение. Деятельность большей части журналистов, отслеживающих ситуацию с экологически непрофессиональной точки зрения, излишне драматизируя события, в условиях токсической катастрофы создаёт картину апокалипсиса - «конца света». Таким образом, в населении утверждается

мнение не только о том, что произошла «ужасная катастрофа», но в будущем будет еще хуже (Mazur, 1981).

*В-четвертых, у жителей пострадавших регионов возникает проблема социального устройства (жилье и работа).* Чаще всего это обусловлено широкой дискуссией о необходимости эвакуации людей из зоны экологической катастрофы. Тем более, если катастрофические события со всей очевидностью изменяют социальную среду. Здесь нельзя не обратить на данную особенность Аральской катастрофы, поскольку социальная инфраструктура Приаралья создавалась с учетом народо-хозяйственного значения моря. В настоящее время, Арал практически утратил транспортное и хозяйственное значение. Это в свою очередь, естественно, сказалось на социальном положении жителей пострадавших районов и привело к отрицательным миграционным процессам.

И, наконец, *в-пятых, социальная отверженность вынужденных мигрантов*, обусловленная скорее предрассудками населения территорий, куда прибыли переселенцы. Причин тому, чаще всего, две: мнение постоянных жителей о том, что мигранты занимают рабочие места и тем самым лишают возможности трудоустройства постоянных жителей; мнение о том, что мигранты являются носителями какой-то таинственной и чрезвычайно опасной «зазы». Это достаточно ярко было описано исследователями практически всех токсических катастроф (Edelstein, Wandersman, 1987; Cuthbertson, Nigg, 1987; Bertazzi, 1989; Fowlkes, Miller, 1992;).

Кроме перечисленных выше особенностей стрессового воздействия токсических катастроф в настоящее время выделены ключевые признаки, определяющие принципиальные отличия таковых от стресса, который обуславливают стихийные бедствия с «острым» началом (Logue, 1981; Couch, Kroll-Smith, 1985; Cuthbertson, Nigg, 1987; Hodgkinson, 1989; Baum, Flemming, 1993; Green et al., 1994). Как было уже не раз подчеркнуто, стихийные бедствия происходят внезапно, несмотря на современную систему слежения за метеорологической и сейсмической ситуацией. К тому же *стихийное бедствие имеет*

*ник своей активности*, за которым следует довольно быстрое изменение улучшение ситуации.

Токсические катастрофы, также могут носить внезапный характер. Но нередко эти события происходят за счет накопления в окружающей среде комплекса поражающих факторов или изменения свойств окружающей среды, делая ее малопригодной для жизни. Фактор накопления вредностей приводит к тому, что бывает *весьма затруднительно сказать, когда катастрофические явления достигнут максимального значения, после которого следует ожидать улучшения. Или вообще, можно ли ожидать это улучшение.*

Еще одной отличительной чертой стихийного бедствия является *наличие очевидного ущерба для социальной и материальной инфраструктуры*. И даже при значительном ущербе, разрушительное действие стихии вполне очерчено, и можно достаточно точно оценить потери. В случае токсических катастроф также можно наблюдать видимый ущерб. Однако для пострадавших *оценить его масштабы затруднительно или вообще не представляется возможным*. Ураганы, землетрясения, наводнения, хотя и могут охватывать значительную часть населения, но вместе с тем, можно говорить, что численность пострадавших ограничена. При токсических поражениях количество пострадавших не только не ограничено, но со временем может иметь тенденцию к увеличению по мере выявления новых пораженных территорий. Кроме того, число лиц, страдающих от токсических катастроф, увеличивается за счет недоверия населения к информации о границах поражения.

Как отмечалось выше, к настоящему времени существуют *системы прогноза и заблаговременного оповещения о стихийных бедствиях*. И напротив, *токсические катастрофы плохо прогнозируются*, поскольку чаще являются результатом пренебрежения к мерам их недопущения. То есть, *данный вид катастроф можно определить как потерю контроля над системой* (технологической, экологической). *Стихия же – явление, которое вообще лежит вне возможности контроля со стороны человека.*

Один из главнейших отличительных психологических признаков воздействия стихийных бедствий на социум – это формирование, так называемого, *«терапевтического сообщества»*. При ударах стихии, особенно с большим числом жертв и материальным ущербом, можно наблюдать высокий уровень сплоченности пострадавшей популяции, согласие и низкий уровень конфликтности людей. В результате токсической катастрофы *«терапевтическое сообщество»* или быстро разрушается, или не формируется вовсе из-за отсутствия ясного представления о степени поражения, необходимых мерах ликвидации последствий, а также о риске наступления негативных последствий в будущем. Следствием этого является высокий уровень конфликтности среди пострадавшего населения.

Образно резюмируя приведенные сравнительные характеристики, можно сказать, что в условиях стихийного бедствия люди *в страхе ждут «ужасный конец»* и потом счастливы, если этого не произошло. В условиях токсической катастрофы *пострадавшее население испытывает «ужас без конца»*. Именно это обстоятельство приводит, по мнению Gibbs (1989), к возникновению *среди жертв токсических катастроф ощущение потери смысла жизни*.

В реализации перечисленных отличительных признаков токсических катастроф важную (если не главную) роль играют различные источники информации, из которых люди, проживающие на пораженных территориях, формируют собственное мнение о характере и степени выраженности угроз и рисков. Однако трудно бывает определить, насколько воздействуют на индивидуальное или общественное сознание официальные источники, и насколько воздействуют сведения, почерпнутые из слухов и домыслов. Нередко их причудливая комбинация создает плохо прогнозируемые формы реагирования пострадавшего населения (Lee, 1986; Slovic, 1987; Kasperson, 1988; Rumyantseva, 1992; Green, 1994). Многие из таких форм психологического реагирования имеют не только медицинское значение, но могут нести в себе мощный общественно-политический заряд. Giel (1992), анализируя подобную реакцию после аварии на Чернобыльской АЭС, определил это как *«сигнальный потенциал»* катастрофического события. При чём величина этого потенциала, часто и во многом, зависит от соотношения количества и качества сведений из профессиональных и дилетантских источников. В том числе потому, что последние бывают, чаще всего, *в высшей степени «эмоционально заряженны»* и предсказывают дальнейшее ухудшение ситуации (Lee, 1986; Slovic, 1987).

Таким образом, можно заключить, что токсические катастрофы по стрессовому воздействию на население имеют вполне специфические признаки. Они могут неоднозначно определять абсолютное и относительное число медико-психологических исходов в отличии от стихийных бедствий таких, как посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). В первом случае более вероятны не ПТСР, а иные формы психической дезадаптации (J. Havenaar, 1996).

Однако следует отметить, что из-за уникальности каждой из катастроф, отнесенных к *«токсическому»* типу, уточнение их родовых признаков ещё нуждается в дальнейшем практическом изучении. В особенности это касается уточнений о специфичности (взаимосвязи) увеличения числа ряда таких психопатологических состояний, как депрессия и тревога и т.п., а также их длительности. До сих пор анализ медицинских последствий не дает возможности судить об этом с полной определенностью (Baum et al., 1987; Dew, 1987; Rubonis, Bickman 1991; Bromet, Dew, 1995). К тому же, в известной степени, исследователи могут сталкиваться с патоморфозом, который

будет связан с воздействием вредностей органического характера, не выявляющих, однако, явных и типичных признаков органического поражения ЦНС (Smith et al., 1986; Solomon, Canino, 1990). Или же напротив, психопатология может скрываться за соматическими «масками». Ряд исследований

свидетельствует о том, что пострадавшие при осмотре предъявляют большое количество жалоб на физическое здоровье, в то время как говорить о явных признаках психосоматической патологии не представляется возможным из-за отсутствия объективных подтверждений.

*Литература:*

1. Havenaar J. M., Poelijoe N. W., Kaasjager K. et al. Report on a population survey in the Gomel Region, Belarus (technical report). - Bilthoven: RIVM, 1993
2. Mazur A. The dynamics of technical controversies. – Washington, 1981
3. Slovic P. Perception of Risk // Science, № 236, 1987. - P. 280-285

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО БЕДСТВИЯ В ПРИАРАЛЬЕ

Ж. Ж. Бултacheев, С. Ж. Бултacheева

г. Кызылорда

Данные, полученные в результате проведенного клинико-эпидемиологического исследования, указывают на чрезвычайно неблагополучную ситуацию с распространенностью психических расстройств среди населения, проживающего в Аральской зоне экологической катастрофы и в Кызылординской зоне экологического риска. Установлено, что 64,6% населения, проживающего в зоне экологической катастрофы, 45,5% населения, проживающего в зоне экологического риска, имеет клинически очерченные синдромы предпсихических расстройств. Структура психической патологии,

выявляемой среди лиц, проживающих в зоне экологической катастрофы, никогда ранее не обращавшихся за помощью к психиатрам и психотерапевтам, имеет свои, обусловленные специфическими факторами, особенности, в том числе гендерные.

По 21 из 30 анализируемых синдромов показатели распространенности оказались статистически достоверными, поэтому в данном сообщении мы приводим данные только по ним. В таблице 1 представлены сравнительные данные о частоте психопатологических расстройств среди населения исследуемых зон.

Таблица 1

*Распространенность основных синдромов психических расстройств  
(на 1000 населения, проживающего в Аральской зоне экологической катастрофы  
и в Кызылординской зоне экологического риска)*

| Синдромы                                   | Аральская зона | Кызылординская зона |
|--|----------------|---------------------|
| Депрессивные расстройства                  | 55,4           | 24,62               |
| Маниакальные состояния                     | 12,3           | 12,31               |
| Генерализованные тревожные расстройства    | 67,7           | 24,62               |
| Специфическая фобия                        | 36,9           | 36,92               |
| Посттравматические стрессовые расстройства | 36,9           | 36,92               |
| Соматизированные расстройства              | 49,2           | 43,08               |
| Соматоформные болевые расстройства         | 24,6           | 12,31               |
| Пироманические расстройства                | 12,3           | 12,31               |
| Патологическое влечение к азартным играм   | 12,3           | 12,31               |
| Параноидное расстройство личности          | 12,3           | 12,31               |

| <b>Синдромы</b>                            | <b>Аральская зона</b> | <b>Кызылординская зона</b> |
|--|-----------------------|----------------------------|
| Шизотипическое расстройство личности       | 12,3                  | 12,31                      |
| Антисоциальное расстройство личности       | 24,6                  | 24,62                      |
| Истерическое расстройство личности         | 30,8                  | 30,77                      |
| Расстройство личности в виде уклонения     | 24,6                  | 36,92                      |
| Зависимое расстройство личности            | 36,9                  | 24,62                      |
| Пассивно-агрессивное расстройство личности | 24,6                  | 12,31                      |
| Депрессивное расстройство личности         | 73,8                  | 24,62                      |
| Легкие когнитивные расстройства            | 24,6                  | 18,46                      |
| Шизоидное расстройство личности            | 24,6                  | 18,46                      |
| Агорафобия                                 | 24,6                  | 12,31                      |
| Паническое расстройство личности           | 24,6                  | 12,31                      |
| Всего                                      | 646,2                 | 455,38                     |

Эти показатели подтверждают положенную в основу данного исследования гипотезу о неблагоприятном влиянии экологических факторов на психическое здоровье.

Как видно из приведенной таблицы 1, в Аральской зоне показатель распространенности психопатологических синдромов в 1,4 раза выше, чем в контрольной группе – среди жителей Кызылординской зоны. Статистически достоверные различия выявлены и при сравнительном анализе частоты встречаемости

отдельных синдромов психических расстройств. Достоверно чаще, в частности, среди жителей зоны экологической катастрофы выявлялись синдромы депрессивных расстройств – в 2,25 раза, генерализованные тревожные расстройства – в 2,75 раза, соматоформные болевые расстройства – в 2 раза, зависимое расстройство личности – в 1,5 раза, пассивно-агрессивное расстройство личности – в 2 раза, депрессивное расстройство личности – в 3 раза, агорафобия – в 2 раза, паническое расстройство личности – в 2 раза.

Таблица 2

*Структура основных синдромов психических расстройств, выявленных у населения, проживающего в Аральской зоне экологической катастрофы и в Кызылординской зоне экологического риска (в %)*

| <b>Синдромы</b>                            | <b>Аральская зона</b> | <b>Кызылординская зона</b> |
|--|-----------------------|----------------------------|
| Депрессивные расстройства                  | 8,90                  | 5,41                       |
| Маниакальные состояния                     | 1,90                  | 2,70                       |
| Генерализованные тревожные расстройства    | 10,80                 | 5,41                       |
| Специфическая фобия                        | 5,90                  | 8,11                       |
| Посттравматические стрессовые расстройства | 5,90                  | 8,11                       |
| Соматизированные расстройства              | 7,90                  | 9,46                       |
| Соматоформные болевые расстройства         | 3,90                  | 2,70                       |
| Пироманические расстройства                | 1,90                  | 2,70                       |
| Патологическое влечение к азартным играм   | 1,90                  | 2,70                       |
| Параноидное расстройство личности          | 1,90                  | 2,70                       |
| Шизотипическое расстройство личности       | 1,90                  | 2,70                       |
| Антисоциальное расстройство личности       | 3,90                  | 5,41                       |

| <b>Синдромы</b>                            | <b>Аральская зона</b> | <b>Кызылординская зона</b> |
|--|-----------------------|----------------------------|
| Истерическое расстройство личности         | 4,90                  | 6,76                       |
| Расстройство личности в виде уклонения     | 3,90                  | 8,11                       |
| Зависимое расстройство личности            | 5,90                  | 5,41                       |
| Пассивно-агрессивное расстройство личности | 3,90                  | 2,70                       |
| Депрессивное расстройство личности         | 11,80                 | 5,41                       |
| Легкие когнитивные расстройства            | 3,90                  | 4,05                       |
| Шизоидное расстройство личности            | 3,90                  | 4,05                       |
| Агорафобия                                 | 3,90                  | 2,70                       |
| Паническое расстройство личности           | 3,90                  | 2,70                       |
| <b>Всего</b>                               | <b>100,00</b>         | <b>100,00</b>              |

Полученные данные о структуре психической патологии (таблица 2) свидетельствуют о значимости неблагоприятных экологических факторов для возникновения, в первую очередь, синдромов тревожно-депрессивного спектра. Можно предположить, что большая частота депрессивных синдромов выявленных у населения, проживающего в Аральской зоне экологической катастрофы, связана не только с социально-психологическими факторами, но и с частыми песчаными бурями, при которых образуются СВЧ- поля, а они, как известно, приводят к депрессивным реакциям. Для Кызылординской зоны экологического риска, менее неблагоприятной экологически, но более урбанизированной, характерно преобладание синдромов расстройств личности с адаптационно-компенсаторным механизмом возникновения.

Таким образом, полученные нами данные свидетельствует о том, что проживание в зоне экологического бедствия служит фактором риска в развитии тех или иных психопатологических синдромов у населения. Структура психической патологии, выявляемой среди лиц, проживающих в зоне экологической катастрофы, никогда ранее не обращавшихся за

помощью к психиатрам и психотерапевтам, имеет свои, обусловленные специфическими факторами, особенности, в том числе гендерные. Вместе с тем, до настоящего времени отсутствуют препараты, зарегистрированные в РК, не имеющие побочных действий в виде вялости, легкой сонливости и т.д., позволяющие лечение пациентов без отрыва от работы, и лечение с возможностью выписывать врачами общесоматического профиля рецепты на простых бланках. К препаратам с мягким стимулирующим и ноотропным действием относятся выпускаемые за рубежом препараты: Аналукс, Меклофеноксат, Центрофеноксин, Церутил (Analux, Centrophenoxine, Cerutil, Claretil, Clofenoxyne, Lucidril, Meclofenoxat hydrochloridum, Meclofenoxate hydrochloride, Meclon, Mexazine, Nisantol, Proseryl, Ropoxyl). А также препараты, мягкие тимолептическое действие которых сочетается с седативной активностью: Азаксазин, Ди-зафен (Azaxazin, Dizaphenum, Pipofezinum) которые необходимы для лечения и профилактики психических расстройств, возникающих из-за экологических бедствий и катастроф, среди населения, которое не обращается за психиатрической помощью и не имеет возможности её получать.

#### *Литература:*

1. Александровский Ю. А. *К вопросу о дифференциальной диагностике начальных проявлений невротических расстройств // Пограничные психические расстройства (социальный и клинический аспекты).* - М., 1988. - С. 6-15
2. Александровский Ю. А., Петраков Б. Д. *Клинико-эпидемиологический анализ распространенности пограничных психических расстройств: тенденции и закономерности // 8 всесоюзных съездов невропатологов и психиатров.* - М., 1988. - Т. 3. - С. 178-180
3. Бултачев. Ж. Ж. *Особенности пограничных психических расстройств у детей и подростков Приаралья клинико-эпидемиологический и организационный аспекты / Автореф. дисс. канд. - М., 1994*
4. Вышковский Г. Л. *Регистр лекарственных средств России.* - М., 2003
5. Жариков Н. М. *Эпидемиологические исследования в психиатрии.* - М, 1977

---

## КОМПЛЕКСНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОДГРУППЫ С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ И ПОВЕДЕНИЯ ПО МАТЕРИАЛАМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 2003 ГОДА

Б. Б. Джарбусынова, А. Л. Катков

Несмотря на широкую распространенность расстройств личности среди популяции, диагностика их достаточно затруднительна. (Shepherd M., Sartorius N., 1974; Lewis A., 1974; Klein M., 1985; Widiger T. A., Frances A., 1985). Из-за самой природы расстройств личности (например, хроническое течение, начало в детстве или юношестве, неизвестность точного времени возникновения) теоретически очень трудно оценить их частоту.

Всё вышесказанное подчеркивает актуальность эпидемиологических исследований с выявлением истинного уровня распространенности расстройств личности и поведения.

В ходе комплексного исследования состояния и уровней психического здоровья населения Республики Казахстан, реализованного в 2003-2005 г.г. нами было изучено распространение расстройств личности и поведения среди населения РК с возрастом 12-55 лет. При этом исследовалась выборка респондентов в г.г. Алматы, Кзылорде и Павлодаре численностью 2216 респондентов. По материалам исследования была сформирована подгруппа с расстройствами личности и поведения численностью 25 респондентов, основные характеристики которой приводятся ниже (таблица 1).

Таблица 1

*Социально-демографические характеристики подгруппы с расстройствами личности и поведения (n=25)*

| <i>Общая группа</i>   |            |          |                            |
|-----------------------|------------|----------|----------------------------|
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Мужчины               | 16         | 64%      | +/-18,8%                   |
| Женщины               | 9          | 36%      | +/-18,8%                   |
| <i>Возраст</i>        |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| 12-16                 | 0          | 0%       | 0<>14%                     |
| 17-21                 | 5          | 20%      | 5,5<>41%                   |
| 22-26                 | 2          | 8%       | 1,2<>26,4%                 |
| 27-35                 | 7          | 28%      | +/-17,6%                   |
| 36-47                 | 6          | 24%      | +/-16,7%                   |
| 47-55                 | 2          | 8%       | 0,6<>20,2%                 |
| <i>Национальность</i> |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Казахская             | 11         | 45,8%    | +/-16,2%                   |
| Украинская            | 1          | 4,2%     | 0,6<>21,1%                 |
| Русская               | 10         | 41,7%    | +/-13,3%                   |
| Корейская             | 0          | 0%       | 0<>14,6%                   |
| Татарская             | 1          | 4,2%     | 0,6<>21,1%                 |
| Немецкая              | 0          | 0%       | 0<>14,6%                   |
| Узбекская             | 0          | 0%       | 0<>14,6%                   |
| Другие национальности | 0          | 0%       | 0<>14,6%                   |

| <i>Образование</i>                         |            |          |                            |
|--|------------|----------|----------------------------|
| <b>Наименование</b>                        | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Неграмотный<br>(вспомогательная школа)     | 0          | 0%       | 0<>14,6%                   |
| Начальное (неполное<br>среднее)            | 3          | 12,5%    | 2,4<>33%                   |
| Среднее (среднее<br>специальное)           | 14         | 58,3%    | +/-19,7%                   |
| Высшее                                     | 7          | 29,2%    | +/-18,2%                   |
| Без образования                            | 0          | 0%       | 0<>14,6%                   |
| Не обучаем /<br>не применимо               | 0          | 0%       | 0<>14,6%                   |
| Неполное высшее                            | 0          | 0%       | 0<>14,6%                   |
| <i>Сфера профессиональной деятельности</i> |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>                        | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Промышленность                             | 3          | 13,6%    | 2,7<>35,5%                 |
| Сельское хозяйство                         | 2          | 9,1%     | 1,1<>30,2%                 |
| Бизнес, финансы                            | 1          | 4,5%     | 0,5<>23%                   |
| Образование                                | 2          | 9,1%     | 1,1<>30,2%                 |
| Наука и высшая школа                       | 2          | 9,1%     | 1,1<>30,2%                 |
| Культура                                   | 0          | 0%       | 0<>15,8%                   |
| Здравоохранение                            | 4          | 18,2%    | 4,5<>40,3%                 |
| Транспорт                                  | 0          | 0%       | 0<>15,8%                   |
| Торговля, бытовое<br>обслуживание          | 1          | 4,5%     | 0,5<>23%                   |
| Не работает, не учится                     | 6          | 27,3%    | +/-18,6%                   |
| Учащийся школы (ПТУ)                       | 1          | 4,5%     | 0,5<>23%                   |
| Учащийся ВУЗа                              | 0          | 0%       | 0<>15,8%                   |
| Служба в армии                             | 0          | 0%       | 0<>15,8%                   |
| СМИ  | 0          | 0%       | 0<>15,8%                   |
| Социальная служба                          | 0          | 0%       | 0<>15,8%                   |
| Силовые, надзорные,<br>юридические         | 0          | 0%       | 0<>15,8%                   |
| Фонды, партии, движения                    | 0          | 0%       | 0<>15,8%                   |
| Госслужба                                  | 0          | 0%       | 0<>15,8%                   |
| Иная                                       | 0          | 0%       | 0<>15,8%                   |
| <i>Семейное положение</i>                  |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>                        | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Женат (замужем)                            | 7          | 29,2%    | +/-18,2%                   |
| Холост (не замужем)                        | 9          | 37,5%    | +/-19,4%                   |
| Разведен(а)                                | 3          | 12,5%    | 2,4<>33%                   |
| Вдов(а)                                    | 2          | 8,3%     | 1,2<>27,6%                 |
| Незарегистрированный<br>брак               | 1          | 4,2%     | 0,6<>21,1%                 |
| Женат (замужем), но живут<br>отдельно      | 2          | 8,3%     | 1,2<>27,6%                 |
| Разведен(а), но живут<br>вместе            | 0          | 0%       | 0<>14,6%                   |
| (для детей) живет в полной<br>семье        | 0          | 0%       | 0<>14,6%                   |
| (для детей) родители<br>разведены          | 0          | 0%       | 0<>14,6%                   |
| (для детей) сирота                         | 0          | 0%       | 0<>14,6%                   |

| Неприменимо   | 0   | 0%    | 0<>14,6%            |
|---|-----|-------|---------------------|
| Живет с неродным отцом (матерью)  | 0   | 0%    | 0<>14,6%            |
| Живу одна (один) нет близких родственников                                    | 0   | 0%    | 0<>14,6%            |
| Холост (не замужем), один   | 0   | 0%    | 0<>14,6%            |
| <i>Материальная обеспеченность</i>  |     |       |                     |
| Наименование  | абс | %     | Довер. интервал ср. |
| Недостаточно  | 6   | 27,3% | +/-18,6%            |
| Скорее недостаточно   | 4   | 18,2% | 4,5<>40,3%          |
| Скорее достаточно   | 6   | 27,3% | +/-18,6%            |
| Достаточно  | 5   | 22,7% | 6,9<>44,9%          |
| Затрудняюсь с ответом   | 1   | 4,5%  | 0,5<>23%            |
| <i>Оценка динамики уровня материальной обеспеченности за последние 3 года</i> |     |       |                     |
| Наименование  | абс | %     | Довер. интервал ср. |
| Понизился   | 2   | 9,1%  | 1,1<>30,2%          |
| Скорее понизился  | 6   | 27,3% | +/-18,6%            |
| Скорее повысился  | 3   | 13,6% | 2,7<>35,5%          |
| Повысился   | 5   | 22,7% | 6,9<>44,9%          |
| Остался таким же  | 5   | 22,7% | 6,9<>44,9%          |
| Затрудняюсь ответить  | 1   | 4,5%  | 0,5<>23%            |

Основные, не перекрываемые значениями соответствующих доверительных интервалов, различия в социально-демографических характеристиках исследуемой и сравниваемых клинических подгрупп, идентифицируемых в ходе проведения других фрагментов эпидемиологического исследования были отмечены единичными позициями вследствие малочисленности рассматриваемой клинической подгруппы.

В отношении подгруппы с органическими психическими расстройствами достоверные различия были обнаружены лишь по одному признаку – уровню материальной обеспеченности за последние 3 года. Повышение уровня отметили 22,7% респондентов исследуемой подгруппы и 0% в сравниаемой ( $p<0,01$ ).

В отношении подгруппы с эндогенными расстройствами – достоверных отличий по социально-демографическому профилю, ввиду малочисленности сравниваемых подгрупп, выявлено не было.

В отношении подгруппы с аффективными расстройствами отличия выявились по семейному статусу. В исследуемой подгруппе – 90% респондентов неженатых (незамужних), а в сравниаемой – 45,5%, при  $p<0,05$ . Далее, достоверные отличия прослеживались по параметру уровня материальной обеспеченности. Понижение уровня отмечали 9,1% респондентов анализируемой и 34,9% респондентов сравниаемой группы.

В отношении подгруппы с невротическими, включая расстройства, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства, достоверные отличия

прослеживались по гендерному признаку – относительно больше мужчин было в исследуемой подгруппе (62,5% против 32,7% в сравниаемой, при  $p<0,05$ ). Соответственно, больше женщин (67,3%) было в сравниаемой подгруппе, против 37,5% – в исследуемой, при  $p<0,05$ .

В отношении подгруппы с прочими психическими и поведенческими расстройствами достоверные различия были установлены по параметру материальной обеспеченности. Достаточный уровень отмечают 22,3% респондентов в исследуемой подгруппе и 5,4% – в сравниаемой ( $p<0,05$ ).

Полученные результаты могут свидетельствовать лишь об относительно более высоком уровне социальной адаптации респондентов с расстройствами личности и поведения в сравнение с подгруппой органических психических расстройств.

*Основные клинико-психопатологические характеристики подгруппы с расстройствами личности и поведения*

Клинико-психопатологические критерии отнесения каких-либо выявляемых психических и поведенческих расстройств к определенной диагностической рубрике приводятся здесь в соответствие с МКБ-10. При этом в обязательном порядке учитывались такие общие для данного диагностического кластера признаки, как достаточно выраженная дисгармония личности с вовлечением нескольких сфер психической деятельности (тотальность); хронический характер личностной аномалии (стабильность); прослеживание первых признаков формирования

расстройства личности в детстве с их развитием в подростковом возрасте и зрелые годы; чувствительный личностный дистресс в связи с имеющимися адаптационными проблемами; сниженная вследствие этого профессиональная и социальная продуктивность.

В соответствии с условиями проведения клинического обследования диагноз специфических расстройств личности и поведения официально не выставлялся. Информация о лицах, проходивших экспериментальное клиническое обследование, в учреждения здравоохранения не направлялась. Респонденты данной клинической подгруппы при необходимости (вопросы дифференциальной диагностики) проходили патопсихологическое и инструментальное исследование. Далее, они получали необходимую консультативную помощь и рекомендации терапевтического плана.

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F60.6 (1-3) (Тревожное (уклоняющееся, избегающее) расстройство личности), отмечались у 5 респондентов данной подгруппы. При этом, наряду с уже перечисленными общедиагностическими критериями, имели место: постоянное общее чувство напряжения и «плохого» предчувствия; постоянные представления и мысли о своей социальной неприспособленности, личной не-привлекательности; повышенная озабоченность реальной и возможной критикой в свой адрес, сочетающаяся с неприятием многих, достаточно обыденных социальных ситуаций; неумение и нежелание вступать в контакты с новыми людьми без гарантии нравится; ограничение жизненной активности во благо физической безопасности; склонение от социальной и профессиональной деятельности, связанной с интенсивными межличностными контактами из-за страха критики, неодобрения, отвержения. Все вышеперечисленные признаки в большей или меньшей степени были отмечены у респондентов рассматриваемой нозологической группы. Соответствующие признаки объективно фиксировались по шкалам: психопатия, тревога, депрессия при патопсихологическом обследовании.

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F61.0 (1-3) (Смешанное расстройство личности), отмечалось у 5 респондентов. При этом имело место сочетание нескольких типов расстройств личности (тормозимого круга) с отсутствием возможности определения доминирующих личностных аномалий.

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F60.7 (1-3) (Расстройство типа зависимой личности), отмечалось у 4-х респондентов. Наряду с общепринятыми для данного класса общедиагностическими критериями здесь отмечались: постоянное стремление переложить на других ответственность за важные решения; подчинение своих собственных потребностей потребностям других людей; нежелание предъявлять какие-либо требования людям, от которых зависит что-либо

в жизни респондента; неспособность переносить одиночество из-за чувства неудобства и беспомощности, неспособность к самостоятельной жизни; постоянный страх быть покинутым; чувство дискомфорта и ограничение способности в принятии повседневных решений. Респонденты данной подгруппы обращались в клиническую группу эксперимента в основном с запросом «помочь им сделаться самостоятельными».

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F63.03 (Патологические влечения к азартным играм), были отмечено у 4-х респондентов. В данном случае отмечалось достаточно быстрое (в течение от нескольких месяцев до года) развитие следующих признаков: стойкого (попой непреодолимого) влечения к каким-либо азартным играм (карты, рулетка, игровые автоматы и т.д.); отсутствие возможности какой-либо корректировки патологического поведения, несмотря на очевидные вредные социальные последствия – долги, конфликты в семье, на работе, ухудшение физического и психического самочувствия вследствие нарушений режима сна, питания; полная охваченность респондента данным видом деятельности «вся жизнь – там»; усиление влечения и еще более глубокое погружение в игровую деятельность после каких-либо стрессовых ситуаций или насилиственных попыток «отвадить» от игры. Троє из четырёх респондентов в клиническую группу эксперимента были приведены их родственниками, обеспокоенными «ненормальным» увлечением игрой, которые слышали, что «от этого можно вылечить».

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F62.0 (1-3) (Стойкие изменения личности после пережитого стресса), были отмечены у 2-х респондентов рассматриваемой клинической подгруппы. В данном случае особое внимание обращалось на: сведения о пережитом стрессе (утраты близкого человека в совместно пережитой автомобильной катастрофе в одном случае, и эпизод с ограблением и изнасилованием - в другом); последующее формирование и фиксация патологических реакций, которые можно квалифицировать как посттравматическое стрессовое расстройство; наличие имеющихся психопатологических проявлений в одном случае 2,5 года, в другом – неполных 4 года. А также на такие обязательные диагностические критерии как: чувство враждебности и недоверия к миру; социальная отгороженность; постоянное ощущение опустошенности и безнадежности; хроническое ощущение угрозы извне; «надрывное» существование; отчужденность. И в том и другом случае респонденты понимали «ненормальность» данного состояния. Обращение в клиническую группу эксперимента было очередной попыткой что-либо изменить.

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F60.53 (Аранкастное расстройство личности), были отмечены у 2-х респондентов.

Наряду с общепринятыми для класса расстройств личности диагностическими критериями, в психическом статусе и анамнезе фиксировались следующие обязательные для данного вида расстройств признаки: чрезмерная склонность к сомнениям и осторожности; озабоченность правилами, порядками, разнообразными «обязательными» деталями и т.д.; постоянное стремление всё делать лучше, чем это требуют обстоятельства, и, в силу этого, оставлять многие, действительно важные дела без внимания; подчеркнутая и чрезмерная добросовестность, скрупулезность в ущерб удовольствию; педантичность и приверженность социальным условиям; ригидность и упрямство; повышенные требования в этом же духе к окружающим; периодическое появление «нелегальных» нежелательных мыслей и влечений, и борьба с ними. В клиническую группу проекта оба респондента с вышеописанными проявлениями обратились самостоятельно, желая « конструктивных» изменений в собственном характере.

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F60.11 (Шизоидное расстройство личности), отмечались у 1-го респондента. Помимо общих диагностических признаков, в данном случае в анамнезе и психическом статусе, при соответствующем клиническом исследовании, были зафиксированы следующие признаки: почти полное отсутствие чувства удовольствия от каких-либо жизненных проявлений; эмоциональная холодность и отчуждение; «почти полное отсутствие эмпатии, участия к другим»; недостаточная реакция на похвалу и критику; незначительный интерес к сексуальным контактам; погружённость в себя и свой внутренний мир; уединение (отсутствие близких друзей и доверительных связей); недостаточная реакция на социальную ситуацию и нормы. В то же время у единственного респондента, отнесённого к данной диагностической рубрике, отмечалась достаточно высокая работоспособность в сфере разработки компьютерных технологий (основной род деятельности). Поводом для обращения в клиническую группу проекта явилось «взрастная необходимость обзаводится собственной семьей» и трудности в соответствующих контактах.

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F60.03 (Параноидное развитие личности), были отмечены у 1-го респондента. В данном случае было отмечено многолетнее развитие таких черт, как: чрезмерная чувствительность к неудачам и отказам; постоянное недовольство, подозрительность и общая тенденция к искажению фактов; переоценка значения и агрессивная позиция по вопросам, связанным с правами личности, тенденция к отнесению на свой счет всех событий и поступков окружающих, которые респондент склонен толковать особым образом. Вместе с тем, было отмечено и присутствие элементов осознания того, что «такого рода характер затрудняет взаимодействие с людьми и доставляет массу неприятностей».

По поводу чего респондент и обратился в клиническую группу проекта.

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F66.03 (Расстройство психосексуального развития) были отмечены у 1 респондента – подростка, который обратился в клиническую группу проекта в связи с более, чем 1,5 летними и достаточно тягостными переживаниями по поводу сексуальной идентификации (гомосексуал - гетеросексуал). В отсутствие других психопатологических проявлений мы сочли возможным квалификацию данного вида расстройств по рубрикции F66.03.

Полученные результаты свидетельствуют, во-первых, о том, что не охваченными активностью официально-действующих служб психического здоровья являются, в основном, лица с расстройствами личности тормозного круга. Кроме того, нельзя не учитывать то обстоятельство, что индивиды с повышенной агрессией и возбудимыми чертами вообще не склонны признавать у себя наличие каких-либо характерологических проблем, занимая внешнеобвиняющую позицию. Обращает на себя внимание существенное представительство в данной клинической подгруппе лиц с расстройствами по типу зависимой личности и с патологическим влечением к азартным играм. И те и другие по своим характеристикам входят в группу риска по профилю вовлечения в зависимость от психоактивных веществ. Очевидно, что лица с расстройствами личности тормозного круга легче идут на контакт при условиях полной конфиденциальности.

#### *Социально-психологические характеристики подгруппы с расстройствами личности и поведения*

Основные социально-психологические характеристики рассматриваемой клинической подгруппы приведены в таблице 2.

Анализ достоверных различий, не перекрывающихся значениями доверительного интервала, с другими клиническими подгруппами по социально-психологическому профилю показал следующее.

В отношении подгруппы с органическими психическими расстройствами в исследуемой группе было существенно меньше тех, кто не определился с локусом контроля по отношению к жизненным успехам и неудачам – 21,7% против 49,2% в сравниваемой группе,  $p<0,05$ . Преимущественно внутренний локус контроля в оценке способов повышения личного здоровья отмечен в отношении респондентов рассматриваемой группы – зависимость от усилий врачей здесь отметили 13%, а от собственных усилий – 47,8%, в то время как в сравниваемой подгруппе – 37,1; ( $p<0,05$ ) и 22,6% ( $p<0,05$ ), соответственно. Далее различия прослеживаются в мотивах по достижению личного здоровья. В рассматриваемой группе основными мотивами были стремление к комфорту (59,1%) и повышение работоспособности с возможностью больше зарабатывать (54,5%). Данные мотивы отмечали у себя 24,1% ( $p<0,01$ ) и

Таблица 2

*Социально-психологические характеристики подгруппы с расстройствами личности и поведения (n=25) по материалам эпидемиологического исследования 2003 года (общая выборка 2216 респондентов)*

| <i>Вероисповедание</i>                     |            |          |                            |
|--|------------|----------|----------------------------|
| <b>Наименование</b>                        | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Ислам                                      | 15         | 65,2%    | +/-19,5%                   |
| Православное                               | 4          | 17,4%    | 4,3<>39%                   |
| Католицизм                                 | 0          | 0%       | 0<>15,2%                   |
| Буддизм                                    | 0          | 0%       | 0<>15,2%                   |
| Традиционные (языческие) культуры          | 0          | 0%       | 0<>15,2%                   |
| Секты                                      | 0          | 0%       | 0<>15,2%                   |
| Прочее                                     | 0          | 0%       | 0<>15,2%                   |
| Не верующий                                | 4          | 17,4%    | 4,3<>39%                   |
| Лютеране                                   | 0          | 0%       | 0<>15,2%                   |
| Баптизм                                    | 0          | 0%       | 0<>15,2%                   |
| Англиканство                               | 0          | 0%       | 0<>15,2%                   |
| <i>Взаимоотношения в собственной семье</i> |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>                        | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Доброжелательные, ровные                   | 13         | 56,5%    | +/-20,3%                   |
| Формальные                                 | 1          | 4,3%     | 0,6<>22%                   |
| Конфликтные со всеми членами семьи         | 1          | 4,3%     | 0,6<>22%                   |
| Конфликтные с супругом (супругой)          | 2          | 8,7%     | 1,1<>28,9%                 |
| Конфликтные с матерью                      | 2          | 8,7%     | 1,1<>28,9%                 |
| Конфликтные с отцом                        | 1          | 4,3%     | 0,6<>22%                   |
| Конфликтные с братом (сестрой)             | 1          | 4,3%     | 0,6<>22%                   |
| Конфликтные с детьми                       | 0          | 0%       | 0<>15,2%                   |
| Нет собственной семьи                      | 3          | 13%      | 2,5<>34,2%                 |
| <i>Приоритетные ценности</i>               |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>                        | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Семья и брак                               | 17         | 77,3%    | 53,4<>92,2%                |
| Образование и профессия                    | 14         | 63,6%    | +/-20,1%                   |
| Материальное благополучие                  | 14         | 63,6%    | +/-20,1%                   |
| Общественное признание                     | 1          | 4,5%     | 0,5<>23%                   |
| <i>Предпочитаемые методы лечения</i>       |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>                        | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Официальная медицина                       | 20         | 90,9%    | 67,8<>97,2%                |
| Народная медицина                          | 6          | 27,3%    | +/-18,6%                   |
| Религиозные методы                         | 1          | 4,5%     | 0,5<>23%                   |
| Современное "целительство"                 | 5          | 22,7%    | 6,9<>44,9%                 |
| Неопределенное                             | 0          | 0%       | 0<>15,8%                   |

*Оценка динамики социального статуса (положение в учебном заведении или на работе) за последние 3 года*

| <b>Наименование</b>                  | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
|--------------------------------------|------------|----------|----------------------------|
| Понизился                            | 2          | 9,1%     | 1,1<>30,2%                 |
| Скорее понизился                     | 3          | 13,6%    | 2,7<>35,5%                 |
| Остался без изменений                | 5          | 22,7%    | 6,9<>44,9%                 |
| Скорее повысился                     | 0          | 0%       | 0<>15,8%                   |
| Повысился                            | 2          | 9,1%     | 1,1<>30,2%                 |
| Затрудняюсь с ответом                | 2          | 9,1%     | 1,1<>30,2%                 |
| В данное время не работаю и не учусь | 8          | 36,4%    | +/-20,1%                   |

*Вектор зависимости жизненных успехов и неудач:  
от случая, судьбы/пророчества*

| <b>Наименование</b>               | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
|-----------------------------------|------------|----------|----------------------------|
| От случая, судьбы/<br>пророчества | 6          | 26,1%    | +/-17,9%                   |

*Вектор зависимости жизненных успехов и неудач: от усилий других людей*

| <b>Наименование</b>    | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
|------------------------|------------|----------|----------------------------|
| От усилий других людей | 1          | 4,3%     | 0,6<>22%                   |

*Вектор зависимости жизненных успехов и неудач:  
от моих собственных усилий*

| <b>Наименование</b>           | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
|-------------------------------|------------|----------|----------------------------|
| От моих собственных<br>усилий | 11         | 47,8%    | +/-20,4%                   |

*Вектор зависимости жизненных успехов и неудач:  
не знаю/затрудняюсь с ответом*

| <b>Наименование</b>               | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
|-----------------------------------|------------|----------|----------------------------|
| Не знаю/ затрудняюсь с<br>ответом | 5          | 21,7%    | 6,4<>43,5%                 |

*Оценка способов повышения личного уровня здоровья: от усилий врачей*

| <b>Наименование</b> | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
|---------------------|------------|----------|----------------------------|
| От усилий врачей    | 3          | 13%      | 2,5<>34,2%                 |

*Оценка способов повышения личного уровня здоровья:  
от иррациональных (непонятных, необъяснимых) факторов*

| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
|---|------------|----------|----------------------------|
| От иррациональных<br>(непонятных,<br>необъяснимых) факторов | 2          | 8,7%     | 1,1<>28,9%                 |

*Оценка способов повышения личного уровня здоровья:  
от природных сил организма*

| <b>Наименование</b>           | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
|-------------------------------|------------|----------|----------------------------|
| От природных сил<br>организма | 7          | 30,4%    | +/-18,8%                   |

|  |            |          |                            |  |
|--|------------|----------|----------------------------|--|
| <i>Оценка способов повышения личного уровня здоровья:<br/>от собственных усилий по достижению здоровья</i> |            |          |                            |  |
| <b>Наименование</b>  | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |  |
| От собственных усилий по достижению здоровья   | 11         | 47,8%    | +/-20,4%                   |  |
| <i>Оценка способов повышения личного уровня здоровья:<br/>затрудняюсь с ответом</i>                        |            |          |                            |  |
| <b>Наименование</b>  | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |  |
| Затрудняюсь с ответом  | 3          | 13%      | 2,5<>34,2%                 |  |
| <i>Частота жизненных кризисов</i>  |            |          |                            |  |
| <b>Наименование</b>  | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |  |
| Редко  | 4          | 17,4%    | 4,3<>39%                   |  |
| Скорее редко   | 5          | 21,7%    | 6,4<>43,5%                 |  |
| Скорее часто   | 6          | 26,1%    | +/-17,9%                   |  |
| Часто  | 2          | 8,7%     | 1,1<>28,9%                 |  |
| Затрудняюсь с ответом  | 6          | 26,1%    | +/-17,9%                   |  |
| <i>Оценка способности разрешения трудных жизненных ситуаций</i>  |            |          |                            |  |
| <b>Наименование</b>  | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |  |
| Легко  | 2          | 8,7%     | 1,1<>28,9%                 |  |
| Скорее легко   | 4          | 17,4%    | 4,3<>39%                   |  |
| Скорее трудно  | 8          | 34,8%    | +/-19,5%                   |  |
| Трудно   | 1          | 4,3%     | 0,6<>22%                   |  |
| Затрудняюсь с ответом  | 8          | 34,8%    | +/-19,5%                   |  |
| <i>Способность к новому решению любой проблемы</i>   |            |          |                            |  |
| <b>Наименование</b>  | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |  |
| Невозможно   | 1          | 4,8%     | 0,5<>24%                   |  |
| Трудно   | 2          | 9,5%     | 1<>31,5%                   |  |
| Скорее трудно  | 10         | 47,6%    | +/-21,4%                   |  |
| Скорее легко   | 6          | 28,6%    | +/-19,3%                   |  |
| Легко  | 2          | 9,5%     | 1<>31,5%                   |  |
| <i>Отношение к собственному здоровью</i>   |            |          |                            |  |
| <b>Наименование</b>  | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |  |
| С равнодушием  | 3          | 13,6%    | 2,7<>35,5%                 |  |
| Иногда думаю об этом   | 4          | 18,2%    | 4,5<>40,3%                 |  |
| Время от времени что-либо предпринимаю для улучшения собственного здоровья                                 | 11         | 50%      | +/-20,9%                   |  |
| Уделяю этому вопросу много времени и внимания  | 4          | 18,2%    | 4,5<>40,3%                 |  |
| Неукоснительно соблюдаю все требования здорового образа жизни  | 0          | 0%       | 0<>15,8%                   |  |
| <i>Оценка необходимости личного здоровья: чувствовать себя комфортно</i>                                   |            |          |                            |  |
| <b>Наименование</b>  | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |  |
| Чувствовать себя   | 13         | 59,1%    | +/-20,5%                   |  |

| <i>Оценка необходимости личного здоровья: дольше прожить</i>  |            |          |                             |
|---|------------|----------|-----------------------------|
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b>  |
| Дольше прожить  | 4          | 18,2%    | 4,5 $\leftrightarrow$ 40,3% |
| <i>Оценка необходимости личного здоровья:<br/>лучше справляться с работой, больше зарабатывать</i>        |            |          |                             |
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b>  |
| Лучше справляться с работой, больше зарабатывать  | 12         | 54,5%    | +/-20,8%                    |
| <i>Оценка необходимости личного здоровья: достичь своих жизненных целей</i>                               |            |          |                             |
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b>  |
| Достичь своих жизненных целей   | 11         | 50%      | +/-20,9%                    |
| <i>Оценка необходимости личного здоровья: хорошо выглядеть</i>  |            |          |                             |
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b>  |
| Хорошо выглядеть  | 6          | 27,3%    | +/-18,6%                    |
| <i>Оценка необходимости личного здоровья: другое</i>  |            |          |                             |
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b>  |
| Другое  | 1          | 4,5%     | 0,5 $\leftrightarrow$ 23%   |
| <i>Оценка необходимости личного здоровья: затрудняюсь с ответом</i>                                       |            |          |                             |
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b>  |
| Затрудняюсь с ответом   | 0          | 0%       | 0 $\leftrightarrow$ 15,8%   |
| <i>Определение здорового образа жизни: воздержание от вредных привычек (курение, алкоголь, наркотики)</i> |            |          |                             |
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b>  |
| Воздержание от вредных привычек (курение, алкоголь, наркотики)  | 11         | 50%      | +/-20,9%                    |
| <i>Определение здорового образа жизни: правильный режим и отдыха</i>                                      |            |          |                             |
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b>  |
| Правильный режим труда и отдыха   | 14         | 63,6%    | +/-20,1%                    |
| <i>Определение здорового образа жизни: физическая нагрузка, спорт</i>                                     |            |          |                             |
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b>  |
| Физическая нагрузка, спорт  | 9          | 40,9%    | +/-20,5%                    |
| <i>Определение здорового образа жизни: гармония в семье и на работе (учебе)</i>                           |            |          |                             |
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b>  |
| Гармония в семье и на работе (учебе)  | 8          | 36,4%    | +/-20,1%                    |

| <i>Определение здорового образа жизни: наличие значимых жизненных целей, умение их достигать и получать от этого удовольствие</i> |            |          |                            |
|---|------------|----------|----------------------------|
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Наличие значимых жизненных целей, умение их достигать и получать от этого удовольствие  | 5          | 22,7%    | 6,9<>44,9%                 |
| <i>Определение здорового образа жизни: другое</i>   |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>   | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Другое  | 0          | 0%       | 0<>15,8%                   |

20,7% ( $p<0,01$ ) респондентов рассматриваемой группы, соответственно. Здесь лидировал такой мотив, как «дольше прожить» - 43,1% против 18,2% в исследуемой подгруппе, при  $p<0,05$ . Достоверные различия отмечались также и по параметру определения здорового образа жизни. Правильный режим труда и отдыха отметили 63,6% респондентов исследуемой группы (35,1% - в сравниваемой,  $p<0,05$ ). Показатель «гармония в семье и на работе» отметили 36,4% респондентов рассматриваемой клинической подгруппы и 10,5% - сравниваемой ( $p<0,01$ ).

В отношении подгруппы эндогенных расстройств недостоверные различия (тенденции) отмечались по параметру приоритетных ценностей. «Образование и профессия» существенно чаще (63,6% против 20%) отмечали респонденты исследуемой подгруппы. А также по параметру мотивов к достижению личного здоровья. Такой мотив как повышение работоспособности и заработка в исследуемой группе выдвигаются в 54,5%, а в сравниваемой – в 10%.

В отношении подгруппы аффективных расстройств достоверные отличия прослеживались по параметру адаптационных способностей. Достаточный уровень адаптации отмечали у себя 33,3% респондентов рассматриваемой группы и 9,1% - сравниваемой ( $p<0,05$ ). Сложности в адаптации отмечали 19% респондентов исследуемой и 47,7% - сравниваемой подгруппы ( $p<0,05$ ). Далее, трудности в решении жизненных ситуаций отмечались в рассматриваемой подгруппе в 4,3% (24,4% в сравниваемой,  $p<0,05$ ). Способность к новому решению каких-либо проблем в исследуемой подгруппе фиксировались в 28,6% случаев, а в сравниваемой – 64,8%,  $p<0,05$ . В качестве основного мотива по достижению личного здоровья стремление дольше жить выдигало 18,2% респондентов исследуемой подгруппы и 46,5% - сравниваемой ( $p<0,05$ ).

В отношении подгруппы с невротическими (включая связанные со стрессом и соматоформные расстройства) каких-либо достоверных различий по социально-психологическому профилю найдено не было.

В отношении подгруппы прочих психических и поведенческих расстройств различия были установлены в отношение двух признаков. В оценке собственных адаптационных способностей затруднения испытывали 4,8% респондентов рассматриваемой подгруппы и 36,4% - сравниваемой ( $p<0,01$ ). В отношение оценки способов повышения личного здоровья, позиция внутреннего локуса контроля отмечалась у 47,8% респондентов исследуемой подгруппы и 11,1% - сравниваемой,  $p<0,01$ .

Таким образом, результаты данного исследовательского фрагмента свидетельствуют в целом о незначительных различиях исследуемой подгруппы в уровне социально-психологической адаптации в сравнении с другими клиническими подгруппами (за исключением подгруппы с аффективными расстройствами). Обращает на себя внимание преимущественная позиция внутреннего локуса контроля, достаточно часто отмечаемая у респондентов данной группы. Что следует учитывать в соответствующих терапевтических стратегиях.

В целом по результатам данного исследовательского фрагмента, касающегося клинической подгруппы расстройств личности и поведения, следует отметить, что рассматриваемый вид психических и поведенческих расстройств сравнительно редко выявляется действующими службами психического здоровья. При официальном статистическом показателе распространения расстройств личности и поведения 65,7 на 100 тыс. населения (0,066%) в 2003 году, по материалам проведенного эпидемиологического исследования, реальный уровень распространения данного вида расстройств превышает данный показатель, по крайней мере, в 17,17 раза (1,13%). Следует также отметить, что в основном, выпадают из поля активности официальных служб психического здоровья лица с расстройствами личности тормозимого круга, которые достаточно охотно идут на контакт при гарантиях полной конфиденциальности. В отношение объективных (социальных) и субъективных (социально-психологических) критериев адаптации рассматриваемая клиническая подгруппа занимает более предпочтительное

положение в сравнении с подгруппой органических психических расстройств. При этом нет достаточных оснований для дифференциации по данному признаку с прочими клиническими подгруппами. Особенностью

респондентов подгруппы с расстройствами личности и поведения является достаточно часто фиксируемая позиция внутреннего локуса контроля в отношении решения каких-либо жизненных проблем.

*Литература:*

1. Klein M. *Wisconsin Personality Inventory (WISPI)*. Madison, WI, University of Wisconsin // Department of Psychiatry, 1985
2. Lewis A. *Psychopathic personality: a most elusive category* // *Psychological medicine*, 1974. - № 4. – P. 133-140
3. Shepherd M., Sartorius N. *Personality disorder and the International Classification of Diseases* // *Psychological medicine*, 1974. - № 4. – P. 141-146
4. Widiger T. A., Frances A. *Axis II personality disorders: diagnostic and treatment issues* // *Hospital and community psychiatry*, 1985. - № 36. – P. 619-627

## КОМПЛЕКСНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОДГРУППЫ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПО МАТЕРИАЛАМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 2003 ГОДА

А. Л. Катков, Б. Б. Джарбусынова

Депрессия - одна из самых частых патологических форм встречающихся в медицинской практике (Хвиливицкий Т. Я., Нуллер Ю. Л. 1973; Точилов В. А. 1992; Sartorius N., 1974; Loss L. H., 1979; Kielholz P., 1981; Gelder M., 1997). Она бывает различной интенсивности: от тяжелой с бредом до относительно неглубоких, но субъективно неприятных состояний. Н. Kaplan, B. Sadok (1971) считают, что различными видами депрессий в течение жизни могут заболеть 10% мужчин и 20% женщин. Ежегодно депрессивные расстройства диагностируются не менее, чем у 200 млн. человек. Весьма пессимистичны оценки тенденций их распространенности. С 5% в 1991 г. депрессии распространились на 11,8% населения в мире в 1992 г. и на 17% – в 1994 г. Чуприков А. П., Пилягина Г. Я. (1998) считают, что, в отличие от других видов психопатологических

нарушений, депрессивные состояния в 40% случаев не диагностируются.

Всё вышесказанное свидетельствует об актуальности эпидемиологических исследований, выявляющих истинный уровень распространения аффективных расстройств.

В ходе комплексного исследования состояния и уровней психического здоровья населения Республики Казахстан, реализованного в 2003-2005 г.г. нами было изучено распространение аффективных расстройств среди населения РК с возрастом 12-55 лет. При этом исследовалась выборка респондентов в г. Алматы, Кзылорде и Павлодаре численностью 2216 респондентов. По материалам исследования была сформирована подгруппа с аффективными расстройствами численностью 49 респондентов, основные характеристики которой приводятся ниже (таблица 1).

Таблица 1

### *Социально-демографические характеристики подгруппы с проявлениями аффективного регистра (n=49)*

| Общая группа |     |       |                     |
|--------------|-----|-------|---------------------|
| Наименование | абс | %     | Довер. интервал ср. |
| Мужчины      | 20  | 40,8% | +/-13,8%            |
| Женщины      | 29  | 59,2% | +/-13,8%            |

| <i>Возраст</i>                             |            |          |                            |
|--|------------|----------|----------------------------|
| <b>Наименование</b>                        | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| 12-16                                      | 0          | 0%       | 0<>7,2%                    |
| 17-21                                      | 2          | 4,1%     | 1,2<>13,3%                 |
| 22-26                                      | 3          | 6,1%     | 1,8<>16,4%                 |
| 27-35                                      | 6          | 12,2%    | +/-9,2%                    |
| 36-47                                      | 7          | 14,3%    | +/-9,8%                    |
| 47-55                                      | 9          | 18,4%    | +/-10,8%                   |
| <i>Национальность</i>                      |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>                        | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Казахская                                  | 18         | 40%      | +/-14%                     |
| Украинская                                 | 3          | 6,7%     | 1,8<>18%                   |
| Русская                                    | 15         | 33,3%    | +/-11%                     |
| Корейская                                  | 1          | 2,2%     | 0,6<>11,3%                 |
| Татарская                                  | 2          | 4,4%     | 1,2<>14,7%                 |
| Немецкая                                   | 0          | 0%       | 0<>8%                      |
| Узбекская                                  | 2          | 4,4%     | 1,2<>14,7%                 |
| Другие национальности                      | 4          | 8,9%     | 2,4<>21,3%                 |
| <i>Образование</i>                         |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>                        | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Неграмотный (вспомогательная школа)        | 0          | 0%       | 0<>7,8%                    |
| Начальное (неполное среднее)               | 12         | 26,1%    | +/-12,7%                   |
| Среднее (среднее специальное)              | 20         | 43,5%    | +/-14,3%                   |
| Высшее                                     | 14         | 30,4%    | +/-13,3%                   |
| Без образования                            | 0          | 0%       | 0<>7,8%                    |
| Не обучаем / не применимо                  | 0          | 0%       | 0<>7,8%                    |
| Неполное высшее                            | 0          | 0%       | 0<>7,8%                    |
| <i>Сфера профессиональной деятельности</i> |            |          |                            |
| <b>Наименование</b>                        | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал ср.</b> |
| Промышленность                             | 3          | 6,8%     | 1,8<>18,4%                 |
| Сельское хозяйство                         | 7          | 15,9%    | +/-10,8%                   |
| Бизнес, финансы                            | 4          | 9,1%     | 2,5<>21,8%                 |
| Образование                                | 4          | 9,1%     | 2,5<>21,8%                 |
| Наука и высшая школа                       | 0          | 0%       | 0<>8,2%                    |
| Культура                                   | 0          | 0%       | 0<>8,2%                    |
| Здравоохранение                            | 6          | 13,6%    | +/-10,1%                   |
| Транспорт                                  | 1          | 2,3%     | 0,6<>11,6%                 |
| Торговля, бытовое обслуживание             | 3          | 6,8%     | 1,8<>18,4%                 |
| Не работает, не учится                     | 14         | 31,8%    | +/-13,8%                   |
| Учащийся школы (ПТУ)                       | 2          | 4,5%     | 1,2<>15%                   |
| Учащийся ВУЗа                              | 0          | 0%       | 0<>8,2%                    |
| Служба в армии                             | 0          | 0%       | 0<>8,2%                    |
| СМИ  | 0          | 0%       | 0<>8,2%                    |
| Социальная служба                          | 0          | 0%       | 0<>8,2%                    |
| Силовые, надзорные, юридические            | 0          | 0%       | 0<>8,2%                    |
| Фонды, партии, движения                    | 0          | 0%       | 0<>8,2%                    |
| Госслужба                                  | 0          | 0%       | 0<>8,2%                    |

| Семейное положение                         |     |       |                     |
|--|-----|-------|---------------------|
| Наименование                               | абс | %     | Довер. интервал ср. |
| Женат (замужем)                            | 21  | 46,7% | +/-14,6%            |
| Холост (не замужем)                        | 11  | 24,4% | +/-12,6%            |
| Разведен(а)                                | 4   | 8,9%  | 2,4<>21,3%          |
| Вдов(а)                                    | 6   | 13,3% | +/-9,9%             |
| Незарегистрированный брак                  | 1   | 2,2%  | 0,6<>11,3%          |
| Женат (замужем), но живут отдельно         | 1   | 2,2%  | 0,6<>11,3%          |
| Разведен(а), но живут вместе               | 0   | 0%    | 0<>8%               |
| (для детей) живет в полной семье           | 1   | 2,2%  | 0,6<>11,3%          |
| (для детей) родители разведены             | 0   | 0%    | 0<>8%               |
| (для детей) сирота                         | 0   | 0%    | 0<>8%               |
| Неприменимо                                | 0   | 0%    | 0<>8%               |
| Живет с неродным отцом (матерью)           | 0   | 0%    | 0<>8%               |
| Живу одна (один) нет близких родственников | 0   | 0%    | 0<>8%               |
| Холост (не замужем), один                  | 0   | 0%    | 0<>8%               |

| Материальная обеспеченность |     |       |                     |
|-----------------------------|-----|-------|---------------------|
| Наименование                | абс | %     | Довер. интервал ср. |
| Недостаточно                | 21  | 47,7% | +/-14,8%            |
| Скорее недостаточно         | 9   | 20,5% | +/-11,9%            |
| Скорее достаточно           | 4   | 9,1%  | 2,5<>21,8%          |
| Достаточно                  | 5   | 11,4% | 3,4<>24,9%          |
| Затрудняюсь с ответом       | 5   | 11,4% | 3,4<>24,9%          |

| Оценка динамики уровня материальной обеспеченности за последние 3 года |     |       |                     |
|--|-----|-------|---------------------|
| Наименование   | абс | %     | Довер. интервал ср. |
| Понизился  | 15  | 34,9% | +/-14,2%            |
| Скорее понизился   | 10  | 23,3% | +/-12,6%            |
| Скорее повысился   | 1   | 2,3%  | 0,6<>11,9%          |
| Повысился  | 4   | 9,3%  | 2,5<>22,4%          |
| Остался таким же   | 9   | 20,9% | +/-12,2%            |
| Затрудняюсь ответить   | 4   | 9,3%  | 2,5<>22,4%          |

Основные различия в социально-демографических характеристиках исследуемой и сравниваемой подгрупп (не перекрываемых значениями соответствующих доверительных интервалов) были отмечены в следующем.

В отношении к подгруппе с органическими психическими расстройствами достоверные различия были установлены по гендерному признаку (мужчин достоверно больше было в сравниваемой подгруппе – 68,6% против 40,8%, при  $p<0,01$ ), а женщины, напротив – в исследуемой подгруппе (59,2% против 31,4, при  $p<0,01$ ). Далее – по признаку высшего образования (30,4% - в исследуемой подгруппе против 14,3% – в сравниваемой, при  $p<0,05$ ). Достоверное отличие также было выявлено при оценке

динамики уровня материальной обеспеченности за последние 3 года. В исследуемой группе уровень материальной обеспеченности повышался в 9,3% случаев, а в сравниваемой не повышался вообще – 0%,  $p<0,05$ .

В отношение подгруппы с эндогенными расстройствами – все отличия в силу малочисленности сравниваемой группы перекрывались значениями доверительного интервала.

В отношение подгруппы респондентов с расстройствами личности и поведения достоверные отличия были выявлены по параметру семейного статуса – не женатых (не замужних) в сравниваемой подгруппе оказалось 90% против 45,5% в исследуемой группе,  $p<0,05$ . А также по параметру динамики

уровня материальной обеспеченности в последние 3 года. Понижение уровня материальной обеспеченности в исследуемой группе отметили 34,9% респондентов, в сравниваемой – 9,1%, при  $p < 0,05$ .

В отношении подгруппы с невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами достоверные различия были обнаружены по двум параметрам – семейному положению (женатых (замужних) в сравниваемой группе оказалось больше – 67,9% против 45,5% в рассматриваемой группе, при  $p < 0,05$ ). А также по динамике уровня материальной обеспеченности. За последние 3 года он понизился у 33,3% респондентов с аффективными расстройствами, против 7,5% в сравниваемой группе,  $p < 0,01$ . В то же время повышение уровня материальной обеспеченности было отмечено у 17% респондентов в сравниваемой подгруппе против 2,4% в рассматриваемой,  $p < 0,05$ .

В отношении подгруппы с прочими психическими расстройствами достоверные отличия были обнаружены по параметру среднего и высшего образования. В подгруппе респондентов с прочими психическими расстройствами больше лиц со средним образованием – 68,4% (43,5% - в исследуемой подгруппе,  $p < 0,05$ ); в подгруппе аффективных расстройств сравнительно больше респондентов с высшим образованием (30,4% против 10,5% в сравниваемой группе,  $p < 0,05$ ). А также по параметру семейного положения. Разведенных в сравниваемой подгруппе оказалось существенно больше – 26,3%, против 8,9% в подгруппе аффективных расстройств.

Полученные результаты показывают, что по уровню социальной адаптации лица с аффективной патологией субклинического уровня занимают промежуточное положение между подгруппой с органическими психическими расстройствами и другими анализируемыми подгруппами.

#### *Основные клинико-психопатологические характеристики подгруппы аффективных расстройств*

Клинико-психопатологические характеристики рассматриваемой подгруппы приводятся здесь в соответствие с диагностическими критериями МКБ-10, позволяющими отнести описанные случаи к определенным нозологическим рубрикам кластера аффективных расстройств.

При этом, в соответствии с условиями проведения клинического обследования, диагноз психических и поведенческих расстройств официально не выставлялся, а информация о лицах, проходивших обследование, в учреждения здравоохранения не направлялась. Респонденты, в случае необходимости (вопросы дифференциальной диагностики) проходили патопсихологическое и инструментальное исследование. Все участники данной клинической подгруппы получили профессиональную консультативную помощь и рекомендации терапевтического плана.

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F32.0 (Легкий депрессивный

эпизод) отмечались у 22 респондентов данной подгруппы. В частности, они выражались: в достаточно длительных эпизодах сниженного настроения (более, чем 2-х недельного); утрате на этот период интереса к обычным жизненным стимулам и возможности получения удовольствия; повышенной утомляемости и трудности в концентрации внимания на чём-либо; появлении заниженной самооценки и неуверенности в себе; пессимистической оценке будущего; снижение сна; снижении аппетита. Отмеченные признаки легкого депрессивного эпизода в той или иной степени были присущи всем 22 респондентам данной нозологической группы. Длительность депрессивного эпизода колебалась от 2,5 недель до 5 месяцев. У 10 из 22 респондентов (45,5%) данный депрессивный эпизод был не первым. Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F34.1 (Дистимия) отмечались у 15 респондентов рассматриваемой клинической подгруппы. В частности, проявления, соответствующие данному диагнозу выражались в эпизодах сниженного настроения, которые по длительности и по степени тяжести не соответствовали другим рубрикам рассматриваемого аффективного кластера. Респонденты предъявляли жалобы: на чувство усталости, субъективной сложности и трудности выполнения любой физической и умственной работы (трудно заставить себя начать делать что-либо, но и сам процесс также сложен); ничто не доставляет удовольствия; отмечаются нарушения сна, общий дискомфорт; действительность представляется мрачной и бесперспективной. Вышеописанные признаки достаточно стablyно отмечались у респондентов данной нозологической группы от 1 года до 3 лет с незначительными улучшениями состояния в отдельные периоды (на 2-3 недели).

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F32.1 (Умеренный депрессивный эпизод) отмечались у 8 респондентов рассматриваемой клинической подгруппы. При этом основные диагностические признаки соответствовали описанию, данному по рубрике F32.1 и дополнительно включали такие симптомы как идеи вины (более или менее значимые), а также суицидальные мысли и намерения (без попыток их реализации). В целом можно отметить, что длительность депрессивных эпизодов в данном случае была более продолжительной (от 4-х недель и выше), а степень снижения аффекта – более выраженной. Лишь у 3-х респондентов из 22-х данный эпизод был первым.

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F34.0 (Циклотимия) отмечались в 3-х случаях. При этом имел значение соответствующий анамнез и все признаки циклоидной личности. Основными жалобами были – хроническая нестабильность настроения с многочисленными периодами легкой депрессии и легкой приподнятости (при том, что их длительность и степень выраженности не соответствовали критериям биполярного аффективного расстройства).

Клинико-психопатологические проявления, соответствующие рубрике F32.30 (Биполярное аффективное расстройство без соматизации), отмечались у 1 респондента. При этом основные диагностические признаки повторяли описание умеренного депрессивного эпизода (F32.1). Однако в анамнезе, помимо предшествующего субдепрессивного эпизода, прослеживался четко очерченный смешанный эпизод с субдепрессивной и гипоманиакальной фазой.

Полученные результаты подтверждают тот факт, что наиболее распространенными и наименее диагностируемыми являются аффективные

(депрессивные) расстройства с легкой или средней степень выраженности. Звенья первичной медицинской (поликлинической) помощи, куда лица с депрессивными нарушениями обращаются в первую очередь, оказываются неготовыми к дифференцированной и профессиональной оценке психических и поведенческих расстройств аффективного уровня.

Основные социально-психологические характеристики подгруппы аффективных расстройств

Основные социально-психологические характеристики рассматриваемой клинической подгруппы приведены в таблице 2.

Таблица 2

*Социально-психологические характеристики подгруппы аффективных расстройств (n=49) из материала эпидемиологического исследования 2003 года (общая выборка 2216 респондентов)*

| <i>Вероисповедание</i>                     |            |          |                                |
|--|------------|----------|--------------------------------|
| <b>Наименование</b>                        | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал<br/>ср.</b> |
| Ислам                                      | 27         | 60%      | +/-14,3%                       |
| Православное                               | 5          | 11,1%    | 3,4<>24,4%                     |
| Католицизм                                 | 0          | 0%       | 0<>8%                          |
| Буддизм                                    | 0          | 0%       | 0<>8%                          |
| Традиционные (языческие) культуры          | 1          | 2,2%     | 0,6<>11,3%                     |
| Секты                                      | 0          | 0%       | 0<>8%                          |
| Прочее                                     | 0          | 0%       | 0<>8%                          |
| Не верующий                                | 12         | 26,7%    | +/-12,9%                       |
| Лютеране                                   | 0          | 0%       | 0<>8%                          |
| Баптизм                                    | 0          | 0%       | 0<>8%                          |
| Андвентисты                                | 0          | 0%       | 0<>8%                          |
| <i>Взаимоотношение в собственной семье</i> |            |          |                                |
| <b>Наименование</b>                        | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал<br/>ср.</b> |
| Доброжелательные, ровные                   | 30         | 73,2%    | +/-13,6%                       |
| Формальные                                 | 3          | 7,3%     | 1,9<>19,8%                     |
| Конфликтные со всеми членами семьи         | 1          | 2,4%     | 0,6<>12,5%                     |
| Конфликтные с супругом (супругой)          | 3          | 7,3%     | 1,9<>19,8%                     |
| Конфликтные с матерью                      | 0          | 0%       | 0<>8,8%                        |
| Конфликтные с отцом                        | 0          | 0%       | 0<>8,8%                        |
| Конфликтные с братом (сестрой)             | 0          | 0%       | 0<>8,8%                        |
| Конфликтные с детьми                       | 0          | 0%       | 0<>8,8%                        |
| Нет собственной семьи                      | 4          | 9,8%     | 2,5<>23,4%                     |
| <i>Приоритетные ценности</i>               |            |          |                                |
| <b>Наименование</b>                        | <b>абс</b> | <b>%</b> | <b>Довер. интервал<br/>ср.</b> |
| Семья и брак                               | 26         | 63,4%    | +/-14,7%                       |
| Образование и профессия                    | 24         | 58,5%    | +/-15,1%                       |
| Материальное благополучие                  | 27         | 65,9%    | +/-14,5%                       |
| Общественное признание                     | 5          | 12,2%    | 3,7<>26,5%                     |

| Предпочитаемые методы лечения |     |       |                        |
|-------------------------------|-----|-------|------------------------|
| Наименование                  | абс | %     | Довер. интервал<br>ср. |
| Официальная медицина          | 36  | 87,8% | 71,4<>95,1%            |
| Народная медицина             | 13  | 31,7% | +/-14,2%               |
| Религиозные методы            | 0   | 0%    | 0<>8,8%                |
| Современное "целительство"    | 6   | 14,6% | +/-10,8%               |
| Неопределенное                | 1   | 2,4%  | 0,6<>12,5%             |

| Оценка динамики социального статуса (положение в учебном заведении или на работе) за последние 3 года |     |       |                        |
|---|-----|-------|------------------------|
| Наименование  | абс | %     | Довер. интервал<br>ср. |
| Понизился   | 11  | 25%   | +/-12,8%               |
| Скорее понизился  | 6   | 13,6% | +/-10,1%               |
| Остался без изменений   | 7   | 15,9% | +/-10,8%               |
| Скорее повысился  | 3   | 6,8%  | 1,8<>18,4%             |
| Повысился   | 3   | 6,8%  | 1,8<>18,4%             |
| Затрудняюсь с ответом   | 4   | 9,1%  | 2,5<>21,8%             |
| В данное время не работаю и не учуясь   | 10  | 22,7% | +/-12,4%               |

| Вектор зависимости жизненных успехов и неудач:<br>от случая, судьбы/пророчества |     |       |                        |
|---|-----|-------|------------------------|
| Наименование  | абс | %     | Довер. интервал<br>ср. |
| От случая, судьбы/пророчества   | 10  | 22,7% | +/-12,4%               |

| Вектор зависимости жизненных успехов и неудач:<br>от усилий других людей |     |      |                        |
|--|-----|------|------------------------|
| Наименование   | абс | %    | Довер. интервал<br>ср. |
| От усилий других людей   | 2   | 4,5% | 1,2<>15%               |

| Вектор зависимости жизненных успехов и неудач:<br>от моих собственных усилий |     |       |                        |
|--|-----|-------|------------------------|
| Наименование   | абс | %     | Довер. интервал<br>ср. |
| От моих собственных усилий   | 20  | 45,5% | +/-14,7%               |

| Вектор зависимости жизненных успехов и неудач:<br>не знаю/затрудняюсь с ответом |     |       |                        |
|---|-----|-------|------------------------|
| Наименование  | абс | %     | Довер. интервал<br>ср. |
| Не знаю/затрудняюсь с ответом   | 14  | 31,8% | +/-13,8%               |

| Оценка способов повышения личного уровня здоровья:<br>от усилий врачей |     |       |                        |
|--|-----|-------|------------------------|
| Наименование   | абс | %     | Довер. интервал<br>ср. |
| От усилий врачей   | 15  | 32,6% | +/-13,5%               |

| <i>Оценка способов повышения личного уровня здоровья:<br/>от иррациональных (непонятных, необъяснимых) факторов</i> |     |       |                        |
|---|-----|-------|------------------------|
| Наименование  | абс | %     | Довер. интервал<br>ср. |
| От иррациональных (непонятных, необъяснимых) факторов   | 2   | 4,3%  | 1,2<>14,3%             |
| <i>Оценка способов повышения личного уровня здоровья:<br/>от природных сил организма</i>                            |     |       |                        |
| Наименование  | абс | %     | Довер. интервал<br>ср. |
| От природных сил организма  | 8   | 17,4% | +/-11%                 |
| <i>Оценка способов повышения личного уровня здоровья:<br/>от собственных усилий по достижению здоровья</i>          |     |       |                        |
| Наименование  | абс | %     | Довер. интервал<br>ср. |
| От собственных усилий по достижению здоровья  | 18  | 39,1% | +/-14,1%               |
| <i>Оценка способов повышения личного уровня здоровья:<br/>затрудняюсь с ответом</i>                                 |     |       |                        |
| Наименование  | абс | %     | Довер. интервал<br>ср. |
| Затрудняюсь с ответом   | 9   | 19,6% | +/-11,5%               |
| <i>Частота жизненных кризисов</i>   |     |       |                        |
| Наименование  | абс | %     | Довер. интервал<br>ср. |
| Редко   | 8   | 18,2% | +/-11,4%               |
| Скорее редко  | 6   | 13,6% | +/-10,1%               |
| Скорее часто  | 19  | 43,2% | +/-14,6%               |
| Часто   | 4   | 9,1%  | 2,5<>21,8%             |
| Затрудняюсь с ответом   | 7   | 15,9% | +/-10,8%               |
| <i>Оценка способности разрешения трудных жизненных ситуаций</i>   |     |       |                        |
| Наименование  | абс | %     | Довер. интервал<br>ср. |
| Легко   | 2   | 4,4%  | 1,2<>14,7%             |
| Скорее легко  | 3   | 6,7%  | 1,8<>18%               |
| Скорее трудно   | 19  | 42,2% | +/-14,4%               |
| Трудно  | 11  | 24,4% | +/-12,6%               |
| Затрудняюсь с ответом   | 10  | 22,2% | +/-12,1%               |
| <i>Способность к новому решению любой проблемы</i>  |     |       |                        |
| Наименование  | абс | %     | Довер. интервал<br>ср. |
| Невозможно  | 8   | 19%   | +/-11,9%               |
| Трудно  | 14  | 33,3% | +/-14,3%               |
| Скорее трудно   | 18  | 42,9% | +/-15%                 |
| Скорее легко  | 2   | 4,8%  | 1,2<>15,7%             |
| Легко   | 0   | 0%    | 0<>8,6%                |

|  | <i>Отношение к собственному здоровью</i> |       |                        |  |
|--|--|-------|------------------------|--|
| Наименование   | абс                                      | %     | Довер. интервал<br>ср. |  |
| С равнодушием  | 2  | 4,5%  | 1,2<>15%               |  |
| Иногда думаю об этом   | 12                                       | 27,3% | +/-13,2%               |  |
| Время от времени что-либо предпринимаю для улучшения собственного здоровья                     | 21                                       | 47,7% | +/-14,8%               |  |
| Уделяю этому вопросу много времени и внимания  | 7  | 15,9% | +/-10,8%               |  |
| Неукоснительно соблюдаю все требования здорового образа жизни                                  | 2  | 4,5%  | 1,2<>15%               |  |
| <i>Оценка необходимости личного здоровья: чувствовать себя комфортно</i>                       |  |       |                        |  |
| Наименование   | абс                                      | %     | Довер. интервал<br>ср. |  |
| Чувствовать себя комфортно   | 19                                       | 44,2% | +/-14,8%               |  |
| <i>Оценка необходимости личного здоровья: дальше прожить</i>                                   |  |       |                        |  |
| Наименование   | абс                                      | %     | Довер. интервал<br>ср. |  |
| Дальше прожить   | 20                                       | 46,5% | +/-14,9%               |  |
| <i>Оценка необходимости личного здоровья: лучше справляться с работой, больше зарабатывать</i> |  |       |                        |  |
| Наименование   | абс                                      | %     | Довер. интервал<br>ср. |  |
| Лучше справляться с работой, больше зарабатывать   | 15                                       | 34,9% | +/-14,2%               |  |
| <i>Оценка необходимости личного здоровья: достичь своих жизненных целей</i>                    |  |       |                        |  |
| Наименование   | абс                                      | %     | Довер. интервал<br>ср. |  |
| Достичь своих жизненных целей  | 11                                       | 25,6% | +/-13%                 |  |
| <i>Оценка необходимости личного здоровья: хорошо выглядеть</i>                                 |  |       |                        |  |
| Наименование   | абс                                      | %     | Довер. интервал<br>ср. |  |
| Хорошо выглядеть   | 5  | 11,6% | 3,5<>25,4%             |  |
| <i>Оценка необходимости личного здоровья: другое</i>   |  |       |                        |  |
| Наименование   | абс                                      | %     | Довер. интервал<br>ср. |  |
| Другое   | 4  | 9,3%  | 2,5<>22,4%             |  |
| <i>Оценка необходимости личного здоровья: затрудняюсь с ответом</i>                            |  |       |                        |  |
| Наименование   | абс                                      | %     | Довер. интервал<br>ср. |  |
| Затрудняюсь с ответом  | 0  | 0%    | 0<>8,4%                |  |

| <i>Определение здорового образа жизни: воздержание от вредных привычек (курение, алкоголь, наркотики)</i>                         |     |       |                        |
|---|-----|-------|------------------------|
| Наименование  | абс | %     | Довер. интервал<br>ср. |
| Воздержание от вредных привычек (курение, алкоголь, наркотики)  | 29  | 67,4% | +/-14%                 |
| <i>Определение здорового образа жизни: правильный режим труда и отдыха</i>  |     |       |                        |
| Наименование  | абс | %     | Довер. интервал<br>ср. |
| Правильный режим труда и отдыха   | 26  | 60,5% | +/-14,6%               |
| <i>Определение здорового образа жизни: физическая нагрузка, спорт</i>   |     |       |                        |
| Наименование  | абс | %     | Довер. интервал<br>ср. |
| Физическая нагрузка, спорт  | 9   | 20,9% | +/-12,2%               |
| <i>Определение здорового образа жизни: гармония в семье и на работе (учебе)</i>   |     |       |                        |
| Наименование  | абс | %     | Довер. интервал<br>ср. |
| Гармония в семье и на работе (учебе)  | 17  | 39,5% | +/-14,6%               |
| <i>Определение здорового образа жизни: наличие значимых жизненных целей, умение их достигать и получать от этого удовольствие</i> |     |       |                        |
| Наименование  | абс | %     | Довер. интервал<br>ср. |
| Наличие значимых жизненных целей, умение их достигать и получать от этого удовольствие  | 5   | 11,6% | 3,5<>25,4%             |
| <i>Определение здорового образа жизни: другое</i>   |     |       |                        |
| Наименование  | абс | %     | Довер. интервал<br>ср. |
| Другое  | 5   | 11,6% | 3,5<>25,4%             |
| <i>Наличие увлечений</i>  |     |       |                        |
| Наименование  | абс | %     | Довер. интервал<br>ср. |
| Много   | 4   | 8,9%  | 2,4<>21,3%             |
| Одно – два  | 16  | 35,6% | +/-14%                 |
| Нет вообще  | 25  | 55,6% | +/-14,5%               |

Анализ достоверных различий, не перекрываемых значениями соответствующих доверительных интервалов,

с другими клиническими подгруппами по социально-психологическому профилю показал следующее.

В отношение профиля органических психических расстройств достоверные отличия прослеживались по параметру оценки собственных способностей адаптации к окружающей обстановке. Удовлетворительные адаптационные способности отмечали у себя 31,7% респондентов из подгруппы органических психических расстройств и существенно меньшее количество – 9,1% респондентов подгруппы аффективных расстройств,  $p<0,01$ . Соответственно сложность в адаптации отмечали 47,7% респондентов рассматриваемой группы и 15% респондентов сравниваемой ( $p<0,01$ ). Стабильность адаптационных способностей отмечали у себя 26,1% респондентов рассматриваемой и 52,6% - сравниваемой группы ( $p<0,01$ ). Частые жизненные кризисы респонденты подгруппы аффективных расстройств отмечали у себя в 43,2% случаев, при 12,9% в сравниваемой группе ( $p<0,01$ ). Затруднялись с ответом по данному параметру 15,9% респондентов исследуемой группы и 50% - сравниваемой ( $p<0,01$ ). Далее, достоверные различия прослеживались по параметру определения здорового образа жизни. В исследуемой группе достоверно больше тех, кто связывает это понятие с правильным режимом труда и отдыха (60,5% против 35,1%, при  $p<0,05$ ). А также – тех, кто считает, что здоровый образ жизни – это гармония в семье и на работе (39,5% против 10,5%, при  $p<0,01$ ). В данном исследовательском фрагменте особенный интерес представляет диссоциация между объективными сведениями, характеризующими адаптационные возможности подгруппы пациентов с аффективными расстройствами (по социально-демографическому фрагменту они выглядят более предпочтительно, чем у подгруппы пациентов с органическими психическими расстройствами), и их субъективной оценкой. Что, по всей видимости, связано с характерной для депрессивного статуса заниженной самооценкой.

В отношение подгруппы с эндогенными расстройствами субклинического уровня – выявленные различия полностью перекрывались значениями доверительных интервалов. Основные тенденции, которые стоило бы принимать во внимание, были сконцентрированы в характеристиках локуса контроля. В подгруппе с аффективной патологией респондентов с позиции внешнего локуса контроля было существенно меньше (4,5%), чем в сравниваемой подгруппе (30%). Кроме того, отмечалась сравнительно большая (но не достоверная) легкость в новых решениях сложных жизненных проблем (20% против 0%) в сравниваемой подгруппе эндогенных расстройств.

В отношение подгруппы с расстройствами личности и поведения достоверные различия прослеживались по параметру оценки адаптационных способностей в пользу сравниваемой подгруппы, в которой их сравнительно высокий уровень отметили 33,3% респондентов, а низкий – 19%. В то время как в исследуемой подгруппе – 9,1% и 47,7%, соответственно

( $p<0,05$ ). Та же тенденция прослеживается в оценке способности нахождения новых решений сложных жизненных проблем. Высокий уровень таких способностей отметили у себя 28,6% респондентов сравниваемой и 4,8% - исследуемой подгруппы ( $p<0,05$ ). Еще одно отличие фиксировалось по признаку мотивов к достижению личного здоровья. Такой мотив как увеличение продолжительности жизни отметили у себя 46,5% респондентов рассматриваемой и 18,2% - сравниваемой групп ( $p<0,05$ ).

Каких-либо достоверных различий по социальному-психологическому профилю с группой неврологических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств выявлено не было.

В отношение подгруппы с прочими психическими и поведенческими различиями достоверные различия прослеживались по профилю оценки адаптационных способностей в пользу сравниваемой группы (например, трудности в адаптации отмечают у себя 47% респондентов анализируемой и 6,1% - сравниваемой группы, при  $p<0,01$ ). А также в отношение способов достижения высоких уровней здоровья. Позицию внутреннего локуса контроля (39,1%) в исследуемой подгруппе продемонстрировало существенно большее число респондентов, чем сравниваемой (11,1%), при  $p<0,01$ . Жизненные кризисы сравнительно чаще отмечались в исследуемой подгруппе – 43,2% против 16,7% в сравниваемой подгруппе ( $p<0,05$ ). По параметрам нахождения новых решений в сложных ситуациях также более предпочтительно выглядела сравниваемая подгруппа.

Таким образом, по социально-психологическому профилю клиническая подгруппа аффективных расстройств обнаруживает значительно субъективно-сниженную оценку уровню адаптационных способностей в сравнении с анализируемыми подгруппами. В то же время следует отметить своюственную для респондентов данной группы позицию внутреннего локуса контроля. Полученные по данному фрагменту данные следует интерпретировать с учетом особенностей депрессивных состояний, которые, в основном, имели место у респондентов рассматриваемой клинической подгруппы.

В целом, по анализируемому исследовательскому фрагменту следует отметить, во-первых, существенно более значительную распространенность аффективных (депрессивных) расстройств субклинического уровня среди населения РК, чем это отражено по данным официальной статистики (2,21% среди анализируемой группы населения против официального показателя – 0,026%, дифферент 85,66). Таким образом, группа аффективных расстройств занимает третье место по уровню распространенности психических расстройств субклинического уровня вслед за органическими психическими расстройствами и неврозами (включая связанные со стрессом и соматоформные расстройства). По показателю «невыявляемости» - здесь имеются в виду значения дифферента эпидемиологического

и официального показателя распространенности – рассматриваемая диагностическая группа занимает лидирующее положение (85,66), оставляя далеко позади подгруппы с невротическими расстройствами (19,31) и расстройствами личности и поведения (17,17). По объективным признакам оценки уровня адаптации в социуме (социальные показатели) данная подгруппа занимает промежуточное положение между подгруппой респондентов с

органическими психическими расстройствами и другими анализируемыми подгруппами. Социально-психологические параметры, оценивающие уровень адаптации с позиции респондентов, применительно к данной подгруппе, следует интерпретировать с учетом особенностей психического статуса (депрессивный синдром со сниженной самооценкой у основного числа респондентов данной подгруппы).

*Литература:*

1. Точилов В. А. Клинико-психофармакологические методы исследования и лечения аффективных психозов // Метод. рекомендации. - СПб., 1992
2. Хвиливицкий Т. Я., Нуллер Ю. Л. Депрессии и их лечение. - Л., 1973
3. Чуприков А. П., Пилигина Г. Я. Депрессии в общеврачебной практике // Лікування та Діагностика, 1998. - С. 28-35
4. Gelder M., Gath D., Mayou R. Оксфордское руководство по психиатрии. - Киев, 1997
5. Kaplan H. G., Sadock B. J. Recent perspectives in schizophrenia // Canad. Psychiat. ass. j., 1971. - Vol. 16. - N 6. - P. 459-471
6. Kielholz P., Poldinger W., Adams C. Die larvierte Depression, 1981
7. Loss L. H. The basic syndrome of depression in: Psychopathology of Depression // Proceedings of the symposium by the World Psychiatric Association, 1979. - P. 149-51
8. Sartorius N. Depressive illness as a worldwide problem // Depression in everyday practice. - Bern etc., 1974. - P. 18-25

## ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ КАК ТЕХНОЛОГИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ И ЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В ПРОГРАММАХ СТРАТЕГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЭКСТРЕМИЗМА

В. Ф. Трубецкой

В основе работы лежит концепция социальной психотерапии, выдвинутая профессором А. Л. Катковым. Социальной психотерапией называют особую развивающую практику, воздействие которой охватывает значительную часть общества (в отличие от других форм психотерапии, когда в сферу психотерапевтического процесса вовлекаются отдельные люди или группы). Таким образом, объектом социальной психотерапии является общество в целом. Предмет воздействия – универсальные механизмы формирования и распространения социальных эпидемий – терроризма, экстремизма, военных конфликтов, распространения социально значимых болезней (ВИЧ/СПИД, наркоманий и т.п.) и некоторых других. Основной способ воздействия в социальной психотерапии – форсированное развитие в обществе механизмов, направленных антагонистически по отношению к факторам развития социальных эпидемий. А. Л. Катковым выделены факторы (называемые им «личностные свойства»), гармоничная комбинация которых обеспечивает

толерантность личности к первичному или повторному вовлечению в деструктивные социальные процессы (психологическая устойчивость); перечислим эти факторы: а) полноценное завершение личностной идентификации; б) наличие позитивного – идентификационного – жизненного сценария; в) сформированность навыков свободного и ответственного выбора; г) сформированность внутреннего локуса контроля; д) наличие личностных ресурсов, необходимых для реализации позитивного жизненного сценария; е) наличие адекватной информации об агентах, агрессивных по отношению к идентификационным жизненным сценариям<sup>1</sup>;

Одним из криминологически-обоснованных направлений деятельности по первичной профилактике экстремизма является применение такой стратегии социальной психотерапии, как широкое вовлечение молодежи в процесс непрерывного образования, что позволяет решить целый комплекс взаимосвязанных задач:

1 Катков А. Л. // Психотерапия. – 2004. – № 4. – С. 2-7

а) собственно задачи обучения (передача знаний и формирование навыков), что создает предпосылки для полной реализации потенциала личности в сфере общественных отношений;

б) изъятие личности из-под влияния криминальной субкультуры и содействие его самоидентификации со здоровой частью общества, какой является академическая среда, постепенное формирование позитивного жизненного сценария;

в) формирование социально-коммуникативных навыков, необходимых для успешной интеграции в общество;

г) формирование навыка принятия на себя ответственности за ближайшие и отдаленные результаты собственной деятельности.

Существенным ресурсом в реализации политики доступного непрерывного образования является дистанционное обучение.

Программы дистанционного обучения (рассматриваемые в контексте деятельности по противодействию экстремизму)<sup>2</sup> по принципу основной цели обучения можно разделить на следующие основные классы:

а) Программы, дающие знания и формирующие конкретные навыки, использование которых необходимо обучающемуся в непосредственном будущем. По срокам это в основном краткосрочные и ультракраткосрочные программы. Мотивация обучающегося высокая и усиливается во время обучения. Промежуточный контроль знаний обычно отсутствует. Значение формального итогового контроля невелико, поскольку обучающийся заинтересован в достижении цели обучения, а не в формальном результате (факт завершения обучения, документ о прохождении курса). Очный контакт с наставником не обязателен, но в некоторых случаях возможен. Пример: образовательные программы по технике цифровой фотографии и обработка изображений на компьютере или образовательные программы по использованию того или иного программного обеспечения;

б) Среднесрочные образовательные программы, позволяющие освоить новые технологии, методы и приемы работы, но не повышающие образовательного ценза обучающегося. Продолжительность этих программ до нескольких месяцев, что сопоставимо с учебной нагрузкой 100-300 академических часов при очном обучении. Мотивация обучающегося высокая в начале обучения и несколько снижается во время обучения, в конце программы может вновь повышаться при хороших результатах. Промежуточный контроль знаний проводится дистанционно или очно, при правильной организации способствует повышению качества обучения. Значение формального итогового контроля знаний существенно. Очный

контакт с наставником обязателен, проводится в форме установочной сессии (перед началом обучения), промежуточных сессий, промежуточного контроля знаний, практики, итогового контроля знаний и в других формах. Пример: образовательные программы по обучению диспетчеров центра приема и обработки телефонных звонков; программы по обучению электриков работе с новыми электроустановочными изделиями;

с) Обеспечивающие преимущественно социально-гуманитарное развитие, личностный рост, а также психотерапевтические образовательные программы. По срокам это различные программы – от ультракраткосрочных до постоянных. Значение формального итогового контроля знаний невелико, однако промежуточные контрольные мероприятия могут использоваться для поддержания мотивации и стимулирования обучающегося к продолжению программы. Мотивация обучающегося высокая, в процессе обучения может как ослабевать или даже утрачиваться, так и усиливаться. Требуется хотя бы эпизодический очный контакт с наставником для контроля динамики персональных изменений и поддержки. Пример: образовательные программы по искусству, географии, истории; психотерапевтические программы в основном направлены на развитие аутопсихологической компетентности.

Особыми сферами применения технологий дистанционного образования, представляющими непосредственный интерес для правоохранительной системы являются следующие:

а) использование дистанционного образования в системе воспитательно-коррекционного воздействия на подростков, склонных к девиантному поведению и относящихся к группам риска;

б) использование дистанционного образования в комплексе мер био-психо-социально-трудовой реабилитации лиц, совершивших преступления и отбывающих наказание по приговору суда в воспитательных и исправительных учреждениях уголовно-исполнительной системы;

Реализация образовательных программ с применением технологий дистанционного обучения, специально предназначенных для социально-психотерапевтического воздействия на лиц, уже проявивших правонарушающее поведение может осуществляться образовательными учреждениями различной организационно-правовой формы и ведомственной принадлежности с обязательным привлечением специалистов правоохранительной системы. Такие программы (и их выбор) должны быть криминологически и социально-психологически обоснованы. С точки зрения социальной психотерапии это означает, что программы био-психо-социальной коррекции этих контингентов должны приводить к

2 - Вопросы использования технологий дистанционного обучения для получения среднего профессионального и высшего образования в данной работе не рассматриваются

формированию личностных свойств, обуславливающих толерантность к вовлечению именно в определенные (с учетом уже имевших место эпизодов правонарушающего поведения) социально-деструктивные процессы. Прогноз эффективности такого подхода в программах противодействия экстремизму строится на анализе данных А. Л. Каткова (изучавшего проблему другой социальной эпидемии – распространение наркоманий), который указывает: «первично-профилактические мероприятия, разработанные и реализуемые с акцентом на активное формирование соответствующих личностных свойств, на порядок повышает эффективность традиционных профилактических программ, проводимых в группах подростков с высоким риском вовлечения в зависимость от психоактивных веществ»<sup>3</sup>. Аналогичные выводы можно сделать и при предварительном анализе социально-психотерапевтических эффектов реализации программ дистанционного обучения осужденных. Например, в учреждениях УФСИН по Орловской области заочно с использованием технологий дистанционного обучения в светских учебных заведениях обучалось в 2005 году 22 осужденных; 13 – в Свято-Тихоновском Богословском институте. Практика показывает, что реализация программ био-психо-социально-трудовой реабилитации осужденных, включающих в себя и элементы дистанционного обучения, положительно

сказывается восстановлении социально-полезных связей, развитии социальных навыков жизни на свободе позволяет решать проблемы социальной адаптации и реинтеграции, способствует возвращению осужденных в общество правопослушными гражданами и будущей социальной успешности.

Таким образом, автор полагает, что противодействие экстремизму может быть основано: а) в теоретическом отношении на концепции социальной психотерапии; б) в стратегическом отношении на вовлечении широких слоев населения (прежде всего молодежи) в систему непрерывного образования с широким использованием технологий дистанционного обучения; в) в методологическом отношении на принципе равнозначности собственно образовательных и социально-психотерапевтических задач с акцентом на последние при проведении мероприятий био-психо-социальной реабилитации лиц уже проявивших правонарушающее поведение; г) в технологическом отношении на принципе сочетания традиционных и дистанционных методов обучения; д) в организационном отношении на принципе сотрудничества правоохранительной системы с образовательными организациями при разработке и осуществлении образовательных программ ориентированных (непосредственно или косвенно) на стратегическое противодействие экстремизму.

---

4 - По данным УФСИН России по Орловской области

---

## ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

---

### ЗДОРОВЬЕ ПОДДЕРЖИВАЮЩИЙ ПОТЕНЦИАЛ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ТРАНЗАКТНОГО АНАЛИЗА

к.п.н. В. В. Бондарева

Как часто школьный психолог сталкивается с позицией учителей, которые склонны обвинять ученика в создании им самим негативной ситуации. На первый взгляд эти обвинения выглядят справедливыми.

Например: «Ученик плохо учится, не посещает школу, поэтому он сам виноват в том, что он неуспешен»; «В. ссорится со сверстниками, игнорирует мнение класса и учителей. Он сам виноват в том, что его не любят»; «А. очень неорганизован и ленив. Он не выполняет домашние задания. Он сам виноват в том, что в его адрес постоянно идут замечания»; «Он сам виноват, что принимает наркотики»; «Он сам виноват, что всем детям интересно, а ему нет» и т.д.

В рамках эксперимента, Михайловой Н. Н. и Юсфинным С. М. было описано исследование, выявляющее суть посланий, которые получает «проблемный ребенок» от окружающих. В исследовании принимали участие педагоги и родители. В течение недели они должны были записывать все то, что произносится в адрес конкретного ребенка. Почти в 100% обращений взрослых к «проблемному» ребенку содержались негативные оценки в его адрес. Взрослые по отношению к нему занимали позицию «обвинителей», прямо или косвенно давая понять, что он «хуже всех» и только этим отличается от других.

Стоит особо подчеркнуть, что:

- перечисление негативных фактов встречается в педагогической практике гораздо чаще, чем диагностика порождающих их причин;

- иногда причины известны, и вполне очевидно, что ребенок, по сути, является жертвой обстоятельств. Но взрослые, сами не зная, как ему помочь, продолжают требовать от ребенка «должного»;

- нередко педагоги отказываются помогать ребенку на том основании, что это «бесполезно», «это ничего не изменит», а потому не стоит тратить время и силы;

- отсутствие прямых функций, связанных с помощью и поддержкой ребенка в образовании, делает невозможной профессиональную работу педагогов с проблемами ребенка;

- часто сами являясь причиной появления или усугубления проблем ребенка, педагоги направляют его к специалистам (психологам, психоневрологам, юристам и т. д.), чтобы те помогли ребенку избавиться от проблем.

Психологопедагогическая поддержка рассматривает ситуацию неуспешности ребенка с позиции

его права на достойное образование. Эта позиция учитывает следующие вопросы:

1) *Защищены ли права ребенка как ученика?* Учитываются ли его возрастные и индивидуальные особенности при построении учебного процесса? На какую помощь он может рассчитывать со стороны педагогов? В каких формах он может ее запросить? и т. д.

2) *Защищены ли права ребенка в ситуациях жизнедеятельности класса, школы?* Какова эмоциональная и деловая атмосфера в образовательном учреждении? Каким образом выстраиваются связи и отношения между детьми и взрослыми? На какую помощь и поддержку и от кого ребенок может рассчитывать в ситуации, когда по каким-то причинам он не принимаем сверстниками? и т. д.

3) *Созданы ли условия в образовательном учреждении для реализации права ребенка на достойное образование?* В чем они заключаются? Каким образом ребенок может ими воспользоваться? Включается ли в понятие «достойное образование» бережное отношение к личному достоинству ребенка? Обеспечен ли он необходимой педагогической поддержкой в ситуациях, угрожающих развитию его достоинства? и т. д.

Если взглянуть на многие проблемы детей с позиции психолого-педагогической поддержки, то становится очевидным, что подавляющая их часть выросла из фактов повседневного и постоянного нарушения прав ребенка взрослыми, в том числе педагогами.

Очевидно, что если мы хотим иметь ученика морально здоровым от негативных внешних посланий, то окружающая его среда должна быть здоровой. Моррилл, Етгинг и Херст (1980) создали модель системных изменений, в которой психотерапевт или школьный психолог может направить свои усилия на достижение организационных изменений. Целью психолога в таких изменениях может быть терапия или консультирование, либо психолого-педагогическое обучение определенным навыкам, которые могут предотвратить возникновение проблем и помогают распространить подобную помощь на большие группы в образовательном процессе. Важно, чтобы выбранный метод и каждая используемая психологом-практиком теория, особым образом, способствовала многообразию и интернациональности. При этом появляется поколение новых способов мышления, поведения и принятия решений в отношении к окружающей среде.

Выбранный нами метод, образовательного транзактного анализа (образовательного ТА), использует разработку языковой системы, эффективно коммунирующей с людьми и не прячется за неясными теоретическими консультациями. В этом направлении практической психологии подчеркивается важность инструктирования клиентов – всех участников образовательного процесса, ориентируя их теоретически и помогая определить личную стратегию, необходимую для действий.

Психодидактическая модель, выдвинутая английским психологом Герни, формулируется так: психолог-практик, работающий по образовательной модели, – это такой психолог, чья деятельность прямо или косвенно вытекает не из желания вылечить неврозы и устранить симптомы и не из заботы об увеличении количества интеллекта на душу населения, а из стремления обучить человека правилам межличностного общения, которые он сможет применять для решения настоящих и будущих психологических задач, тем самым, повысив свой уровень удовлетворенности жизнью. Таким образом, психодидактическая модель образовательного транзактного анализа рассматривает деятельность практического психолога не по схеме: аномалия – диагноз – стратегия лечения – терапия – излечение, а, скорее, по схеме: неудовлетворенность (трудность) клиента (участника образовательного процесса) – постановка цели – обучение навыкам – удовлетворенность (достижение цели). И клиент в психодидактической модели рассматривается не как пациент, а как ученик.

Основной подход образовательного ТА иллюстрируется хорошо известными состояниями Я - родителя, взрослого, ребенка. Я – состояния познаются в транзакциях (взаимодействиях) с окружением. Стили транзакций следующие:

1. Я хороший (OK) – ты хороший (OK). Ребенок считает, что он самоценен в этом мире, может формировать концепцию, признается другими как личность и имеет положительную самоидентификацию и положительный образ окружающих.

2. Я хороший (OK) – ты плохой (не OK). Ребенок считает, что он самоценная личность, имеет положительный образ себя, но полагает, что мир и окружающие его люди враждебны ему и угрожают его существованию. Ребенок мог быть разлучен с родителями или жестоко наказывал ими. Он мог когда-то воспринимать родителей, как любящих и добрых, но теперь считает их враждебными и жестокими. Наконец, он мог пережить множество других влияний среды.

3. Я не OK – ты OK. Ребенок принимает на себя вину за неверный ход событий, является реципиентом негативных сообщений родителей, отягощен чувством вины и т.д. Ребенок полагает, что он плох и не достоин положительной обратной связи со стороны значимых взрослых, членов семьи и прочих. Ребенок такого типа часто совершает правонарушения,

проявляет саморазрушающие паттерны поведения и испытывает депрессию.

4. Я не OK – ты не OK. Ребенок имеет негативный образ себя и испытывает враждебные чувства по отношению к другим и к окружающему миру. Ребенок получил сообщения, что он не заслуживает похвалы, и не любит тех, кто лишает его внимания и положительного подкрепления. Ребенок такого типа часто мрачен, ироничен, труден в общении, как в школе, так и дома, не добр к окружающим.

В «Терапевтическом средстве достижения цели» Гарольд Бойд (1976) показывает, как собственная потребность терапевта в изменении клиента на самом деле мешает или прерывает процесс терапии. Взрослый альянс происходит, когда терапевту не «надо», чтобы клиент изменялся, и он, таким образом, парадоксально обладает большей силой. Мы предполагаем, что такой же «образовательный альянс» наблюдается, когда учитель приглашает ученика в состояние Взрослого и работает с собственным фазисом ученика, его способностью к росту – развитию автономии, самостоятельному выбору и познанию. Потребность учителя в том, чтобы ученики учились и демонстрировали свой прогресс, на самом деле, приглашает ученика в симбиоз: «Я хочу, чтобы ты делал хорошо» («Достигни этого, чтобы мне было приятно»), доброта и поощрение, как это может казаться, все же является отрицанием автономии ученика.

Подобно развивающему альянсу (Хей, 1995), образовательный альянс – взаимоуважаемый и выгодный процесс. Это очевидно, когда *каждый*, включенный в познавательную ситуацию имеет возможность:

- осознавать свои собственные мысли и чувства;
- быть креативным и спонтанным;
- инициировать действие и право выбора, чтобы способствовать познанию, росту и развитию себя самого, а также других.

В статье журнала «Сценарий» в начале 80 годов XX века Уильям Крейгер писал, что психотерапевты похожи на спасателей, вытаскивающих людей из воды; почему не существует какого-нибудь направления, которое учило бы детей плавать? Мы считаем это сильной метафорой для использования транзактного анализа в образовании. Если ученики научатся «плавать» в образовательной среде и в своих личных и социальных отношениях в классе, им потом не понадобится «спасатель».

Труди Ньютон в своей статье «Учим детей плавать» приводит еще одну метафору в пользу психодидактической модели: Берн (1971) предполагал, что задача транзактного анализа терапевта заключается в том, чтобы удалить занозу из пальца клиента и быть поблизости, пока тот учится ходить. Если так, то возможно, задачей преподавателя транзактного анализа является обучение тому, что есть занозы и как их избежать, как вытащить ту, которую вы неизбежно засадите, и куда идти за помощью, чтобы не началась инфекция, если заноза вошла слишком

глубоко. Другими словами, образовательный транзактный анализ может обладать мощной ролью в

поддерживании здоровья и предотвращении личностных патологий.

## ОРГАНИЗАЦИЯ КОМНАТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕЛАКСАЦИИ В УСЛОВИЯХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

Л. А. Утениязова

В июне 2004 года впервые в условиях подразделения органов внутренних дел - в УВД района «Алматы» г. Астаны - нами была создана комната психологической регуляции.

Комната состоит из двух помещений: из рабочего кабинета и комнаты психоэмоциональной регуляции или разгрузки. Полезная площадь комнаты психологической регуляции – 9 кв.м. Она оформлена так, чтобы своим интерьером радикально отличаться от других служебных помещений. Данное требование обеспечивает необходимое отвлечение внимания сотрудников от повседневной жизни.

Разумная оригинальность оформления, плавные линии, неяркие полутона, тишина, наличие природно-декоративных элементов (растения, аквариум) – это условия, позволяющие сотрудникам отвлечься от текущих забот, а с другой стороны, формирующие условно-рефлекторный сигнал к настройке на релаксацию.

Для создания положительных эмоций учитывалась психофизиологический эффект цветов. В цветовой гамме интерьера тона, успокаивающие нервную систему. Эффект уединенности достигается произвольным размещением 2 кресел и одного дивана. Из технических средств комната оборудована аэроионизатором, используются релаксационные очки. На полу расстелен небольшой ворсистый ковёр (мягкий пол глушит звуки), ощущение ногой мягкого покрытия успокаивает человека. Продумано и музыкальное сопровождение, имеются 2 релаксирующих диска и один стимулирующий.

С момента открытия комнаты психологической релаксации было создано несколько вводных групп по службам для ознакомления с комнатой по скользящему графику. Практически были приглашены сотрудники всех отделов и служб УВД района «Алматы»: штаба, отдела информационно-технической службы, криминалистического отдела, дежурной части, отдела криминальной полиции, отдела общественной безопасности и т.д.

В последующем, исходя из требований, регламентирующих проведение практических занятий по групповому гетеротренингу, аутотренингу психологами были сформированы 4 группы из 6-7 человек из разных служб по желанию.

Занятия проводились по определенной программе в установленное время: с 10 ч. до 12 ч.30 мин. и с 16 ч. до 20 ч.

г. Астана

В рабочей тетради психолога предварительно составлялся план проведения занятия для конкретной группы.

К примеру:

**План проведения занятий группы из 6 человек.**

Штаб, отдел учётно-регистрационной дисциплины, которые занимались с 11 октября по 13 октября 2005 года по 1 часу.

### 1 день

1) вводная часть, где раскрываются понятие «аутотренинг», его задачи и цель – 15 минут

2) Овладение навыками гетеротренинга (т.е. усвоения формул внушения, зачитываемых психологом) – 45 минут

### 2 день

1) Овладение навыками аутотренинга, закрепление пройденного – 30 минут

2) Психотехнические игры - 30 минут

### 3 день

1) Дальнейшее закрепление приобретенных навыков аутотренинга с целью практического применения в различных ситуациях профессиональной деятельности - 30 минут

2) Психотехнические игры, с включением феноменов, демонстрирующих безграничные возможности человеческой психики - 30 минут

Работу мы строим так.

Сначала мы знакомим сотрудников с кабинетом, рассказываем о целях и задачах нашей деятельности, о том, что есть возможность им обучиться техникам ауторегуляции и самовосстановления.

Мы рассказываем, что аутотренинг - это умение расслабляться и приводить себя в нужное состояние. В основе большинства приёмов саморегуляции лежит умение расслаблять мышцы тела. Глубокое расслабление перестраивает режим работы нервной системы и делает организм более пластичным, более чутким к мысленным самоприказам. Вместе с тем установлено, что глубокое мышечное расслабление (релаксация) само по себе является высокоэффективным средством восстановления физических сил и душевного равновесия.

В процессе занятий в комнате решаются следующие задачи:

1) У сотрудников снимается нервно-психологическое напряжение.

2) В состоянии психологической релаксации снимается физическая усталость, восстанавливается работоспособность.

3) На этапе «программирования» закладываются установки мобилизующего характера, способствующие успешному решению конкретных задач, поставленных перед сотрудниками.

В соответствии с задачами этих периодов трижды меняется содержание, громкость и темп музыки; уровень освещенности; поза, ритм дыхания; словесные формулировки.

Каждый из периодов имеет своё содержание.

В первый период сотрудникам предоставляется возможность самостоятельно выбрать себе место, субъективно воспринимаемое как комфортное. После принятия удобной позы, включается аудио запись, отвлекающая от событий за пределами комнаты. Освещение плавно уменьшается, включается подсветка. В этот период мы просим сотрудников сделать 3 глубоких вдоха и 3 глубоких выдоха, на счёт «6» просим сконцентрироваться на дыхании, как бы уловить его, почувствовать, как воздух проходит через нос. Дыхательные упражнения способствуют тому, что буквально через 5 минут занимающиеся, при правильном выполнении задания, уже готовы к входению в состояние релаксации.

Во втором периоде постепенно подсветка уменьшается и на момент, когда у сотрудников закрыты глаза, совсем выключается. Одновременно с этим сотрудники принимают положение полулёжа, переходят на успокаивающий ритм дыхания (короткие вдохи и удлиненные выдохи), расслабляют мышцы. На фоне негромкой, спокойной мелодии звучат слова психолога, на момент достижения психологической релаксации музыка плавно микшируется и сотрудники воспринимают только речь психолога.

Психолог в этот период, для достижения релаксационного состояния, опирается на классический принцип аутогенности (по И. Г. Шульцу), видоизменяя его, исходя из конкретной обстановки, своих возможностей, опыта перехода в релаксационное состояние сотрудников, находящихся в комнате. В связи с этим, в той или иной степени, на втором этапе психолог использует блоки формул, приводящих к следующему:

1. Расслаблению мышц лица, достижению «маски релаксации»;

2. Расслаблению мышц рук, достижению ощущений тяжести рук;

3. Расслаблению кровеносных сосудов рук, ощущение тепла рук;

4. Нормализации дыхания, достижению поверхностного дыхания;

5. Концентрации внимания на солнечном сплетении, ощущение тепла в области солнечного сплетения;

6. Нормализация сердечной деятельности, ощущение легкости груди;

7. Ощущение прохлады на лбу.

В качестве практического пособия мы используем руководство «Психотренинг, игры и упражнения» Цзен Н. В. - Пахомова Ю. В., которое предоставил центр психологических исследований при КазГЮУ. Опираясь на данное пособие, мы в практике проведения гетеротренинга, используем следующие упражнения: «Интроскоп», «Замедленное движение», «Гамма», «Фокусировка», «Термометр». Цель этих упражнений - тренировка восприимчивости к ощущениям тела.

Например, упражнение «Интроскоп». Ведущий предлагает каждому смонтировать устройство в себе самом, работая над следующими заданиями:

1. При закрытых глазах определить, какая рука теплее - правая или левая. На размышления 15 секунд.

2. Какая нога теплее? 15 секунд

3. Какая часть тела наиболее тёплая? 15 секунд

4. Какая наиболее холодная? И так далее.

От развёрнутых блоков формул по мере приобретения сотрудниками опыта перехода в релаксационное состояние, психолог переходит к основным, опорным формулам, усиливает эмоциональную выразительность музыкального сопровождения, осуществляет речевую стимуляцию воображения. В состоянии релаксации сотрудники воспринимают окружающее через слух более непосредственно и сильно, чем в состоянии бодрствования. Поэтому после паузы, предназначеннной для отдыха, целесообразно делать конкретные установки в интересах решения служебных задач. При этом формулировки должны быть простыми и однозначными. После программирования в конце 2 периода вновь делается небольшая пауза, в ходе которой плавно включается подсветка. Тихо включается спокойная музыка.

В третий период звучит музыкальная программа мобилизующего характера. Сотрудники изменяют позу в креслах, переходят к обычному дыханию. В этот период можно применить игровые формы упражнений, такие как «Кирпич», «Волшебная палочка». К примеру, упражнение «Кирпич»:

Занимающимся предлагается расположить ладони параллельно на небольшом расстоянии одна от другой и делая лёгкие движения сближения и удаления, почувствовать, что между руками. Как правило, помимо ощущения тепла члены группы обнаруживают и другой феномен: пространство между ладонями начинает «пружинить» и уплотняться, препятствуя сближению рук. Границы силового поля становятся более определенными, и, в конце концов, многие начинают чувствовать, будтодерживают между ладонями невидимый «кирпич».

Полувсерёз возникающая вера в реальность «силовых эффектов» и «невидимых вещей» возбуждает любопытство всей группы и стимулирует работу со своими ощущениями. Проникнутая атмосферой таинственности, 10-15-минутная работа с «кирпичом» сближает занимающихся не меньше, чем например, совместная поездка за город.

---

Заключительный этап. Выключается подсветка, включается освещение. Сотрудники постепенно переходят в положение стоя, делают несколько мобилизующих дыхательных движений (глубокий вдох, короткий выдох). Одновременно с этим, психолог применяет словесные формулы на повышение общего тонуса, активизацию психических процессов. В целях поднятия настроения и профилактики нервно-психического переутомления, рекомендуется на заключительном этапе активизирующее завершение. Это освобождение мышц от тяжести и тепла, наращивание внутреннего темпа и внутренней собранности. Психологическая подготовка к возвращению в «видимый мир» должна начинаться, по крайней мере, секунд за 15-20 до завершения выхода внешне выраженным «двигательным взрывом». Картина, эмоциональной сердцевиной которых является тема нарастающего потока чувств, можно найти немало: мелкий дождик переходит в ливень, бешено разгоняется приведенное в движение колесо, из тлеющего уголька вырастает пламя лесного пожара и т.д.

Здесь мы применяем упражнение «Восхождение», при котором вдохи становятся выразительными, а выдохи короткими и незаметными. Тонизирующий эффект игры обнаруживается довольно скоро и затрагивает не только общее самочувствие, но и эмоциональную сферу. «Вертикальный взлёт» сопровождается обычно радостным возбуждением, переживанием необыкновенной легкости свободы. Многие занимающиеся находят удобным этот своеобразный лифт, выносящий из глубин расслабления на поверхность жизни. Количество занимающихся в группе может составлять от 6 до 10 человек. Продолжительность каждого занятия – 1-1,5 часа.

В условиях недостатка времени или при ориентации группы на частичное овладение релаксацией ведущий может прибегнуть к сокращенному варианту техники. Для этого достаточно провести 2-3

занятия с целью обучения саморелаксации в комфортных условиях. Их можно проводить ежедневно, через день, два или один раз в неделю.

Путь завоевания сложившегося коллектива - это установление доверительных отношений с каждым из его членов в отдельности. Сделать это психолог сможет только во время предварительных индивидуальных бесед. Проводя собеседование, он должен расположить к себе каждого занимающегося. С каждым необходимо подробно обсудить те его трудности ради преодоления которых, он решил овладеть техникой релаксации. Нередко они укореняются не столько во внешних обстоятельствах, сколько в самом человеке. Так, например, причиной повышенной утомляемости во время работы может быть не её тяжесть, а хроническая неудовлетворённость ею, отношениями с товарищами и т.п. За обилием забот и перегруженностью может скрываться жажда самоутверждения или нежелание делать выбор, за раздражённостью - неуверенность в себе. Выводить собеседника на обсуждение проблем его характера и его взаимоотношений с другими необходимо мягко, тактично, без грубого нацима и поспешных оценок. Нецелесообразно также включать в группу людей случайных, не имеющих достаточной мотивации к овладению методом.

Важным качеством, необходимым психологу для работы с группой, является гибкость. Каждое очередное занятие должно тщательно планироваться. Стиль ведения занятий и развитие межличностных контактов во многом зависят от состава занимающихся. Так, с группами, состоящими из одних только мужчин или одних женщин, а также с группами, набранными из людей старшего возраста, занятия проводятся в более строгой и сдержанной манере, нежели с группами смешанными или состоящими из молодых. Стабильный состав членов группы - одно из важных условий успешных занятий.

#### *Литература:*

1. *Методическое пособие по организации комнаты психологической релаксации. Подготовлено полковником м/сл. Ушковым А. Д. – Алматы, 2003*
  2. *Сборник типовых документов, регламентирующих психологическую работу в органах внутренних дел Республики Казахстан // Учебно-практическое пособие. – Астана, 2003*
  3. *Цзен Н. В., Пахомов Ю. В. Психотренинг: игры и упражнения. – М., 1988*
- 
-

---

---

## **РЕЗЮМЕ**

### **ПОЛЮС ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ – ПРОБЛЕМЫ ИДЕНТИФИКАЦИИ**

А. Л. Катков

В статье А. Л. Каткова «Полюс психического здоровья – проблемы идентификации» обосновываются основные положения функционального подхода в сфере психического и психологического здоровья. Аргументируется система индикаторов, определяющих качественные аспекты категории психического здоровья. Обсуждаются новые научные подходы, адекватные специфике и сложности рассматриваемой проблемы. Обосновываются некоторые модификации современных развивающих технологий с их интеграцией в метамодели социальной психотерапии.

**Ключевые слова:** психическое, психологическое здоровье; функциональный подход; индикаторы здоровья; психотерапия.

### **IV ВСЕМИРНЫЙ КОНГРЕСС ПО ПСИХОТЕРАПИИ**

В. В. Макаров, А. М. Кантов, И. К. Чобану

В статье сообщается о IV Всемирном конгрессе по психотерапии, состоявшемся в 2005 году в Латинской Америке, столице Аргентины, городе Буэнос-Айресе. В конгрессе участвовало более 4500 человек, было прочитано 2523 доклада. Профессионалы из 44 стран представили все континенты. Делегация Профессиональной психотерапевтической лиги состояла из 18 человек. Избран новый президиум Всемирного Совета по психотерапии. Следующий V Всемирный конгресс по психотерапии состоится в столице Китая, городе Пекине в 2008 году.

### **КОМПЛЕКСНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОБЩЕЙ ПОДГРУППЫ С КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ СУБКЛИНИЧЕСКОГО УРОВНЯ ПО МАТЕРИАЛАМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 2003 ГОДА**

Б. Б. Джарбусынова, А. Л. Катков

В статье Б. Б. Джарбусыновой, А. Л. Каткова «Комплексные характеристики общей подгруппы с клинико-психопатологическими проявлениями субклинического уровня по материалам эпидемиологического исследования 2003 года» проводится комплексный анализ клинико-психопатологических, социальных и социально-психологических характеристик подгруппы респондентов с клинико-психопатологическими проявлениями субклинического уровня, выявленных в ходе эпидемиологического исследования 2003 года. В частности, выяснилось, что уровень распространения названных форм психических и поведенческих расстройств и гипертрофированных адаптационных реакций существенно превышает официальные статистические сведения аналогичного плана. Кроме того, структура психических и поведенческих расстройств, выявляемых при эпидемиологическом исследовании, существенно отличаются от нозологической спецификации, устанавливаемой по данным официальной статистики.

### **КОМПЛЕКСНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОДГРУППЫ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПО МАТЕРИАЛАМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 2003 ГОДА**

Б. Б. Джарбусынова

В статье Б. Б. Джарбусыновой «Комплексные характеристики подгруппы с органическими психическими расстройствами по материалам эпидемиологического исследования 2003 года» проводится комплексный анализ клинико-психопатологических, социальных и социально-психологических характеристик подгруппы

---

---

респондентов с органическими психическими расстройствами, выявленных в ходе эпидемиологического исследования 2003 года. В частности, выяснилось, что основные клинико-психопатологические проявления органических психических расстройств субклинического уровня прослеживаются в эмоциональной и когнитивной сферах: по уровню социальной и социально-психологической адаптации данная подгруппа стоит ниже других сравниваемых нозологических подгрупп, идентифицируемых в рамках настоящего исследования.

## **АНТИДЕПРЕССАНТЫ ПРИ КУПИРОВАНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА**

М. М. Ахметов, В. И. Шушкевич

В данном исследовании «Антидепрессанты при купировании болевого синдрома» проанализированы результаты лечения 100 пациентов в ГККП «Городская поликлиника г. Рудного» Костанайской области в психотерапевтическом кабинете в 2005 году. Отмечено, что применение антидепрессантов в комплексной терапии хронической боли различного генеза облегчает переживание боли, уменьшает аффективную реакцию, повышает качество жизни и работоспособность больных, улучшает адаптацию и способствует успешному преодолению боли. Кроме того, антидепрессанты обладают собственной антноцицептивной активностью, что подтверждают результаты нашего исследования.

## **КОМПЛЕКСНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОБЩЕЙ ГРУППЫ СУБКЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ГИПЕРТРОФИРОВАННЫХ РЕАКЦИЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ПО МАТЕРИАЛАМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 2003 ГОДА**

А. Л. Катков, Б. Б. Джарбусынова

В статье А. Л. Каткова, Б. Б. Джарбусыновой «Комплексные характеристики общей группы субклинических проявлений психических и поведенческих расстройств, гипертрофированных реакций психологической адаптации по материалам эпидемиологического исследования 2003 года» проводится комплексный анализ клинико-психопатологических, социальных и социально-психологических характеристик группы респондентов с субклиническими проявлениями психических и поведенческих расстройств, гипертрофированными реакциями психологической адаптации, выявленных в ходе эпидемиологического исследования 2003 года. В частности, выяснилось, что уровень распространения названных форм психических и поведенческих расстройств и гипертрофированных адаптационных реакций существенно превышает официальные статистические сведения аналогичного плана.

## **ОСОБЕННОСТИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ РЕСПОНДЕНТОВ АРАЛЬСКОЙ И КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ЗОН ПО ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМУ УРОВНЮ**

Б. С. Сабенов, Ж. Ж. Бултачев

При эпидемиологических исследованиях было выявлено преобладание лиц с более высоким образовательным уровнем и профессиональной классификацией в Кызылординской зоне нежели в Приаралье. Как известно профессиональный и образовательный уровень позволяет более правильно реагировать на информацию любого характера. Таким образом, у части населения с более низким образовательным уровнем в Приаралье утверждается мнение не только о том, что произошла «ужасная катастрофа», но в будущем будет еще хуже и они составляют группу риска (Mazur, 1981).

---

---

## **К ПРОБЛЕМЕ САМОУБИЙСТВ - ВОПРОСЫ ТИПОЛОГИЗАЦИИ СУИЦИДОПАСНОЙ ПОПУЛЯЦИИ**

А. Ж. Сабырханов

В статье аргументирована типологизация суицидоопасной популяций с точки зрения, как исходных психологических личностных особенностей, так и степени социальной зрелости. Приоритетным в профилактике самоубийств является психологическая составляющая образовательных программ в широком смысле слова на всех этапах становления личности в обществе.

### **ПОГРАНИЧНЫЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА СРЕДИ ЛИЧНОГО СОСТАВА ОВД. КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ.**

А. Ж. Сабырханов

В статье показана актуальность изучения и профилактики пограничных нервно-психических расстройств среди сотрудников правоохранительных органов. Особое внимание уделено профилактике социально-психологической дезадаптации сотрудников ОВД в связи со спецификой служебной деятельности.

### **ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИЦИНСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО БЕДСТВИЯ В ПРИАРЛЬЕ**

С. А. Алтынбеков, Ж. Ж. Бултачеев

Экологическая проблема явилась одной из существенных и тяжелых проблем, оставленных Республике Казахстан с момента распада Советского Союза. Складывались они преимущественно в силу географического положения Казахстана. С одной стороны – наличие большого малозаселенного пространства, которое использовалось для испытаний ракетно-космической техники и ядерного оружия. С другой стороны – нерациональное использование бассейна рек, питающих Аральское море.

В документах Всемирной организации здравоохранения указывается, что длительное воздействие экологических факторов может представлять большую угрозу здоровью человека, чем бедствия, сопровождающиеся значительным одноразовым стрессовым воздействием.

### **ОСОБЕННОСТИ СТРЕССОВЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ ПРИ ТОКСИЧЕСКИХ КАТАСТРОФАХ**

Ж. Ж. Бултачеев

Стressовое воздействия токсических катастроф на состояние психологической напряженности, как у отдельного индивидуума, так и у пострадавшего сообщества в целом вызывают несколько обстоятельств. Исследование свидетельствует о том, что пострадавшие при осмотре предъявляют большое количество жалоб на физическое здоровье, в то время как говорить о явных признаках психосоматической патологии не представляется возможным из-за отсутствия объективных подтверждений.

### **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО БЕДСТВИЯ В ПРИАРЛЬЕ**

Ж. Ж. Бултачеев, С. Ж. Бултачеева

В результате проведенного клинико-эпидемиологического исследования установлено, что 64,6% населения, проживающего в зоне экологической катастрофы, 45,5% населения, проживающего в зоне экологического

---

---

риска, имеют клинически очерченные синдромы предпсихических расстройств, обусловленные специфическими факторами. Вместе с тем, до настоящего времени отсутствуют препараты, зарегистрированные в РК, не имеющие побочных действий в виде вялости, легкой сонливости и т.д., позволяющие лечение пациентов без отрыва от работы, лечение с возможностью выписывания рецептов на простых бланках врачами общесоматического профиля.

## **КОМПЛЕКСНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОДГРУППЫ С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ И ПОВЕДЕНИЯ ПО МАТЕРИАЛАМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 2003 ГОДА**

Б. Б. Джарбусынова, А. Л. Катков

В статье Джарбусыновой Б. Б., Каткова А. Л. «Комплексные характеристики подгруппы с расстройствами личности и поведения по материалам эпидемиологического исследования 2003 года» проводится комплексный анализ клинико-психопатологических, социальных и социально-психологических характеристик подгруппы респондентов с расстройствами личности и поведения, выявленных в ходе эпидемиологического исследования 2003 года. В частности, выяснилось, что уровень распространения расстройств личности и поведения существенно превышает официальные статистические сведения аналогичного плана.

## **КОМПЛЕКСНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОДГРУППЫ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПО МАТЕРИАЛАМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 2003 ГОДА**

А. Л. Катков, Б. Б. Джарбусынова

В статье Каткова А. Л., Джарбусыновой Б. Б. «Комплексные характеристики подгруппы с аффективными расстройствами по материалам эпидемиологического исследования 2003 года» проводится комплексный анализ клинико-психопатологических, социальных и социально-психологических характеристик подгруппы респондентов с аффективными расстройствами, выявленных в ходе эпидемиологического исследования 2003 года. В частности, выяснилось, что уровень распространения аффективных расстройств существенно превышает официальные статистические сведения аналогичного плана. В отношении адаптационных характеристик группа аффективных расстройств проигрывает группе с невротическими расстройствами, расстройствами личности и поведения, а также прочими расстройствами, и выигрывает по отношению групп с органическими психическими расстройствами и эндогенными расстройствами.

## **ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ КАК ТЕХНОЛОГИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ И ЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В ПРОГРАММАХ СТРАТЕГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЭКСТРЕМИЗМА**

В. Ф. Трубецкой

В основе работы лежит концепция социальной психотерапии, выдвинутая профессором А. Л. Катковым. Существенным ресурсом в реализации политики доступного непрерывного образования является дистанционное обучение. Реализация образовательных программ с применением технологий дистанционного обучения, специально предназначенных для социально-психотерапевтического воздействия на лиц, уже проявивших правонарушающее поведение может осуществляться образовательными учреждениями различной организационно-правовой формы и ведомственной принадлежности с обязательным привлечением специалистов правоохранительной системы. Такие программы (и их выбор) должны быть криминологически и социально-психологически обоснованы.

---

---

## ЗДОРОВЬЕ ПОДДЕРЖИВАЮЩИЙ ПОТЕНЦИАЛ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ТРАНЗАКТНОГО АНАЛИЗА

В. В. Бондарева

Как часто школьный психолог сталкивается с позицией учителей, которые склонны обвинять ученика в создании им самим негативной ситуации. В рамках эксперимента, Михайловой Н. Н. и Юсфиным С. М. было описано исследование, выявляющее суть посланий, которые получает «проблемный ребенок» от окружающих. В исследовании принимали участие педагоги и родители. В итоге было выявлено, что почти в 100% обращений взрослых к «проблемному» ребенку содержались негативные оценки в его адрес. Взрослые по отношению к нему занимали позицию «обвинителей», прямо или косвенно давая понять, что он «хуже всех» и только этим отличается от других.

---

---

## SUMMARY

### **POLE OF MENTAL HEALTH - PROBLEMS OF IDENTIFICATION**

A. L. Katkov

In A.L.Katkov's article «Pole of mental health - problems of identification» are proved substantive provisions of the functional approach in sphere of mental and psychological health. The system of the indicators determining qualitative aspects of a category of mental health is given reason. The new scientific approaches adequate to specificity and complexity of the considered problem are discussed. Some updatings modern developing technologies with their integration into metamodels of social psychotherapy are proved.

Key words: mental, psychological health; the functional approach; indicators of health; psychotherapy.

### **THE 4<sup>TH</sup> WORLD CONGRESS FOR PSYCHOTHERAPY**

V. V. Makarov, A. M. Kantov, I. K. Chobanu

The article deals with the information about the 4th World Congress for psychotherapy which took place in Buenos Aires, Argentina, Latin America, 2005. There were 4500 participants in the congress and 2523 lectures. Professionals from 44 countries represented all continents. A delegation from Professional Psychotherapeutic League had 18 persons. A new presidium for the World Council for Psychotherapy was elected. The next 5<sup>th</sup> World Congress for psychotherapy will take place in Beguine, China, in 2008.

### **COMPLEX CHARACTERISTICS OF THE GENERAL SUBGROUP WITH CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL DISPLAYS OF A SUBCLINICAL LEVEL ON MATERIALS OF EPIDEMIOLOGICAL RESEARCH IN 2003**

B. B. Dzharbusynova, A. L. Katkov

In B.B.Dzharbusynova, A.L.Katkov's article «Complex characteristics of the general subgroup with clinical-psychopathological displays of a subclinical level on materials of epidemiological research in 2003» the complex analysis of clinical-psychopathological, social and social-psychological characteristics of a subgroup of respondents with clinical-psychopathological displays of the subclinical level, revealed during epidemiological research in 2003 is carried out. In particular, it was found out, that the level of distribution of the named forms of mental and behavioral disorders and hypertrophied adaptable reactions essentially exceeds official statistical data of the similar plan. Besides structure of the mental and behavioral disorders revealed at epidemiological research, essentially differ from nosological specification established according to official statistics.

### **COMPLEX CHARACTERISTICS OF A SUBGROUP WITH ORGANIC MENTAL DISORDERS ON MATERIALS OF EPIDEMIOLOGICAL RESEARCH IN 2003**

B. B. Dzharbusynova

In B.B.Dzharbusynova's article «Complex characteristics of a subgroup with organic mental disorders on materials of epidemiological research in 2003» the complex analysis of clinical-psychopathological, social and social-psychological characteristics of a subgroup of respondents with the organic mental disorders, revealed during epidemiological research in 2003 is carried out. In particular, it was found out, that the basic clinical-psychopathological displays of organic mental disorders of a subclinical level are traced in emotional and cognitive spheres: on a level of social and social-psychological adaptation the given subgroup stands below others compared nosological subgroups identified within the framework of the present research.

---

---

## **ENERGIZERS AT KNOCKING OVER OF A PAINFUL SYNDROME**

M. M. Ahmetov, V. I. Shushkevich

In the given research «Energizers at knocking over of a painful syndrome» results of treatment of 100 patients are analysed. It is marked, that application of energizers in complex therapy of a chronic pain of various genesis facilitates a pain, reduces affective reaction, raises quality of life and serviceability of patients, improves adaptation and promotes successful overcoming of a pain.

## **COMPLEX CHARACTERISTICS OF THE GENERAL GROUP OF SUBCLINICAL DISPLAYS OF THE MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS, HYPERTROPHIED REACTIONS OF PSYCHOLOGICAL ADAPTATION ON MATERIALS OF EPIDEMIOLOGICAL RESEARCH IN 2003**

A. L. Katkov, B. B. Dzharbusynova

In A.L.Katkov, B.B.Dzharbusynova's article «Complex characteristics of the general group of subclinical displays of the mental and behavioral disorders, hypertrophied reactions of psychological adaptation on materials of epidemiological research in 2003» the complex analysis of clinical-psychopathological, social and social-psychological characteristics of group of respondents with the subclinical displays of mental and behavioral disorders hypertrophied by reactions of psychological adaptation, revealed during epidemiological research in 2003 is carried out. In particular, it was found out, that the level of distribution of the named forms of mental and behavioral disorders and hypertrophied adaptable reactions essentially exceeds official statistical data of the similar plan.

## **FEATURES OF DISTRIBUTION OF RESPONDENTS ARAL AND KYZYLORDA ZONES ON PROFESSIONAL AND EDUCATIONAL LEVEL**

B. S. Sabenov, Z. Z. Bultacheev

At epidemiological researches prevalence of persons with higher educational level and professional classification in Kyzylorda a zone rather than in Aral has been revealed. As it is known the professional and educational level allows to react to the information of any character more correctly. Thus, at a part of the population with lower educational level in Aral the opinion not only that there was «an awful accident» affirms, but in the future it will be even worse also they make group of risk (Mazur, 1981).

## **TO A PROBLEM OF SUICIDES - QUESTIONS OF TYPOLOGY OF SUICIDE RISK POPULATION**

A. Z. Sabyrhanov

In the article it is argued typology of suicide risk populations from the point of view, both initial psychological personal features, and a degree of a social maturity. In preventive maintenance of suicides the psychological component of educational programs at all stages of forming of the personality in society is priority.

## **BOUNDARY PSYCHOLOGICAL DISORDERS AMONG STAFF OF LAW ENFORCEMENT AGENCIES. CLINICAL AND ORGANIZATIONAL PRECONDITIONS OF AN EXPERT ESTIMATION.**

A. Z. Sabyrhanov

In the article the urgency of studying and prevention of boundary psychological disorders among employees of law enforcement bodies is shown. The special attention is given to preventive maintenance of social-psychological disadaptation among employees of law enforcement bodies in connection with specificity of service activity.

---

---

## **GENERAL CHARACTERISTIC OF MEDICAL CONSEQUENCES OF ECOLOGICAL DISASTER IN ARAL**

S. A. Altynbekov., Z. Z. Bultacheev

The environmental problem was one of the essential and heavy problems, left to Republic Kazakhstan from the moment of disintegration of Soviet Union. They were mainly formed by virtue of a geographical position of Kazakhstan. On the one hand - presence of big thinly populated spaces which was used for tests of space-rocket technics and the nuclear weapon. On the other hand - irrational use of pool of the rivers having Aral sea.

In documents of the World Health Organization it is underlined, that long influence of ecological factors can represent the big threat to health of the person, than the disasters accompanying with significant disposable stressful influence.

### **FEATURES OF STRESSFUL INFLUENCES AT TOXIC ACCIDENTS**

Z. Z. Bultacheev

Stressful influences of toxic accidents on a condition of psychological intensity, both at an individual and at injured community as a whole cause some circumstances. Research testifies that victims at survey show a plenty of complaints to physical health while obvious attributes of psychosomatic pathologies it is not obviously possible to speak about for the lack of objective confirmations.

### **EPIDEMIOLOGICAL AND PHARMACEUTICAL ASPECTS OF ECOLOGICAL DISASTER IN ARAL**

Z. Z. Bultacheev, S. Z. Bultacheeva

As a result of the carried out clinical-epidemiological research are established that 64,6 % of the population living in a zone of ecological accident, 45,5 % of the population living in a zone of ecological risk have clinically outlined syndromes of premental disorders caused by specific factors. At the same time, till now there are no preparations registered in Kazakhstan, not having collateral action as slackness, drowsiness, etc., allowing treatment of patients without separation from work, treatment with an opportunity to give recipes on simple forms by doctors of clinics.

---

---

### **COMPLEX CHARACTERISTICS OF A SUBGROUP WITH PERSONALITY AND BEHAVIOR DISORDERS ON MATERIALS OF EPIDEMIOLOGICAL RESEARCH IN 2003**

B. B. Dzharbusynova, A. L. Katkov

In Dzharbusynova B.B., Katkov A.L.'s article «Complex characteristics of a subgroup with personality and behavior disorders on materials of epidemiological research in 2003» the complex analysis of clinical-psychopathological, social and social-psychological characteristics of a subgroup of respondents with personality and behavior disorders, revealed during epidemiological research in 2003 is carried out. In particular, it was found out, that the level of distribution of personality and behavior disorders essentially exceeds official statistical data of the similar plan.

---

---

## **COMPLEX CHARACTERISTICS OF A SUBGROUP WITH AFFECTIVE DISORDERS ON MATERIALS OF EPIDEMIOLOGICAL RESEARCH IN 2003**

A. L. Katkov, B. B. Dzharbusynova

In Katkov A.L., Dzharbusynova B.B.'s article «Complex characteristics of a subgroup with affective disorders on materials of epidemiological research in 2003» the complex analysis of clinical-psychopathological, social and social-psychological characteristics of a subgroup of respondents with the affective disorders, revealed during epidemiological research in 2003 is carried out. In particular, it was found out, that the level of distribution of affective disorders essentially exceeds official statistical data of the similar plan. In the relation of adaptable characteristics the group of affective disorders loses to group with neurotic disorders, personality and behavior disorders, and also other disorders, and wins under the relation of groups with organic mental disorders and endogenous disorders.

## **REMOTE TRAINING AS TECHNOLOGY OF SOCIAL PSYCHOTHERAPY AND ITS USE IN PROGRAMS OF STRATEGIC PREVENTION OF EXTREMISM**

V. F. Trubetskoi

There is the concept of the social psychotherapy in a basis of work which has been put forward by professor A.L.Katkov. An essential resource in realization of a policy of accessible continuous education is remote training. Realization of educational programs with application of technologies of the remote training specially intended for social-psychotherapeutic influence on persons, already shown delinquency behavior can be carried out by educational establishments of the various organizational-legal form and a departmental accessory with obligatory attraction of experts of law-enforcement system. Such programs (and their choice) should be criminologically and social-psychologically are proved.

## **HEALTH SUPPORTING POTENTIAL OF EDUCATIONAL TRANSACT ANALYSIS**

V. V. Bondareva

As frequently the school psychologist faces with a position of teachers which are inclined to accuse the pupil in a negative situation created by teacher. Within the framework of experiment, Mihailov N.N. and Jusfin S.M. had been described the research revealing essence of messages which are received by «the problem child» from associates. Teachers and parents took part in research. In a result it has been revealed, that almost in 100 % of references of adults to the «problem» child negative estimations contained. Adults in relation to him took a position of «prosecutors», directly or indirectly letting know, that he «most worse» and only it differs from others.